

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN 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**

**MARÍA ANGÉLICA VILLALBA HEREDIA**

**ENITH ALICIA ZAMORA FRANCO**



**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**2014**

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN 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. Magister en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología Universidad de Cartagena Campus de la salud. Zaragocilla. Correo electrónico: [shyrley77@hotmail.com](mailto: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](mailto:farithgm@hotmail.com)

**KATHERINE MARGARITA ARRIETA VERGARA** Odontóloga Universidad de Cartagena. Especialista en Gerencia en Salud Universidad de Cartagena, Magister en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Docente de pregrado, Facultad de Odontología Campus de la salud. Zaragocilla. Correo electrónico: [karrietav@unicartagena.edu.co](mailto:karrietav@unicartagena.edu.co)

**CO-INVESTIGADORES:**

**EDUARDO ANTONIO DE LA PARRA HAYES**

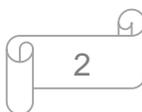
**MARÍA ANGÉLICA VILLALBA HEREDIA**

**ENITH ALICIA ZAMORA FRANCO**

Estudiantes de Odontología, Décimo semestre.

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**2014**



**NOTA APROBACIÓN DEL JURADO**

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

**Cartagena de indias, D.T. Y C. Diciembre de 2014**

***Dedicado a:***

A Dios quien nos ha dado la vida y fortaleza  
para terminar este proyecto.

A mis padres quienes han sido las personas que más han influenciado en  
mi vida, dándome los mejores consejos, guiándome y haciéndome una  
persona de bien, con amor.

María Angélica Villalba Heredia

A mi esposo, y mis dos hijas, quienes han sido mi mayor motivo de  
fortaleza para no dejarme caer y seguir adelante en todo lo que me  
propongo.

Enith Alicia Zamora Franco

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios gracias por darnos fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. A nuestros padres y esposo, Michel Villalba y Yenny Heredia, Carlos Pérez, por su apoyo en todo momento.

A nuestra docente tutora, Dra. Katherine Arrieta por acogernos desde el inicio de este proyecto e inculcarnos las ganas de investigar y por brindarnos su apoyo y ayuda sin condiciones hasta el final de esta meta.

Al Dr. David Madrid Pernia por acogernos en su espacio de trabajo, dedicarnos tiempo, brindarnos ayuda en todo momento y guiarnos para no desviarnos de los objetivos propuestos.

Al Dr. Miguel Simancas Pallares, por no cerrarse a prestarnos su tutoría y darnos sugerencias en pro de nuestro crecimiento académico y la elaboración de este trabajo.

A los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena por hacer parte de este proyecto y permitirnos llevar a cabo la realización del mismo.

A TODOS GRACIAS.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Se evaluó el impacto de una intervención educativa en salud sexual y reproductiva en los estudiantes de odontología de la Universidad de Cartagena, en lo referente a los conocimientos, actitudes y prácticas. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio de tipo cuasi- experimental de antes y después realizado en 2014 en 126 estudiantes de odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, Colombia. Después del consentimiento informado, se entregó aleatoriamente el instrumento a 126 estudiantes de los cuales a la mitad (63) se les asignó aleatoriamente la intervención a evaluar y a los otros se le suministró información básica por diferentes medios, luego a la cuarta semana se evaluaron las intervenciones en los términos de los conocimientos, actitudes de salud sexual y reproductiva y prácticas sexuales de riesgo. 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 11.0. Se usó la prueba Z KOLMOGOROV - SMIRNOV para las diferencias entre la proporciones antes y después, con una probabilidad límite para la significancia ( $p < 0,05$ ). **RESULTADOS:** Se encontraron cambios estadísticamente significativos en la evaluación de los conocimientos actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena, luego de ser sometidos a una intervención educativa.

**PALABRAS CLAVE:** Estudiantes de Odontología; educación sexual; conocimientos, sexualidad, salud sexual, educación y religión.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION:.....	22
2. JUSTIFICACION.....	23
3. OBJETIVOS.....	27
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	27
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4. MARCO TEÓRICO .....	28
4.1. SEXUALIDAD HUMANA.....	30
4.2. SALUD SEXUAL.....	30
4.3. SALUD REPRODUCTIVA .....	31
4.4. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	32
4.5. GÉNERO.....	33
5. METODOLOGÍA.....	48
5.1. TIPO DE ESTUDIO.....	48
5.2. POBLACIÓN.....	48
5.2.1. TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....	48
5.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	50

5.2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	50
5.3. INSTRUMENTO .....	50
5.3.1. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS: .....	52
5.4. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA .....	53
5.4.1. EVALUACIÓN DEL IMPACTO .....	55
5.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	56
5.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	56
6. RESULTADOS .....	58
7. DISCUSIÓN .....	96
8. CONCLUSIÓN .....	102
BIBLIOGRAFIA .....	106
ANEXOS .....	111

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Variables socio-demográficas de estudiantes de Odontología grupo experimental .....	588
<b>Tabla 2</b> Variables socio-demográficas de estudiantes de Odontología grupo control.....	59
<b>Tabla 3</b> Análisis de los Conocimientos básicos relacionados con salud sexual y reproductiva en estudiantes de Odontología 2014 antes de las intervenciones.....	62
<b>Tabla 4</b> Análisis de los Conocimientos básicos relacionados con salud sexual y reproductiva en estudiantes de Odontología 2014 después de las intervenciones.....	68
<b>Tabla 5</b> Actitudes relacionadas con el contagio de ITS en estudiantes de Odontología 2014.antes de intervenciones .....	73
<b>Tabla 6</b> Actitudes relacionadas con el contagio de ITS en estudiantes de Odontología 2014 Después de intervenciones.....	77
<b>Tabla 7</b> Comparación de intervenciones educativas en cuanto a conocimientos del grupo experimental.....	80
<b>Tabla 8</b> Diferencia y valor de P evaluando conocimientos del grupo experimental.....	80

<b>Tabla 9</b> Comparación de intervenciones educativas en cuanto a conocimientos grupo del control.....	81
<b>Tabla 10</b> Diferencia y valor de P evaluando conocimientos del grupo control.....	81
<b>Tabla 11</b> Comparación conocimientos del grupo experimental y control antes de las intervenciones.....	82
<b>Tabla 12</b> Diferencia y valor de P evaluando conocimientos entre el grupo experimental y control antes de las intervenciones.....	82
<b>Tabla 13</b> Comparación conocimientos grupo experimental y control después de las intervenciones.....	83
<b>Tabla 14</b> Diferencia y valor de P evaluando conocimientos entre el grupo experimental y control después de las intervenciones.....	83
<b>Tabla 15</b> Comparación de intervenciones educativas en cuanto a actitudes del grupo experimental.....	84
<b>Tabla 16</b> Diferencia y valor de P evaluando conocimientos del grupo experimental.....	84
<b>Tabla 17</b> Comparación de intervenciones educativas en cuanto a actitudes del grupo control.....	85

<b>Tabla 18</b> Diferencia y valor de P evaluando conocimientos del grupo control.....	85
<b>Tabla 19</b> Comparación actitudes del grupo experimental y control antes de las intervenciones.....	86
<b>Tabla 20</b> Diferencia y valor de P evaluando actitudes entre el grupo experimental y control antes de las intervenciones.....	86
<b>Tabla 21</b> Comparación actitudes grupo experimental y control después de las intervenciones.....	87
<b>Tabla 22.</b> Diferencia y valor de P evaluando actitudes entre el grupo experimental y control después de las intervenciones.....	87
<b>Tabla 23</b> Prácticas relacionadas con la Actividad sexual en estudiantes de Odontología 2014.....	88
<b>Tabla 24</b> Prácticas relacionadas con el uso de métodos de protección en estudiantes de Odontología 2014.....	90
<b>Tabla 25</b> Comparación practicas grupo experimental antes y después.....	92
<b>Tabla 26.</b> Diferencia y valor de P evaluando prácticas entre el grupo experimental antes y después de las intervenciones.....	93
<b>Tabla 27</b> Comparación practicas grupo control antes y después.....	93

**Tabla 28** Diferencia y valor de P evaluando practicas entre el grupo control antes y después de las intervenciones.....94

**Tabla 29.** Comparación practicas grupo experimental antes y control antes.....94

**Tabla 30** Diferencia y valor de P evaluando practicas entre el grupo experimental antes vs control antes de las intervenciones.....95

**Tabla 31** Comparación practicas grupo experimental después y control después.....95

**Tabla 32** Diferencia y valor de P evaluando practicas entre el grupo experimental después vs control después de las intervenciones.....95

## LISTA DE ANEXOS

**Anexo 1** Consentimiento informado grupo experimental

**Anexo 2** consentimiento informado grupo contro

**Anexo3** Instrumento

**Anexo 4** Fotografías de intervenciones

## INTRODUCCIÓN

El deseo sexual se incrementa en forma significativa durante la adolescencia, principalmente debido al efecto de la testosterona en el comportamiento sexual, tanto en hombres como en mujeres<sup>1</sup>. La testosterona, hormona masculina por excelencia, muestra niveles diez veces más altos, en condiciones habituales, en varones que los que se observan en mujeres, después de la pubertad. En consecuencia, el deseo sexual es proporcionalmente mayor en varones que en mujeres.<sup>2</sup> No obstante, el comportamiento sexual de hombres y de mujeres adolescentes, como en los adultos, no solo se relacionan con elementos biológicos, como los niveles de testosterona, sino que igualmente lo matizan factores psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales, y muchos de los niños, niñas y adolescentes inician relaciones sexuales ante la mayoría de edad legal<sup>3</sup>.

Por tanto, la juventud se considera como un grupo de mayor vulnerabilidad tanto para las infecciones de transmisión sexual, como para la práctica de conductas

---

<sup>1</sup> BAIN J. The many faces of testosterone. Clin Interv Aging 2007, Vol 2, p. 567-76.

<sup>2</sup> BANCROFT. J. The endocrinology of sexual arousal. En: J Endocrinol 2005, p 186: 411-27.

<sup>3</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health.

sexuales inadecuadas, además de un estilo de enfrentamiento desacertado ante situaciones estresantes como la primera relación sexual, el uso de métodos anticonceptivos o el embarazo en esta etapa de la vida<sup>4</sup>. 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<sup>5</sup>.

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 adolescentes<sup>6</sup>. La mayoría de las investigaciones indican que las conductas

---

<sup>4</sup> GORGUET, I. Comportamiento sexual humano. En: GOURGET, I: Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2008, p.41

<sup>5</sup> 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, p.9

<sup>6</sup> DELGADO, L. Intervención sobre educación sexual en adolescentes guatemaltecos. En: Panorama Cuba y Salud. Vol. 3 N° 1. Enero- abril, 2008.

sexuales en los jóvenes 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<sup>7</sup>.

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 pensar, que permita identificar y resolver los problemas y promueva la participación social<sup>8</sup>.

Se necesita conocer realmente cuales son las debilidades de los jóvenes en cuanto a la sexualidad y las conductas relacionadas con esta, para poder aplicar un cambio al modelo educativo en temas de salud sexual. Por esta razón el presente estudio tuvo la finalidad de evaluar una intervención educativa que

---

<sup>77</sup> 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 del Agustino, Lima-Perú. En: Revista Horizonte Médico. Vol. N°2. Diciembre, 2007, p.80

<sup>8</sup>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

permitiesen originar cambios positivos en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena acerca de su salud sexual y reproductiva (SSR), y mejorar con ello el modo y estilo de vida de dicha población.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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<sup>9</sup>. 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<sup>10</sup>.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), las mujeres adolescentes siguen estando en la mira de las instituciones en cuanto a la disminución del embarazo adolescente y la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/Sida se refiere. Pero para ello, se hace necesario aumentar la cobertura y calidad de la educación sexual para esta población.

Además, una de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años ha estado alguna vez embarazada: el 16 por ciento ya son madres y el 4 por ciento está esperando

---

<sup>9</sup> 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

<sup>10</sup> 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.

su primer hijo; a medida que aumenta el nivel de educación y quintil de riqueza aumenta la edad de inicio de la primera relación sexual: las mujeres con menor educación inician en promedio a los 15 años, mientras que las de más educación lo hacen a los 18 años; el 10 por ciento de los nacimientos ocurren a mujeres menores de 18 años, lo cual los coloca en una de las categorías de riesgo elevado de mortalidad.

Sólo el 19% de las mujeres menores de 20 años se ha hecho la prueba de VIH. De acuerdo con la ENDS son las mujeres jóvenes uno de los grupos que menos sabe dónde se pueden practicar la prueba.

Entre las jóvenes de 15 a 24 años, el 24% tiene conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida y el 95% sabe dónde conseguir un condón. Sin embargo, apenas el 79% de las mujeres entre 15 y 19 años reconoce el uso correcto del condón como una práctica segura para evitar el contagio por VIH/Sida.

Cuatro de cada cinco mujeres menores de 25 años han participado en actividades de educación sexual en los colegios, universidades u hospitales. Las actividades en las que más han participado estas mujeres son: conferencias, clases de sexualidad, talleres, video conferencias y ferias de sexualidad; la persona que realiza estas actividades es en la mayoría de los casos el profesor de biología o anatomía, seguido de un asesor del hospital o centro de salud, el profesor de educación sexual, el profesor de ética o religión, el sicólogo, el profesor de otra materia o un asesor de Pro familia.

Las relaciones sexuales orales incluyen dar o recibir estimulación oral al pene (felación), la vagina (cunnilingus) o el ano (anilingus). El VIH se puede transmitir durante cualquiera de estas actividades, pero el riesgo es mucho menor que el de las relaciones sexuales anales o vaginales. Recibir felación, dar o recibir cunnilingus y dar o recibir anilingus conlleva muy poco o nada de riesgo, sin embargo existe el mayor riesgo de las relaciones sexuales orales el cual lo tienen las personas que dan felación a un hombre infectado por el VIH y que eyacula<sup>11,12</sup>

Aun teniendo en cuenta que practicar relaciones sexuales orales conllevan un menor riesgo de transmisión de VIH que otras actividades sexuales, existen muchas otras enfermedades de transmisión sexual que pueden adquirirse con esta práctica sexual. Es difícil medir el riesgo exacto porque las personas que tienen relaciones sexuales orales también pueden participar en otras prácticas sexuales durante el mismo encuentro. Cuando ocurre la transmisión, esta puede ser resultado de relaciones sexuales orales u otras actividades sexuales más riesgosas, como las anales o vaginales.

Si la persona que recibe estimulación sexual oral tiene el VIH, tanto su sangre, como su semen, sus líquidos pre seminales o sus secreciones vaginales pueden contener el virus. Si la persona que da estimulación sexual oral tiene el VIH, la sangre de su boca puede ingresar al cuerpo de la persona que recibe el sexo oral

---

<sup>11</sup> SMITH, DK, GROHSKOPF, LA, BLACK, RJ. Antiretroviral post exposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other no occupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR 2005, Vol. 54Nº:7.

<sup>12</sup> AIDS.gov. Reducing your sexual risk. Consultado el 24 de mayo del 2012.

a través del revestimiento de la uretra (la abertura en la punta del pene), de la vagina, del cuello uterino o del ano, o a través de cortes y llagas. Varios factores pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales orales, incluidas las úlceras en la boca, el sangrado de las encías, las llagas genitales y la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual (ITS).

Consideramos de vital importancia, 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 intervenir con estrategias educativas capaces de influir positivamente en la conducta de los y las estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena.

### **1.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION:**

¿Se presentan cambios respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los estudiantes de Odontología de la universidad de Cartagena, luego de implementar una intervención educativa?

## 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<sup>13</sup>.

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<sup>14</sup>, 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<sup>15</sup>; no son ajenos a ITS, embarazos no deseados o uso de métodos anticonceptivos. Pero, ¿Cómo viven ellos estas situaciones? ¿Qué tan informados

---

<sup>13</sup> UNFPA, Colombia. Análisis de situación en población para Colombia. Volumen 1. 2005, p. 299

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> 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.

y preparados están para prevenir riesgos? ¿Se asumen como sujetos de derechos sexuales y reproductivos?

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<sup>16</sup>

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 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

---

<sup>16</sup> CROMO, J. Op cit. P, 802

bajos niveles de escolaridad. De éstas proviene un número importante de nuestros estudiantes<sup>17</sup>.

- 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<sup>18</sup>.

- 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<sup>19,20</sup>

- 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

---

<sup>17</sup> ARAVENA, A; HETZ, E. y LIBERONA, P. Culpa Sexual, Relaciones Sexuales y Conducta Anticonceptiva en Estudiantes Universitarias. En: Ciudad universitaria. Vol. 1. Junio, 2000.

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> 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.

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 perspectiva de 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**

Evaluar a corto plazo las modificaciones producidas por la implementación de una intervención educativa en salud sexual y reproductiva en los estudiantes de odontología de la universidad de Cartagena, en lo referente a los conocimientos, actitudes y prácticas.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las variables sociodemográficas de los sujetos de estudio.
- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la salud sexual y reproductiva.
- Diseñar, elaborar e implementar una intervención educativa en salud sexual y reproductiva en estudiantes de odontología.

#### 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<sup>21</sup>

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

---

<sup>21</sup> 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.

las necesidades, problemas y expectativas varían considerablemente en cada uno de los grupos<sup>22</sup>.

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<sup>23</sup>.

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<sup>24</sup>.

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.

---

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

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup>CHÁVEZ, M Y ÁLVAREZ. Op cit. 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<sup>25</sup>.

#### **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...”.

---

<sup>25</sup> Ministerio de salud de El Salvador. Política de salud Sexual y Reproductiva. Agosto, 2012

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<sup>26</sup>.

#### **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 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<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> 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.

#### 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”<sup>28</sup>.

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

---

<sup>28</sup> 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.

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<sup>29</sup>.

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

---

<sup>29</sup> FERNANDEZ, M. Correlatos y nivel de conocimiento en el comportamiento sexual en universitarios de lima. En: persona. 1998. Vol. 1.

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<sup>30</sup>. 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 a nivel departamental y municipal con lo cual se aspira a reducir las cifras alarmantes expuestas con anterioridad<sup>31</sup> 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.

---

<sup>30</sup> Op cit. PROFAMILIA. P. 143

<sup>31</sup> OSPINA, JM Y MANRIQUE, FG. Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. En: av. Enferm. 2007. Vol. 25, N°. 2.

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<sup>32</sup>.

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<sup>33</sup>. 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<sup>34</sup> 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 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<sup>35</sup>.

---

<sup>32</sup> DIAZ, D. Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia. En: perinatol reprod hum. 2007. Vol. 21, N°1.

<sup>33</sup> PROFAMILIA Op cit. p. 146

<sup>34</sup> Ibit. PROFAMILIA. p. 150

<sup>35</sup>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.

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<sup>36</sup>

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 cerca 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 la relaciones románticas y sexuales, el deseo de complacer a la pareja. Aunque casi todas las adolescentes tienen algún tipo de conocimiento en métodos de planificación familiar, todavía presentan vacíos fundamentales en materia de salud reproductiva y en el uso adecuado de los mismos<sup>37</sup>.

Las infecciones de transmisión sexual o ITS (factores etiológicos de las enfermedades de transmisión sexual o ITS, antes denominadas enfermedades

---

<sup>36</sup>MAZZETTI, P; DEL CARMEN, J y PODESTÁ, L Op cit.. et al. P. 23

<sup>37</sup> 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.

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<sup>38</sup>.

Las ITS, en la actualidad han cobrado auge por el desconocimiento que poseen los adolescentes sobre las misma 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<sup>39</sup>.

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

---

<sup>38</sup> WOMEN'S COMMISSION FOR REFUGEE. Guía para la atención de infecciones de transmisión sexual. En: Health Response in Conflict Consortium. 2004. Vol.1.

<sup>39</sup> OSPINA, JM Y MANRIQUE, FG Op cit.. P. 105

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<sup>40</sup> — 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)<sup>41</sup>.

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 familia de este virus, han sido relacionados con la génesis del carcinoma uterino<sup>42</sup>. 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

---

<sup>40</sup> 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.

<sup>41</sup> 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.

<sup>42</sup> PÉREZ, C Y GALVEZ, R. Op cit.. p. 28

de las enfermedades de transmisión sexual (ITS), principalmente en los jóvenes, y dentro de ellos, son los jóvenes el grupo etéreo 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<sup>41</sup>.

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 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<sup>43</sup>.

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<sup>44</sup>.

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<sup>45</sup>.

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

---

<sup>43</sup> 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.

<sup>44</sup> 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.

<sup>45</sup> TEVA, I. Op cit. P. 310

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<sup>46</sup>

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<sup>47</sup>

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

---

<sup>46</sup> 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.

<sup>47</sup> 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.

la socialización en medio de las condiciones económicas y culturales en las que se desenvuelven<sup>48</sup>.

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<sup>49</sup>.

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

---

<sup>48</sup> GARCIA, F; ALFARO A. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete .En: Revista de Enfermería. Diciembre, 2001. Vol. 14.

<sup>49</sup> CARDOSO, C. Jóvenes universitarios, ¿Quiénes y cómo son?.En: revista de educación, cultura y sociedad. Diciembre, 2005. Vol. 5, N°9.

embarazo no planeado y alas ITS<sup>50</sup>, por lo que es necesario incluir acciones para su prevención en programas de salud sexual y reproductiva.

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<sup>51</sup>.

---

<sup>50</sup> 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.

<sup>51</sup> MENDOZA, A; FLORES, A. Género y sexualidad en las Universidades públicas mexicanas. En: ÍCONOS, Revista de Ciencias Sociales. Vol. 35. Septiembre, 2009.

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 abordar la educación sexual<sup>52</sup>.

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<sup>53</sup>. 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<sup>54</sup>.

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<sup>55</sup>. 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

---

<sup>52</sup> 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.

<sup>53</sup> OSPINA, JM Y MANRIQUE. Op cit. OSPINA. P 103-109

<sup>54</sup> 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.

<sup>55</sup> 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.

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.

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<sup>56</sup>.

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

---

<sup>56</sup> MENDOZA, A Y FLORES. Op cit. P 69

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 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<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> 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.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación es de tipo cuasi- experimental- antes y después con grupo control

### **5.2. POBLACIÓN**

Estudiantes de pregrado del programa de odontología de la Universidad de Cartagena.

El universo de estudio lo integran 473 estudiantes de pregrado del programa de odontología de la Universidad de Cartagena, matriculados durante el segundo periodo de 2014.

#### **5.2.1. TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple con reemplazo estratificado por semestres (con una probabilidad de selección proporcional al tamaño del estrato), para el cálculo del tamaño de la muestra se usó el Software Tamaño de la Muestra v.1.1 para Windows, con un error tipo I del 5%, error tipo II de 80% y desviación estándar de 2,7 (Función cálculo del tamaño de la muestra por tipo de estudio (experimento clínico), tipo de variable continua, distribución normal, grupos independientes) lo cual arrojó un tamaño de muestra de 102, la cual se ajustó por

el 10% de pérdidas utilizando la función ajuste por pérdidas al tamaño de la muestra quedando un tamaño de muestra 126.

Muestreo:

Una vez conocido el tamaño de la muestra se procedió a determinar el tamaño de la muestra por cada semestre, se identificó su peso porcentual y se aplicó al tamaño de la muestra como se indica a continuación:

Existen para el segundo periodo de 2014; 473 estudiantes matriculados en los diferentes semestres, distribuidos de la siguiente manera:

<b>SEMESTRE</b>	<b>PROPORCIÓN</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES SELECCIONADOS PARA LA MUESTRA (%)</b>
1	9,7	12 (12,2)
2	10,5	14 (13,2)
3	12,4	16 (15,6)
4	8,8	12 (11,0)
5	10,5	14 (13,2)
6	8,4	10 (10,5)
7	11,6	14 (14,6)
8	8,0	10 (10,1)
9	10,5	14 (13,2)
10	9,0	12 (11,3)

Del número de estudiantes seleccionados para cada semestre se realizó un muestreo aleatorio simple usando la fórmula de números aleatorios de Excel para asignar los integrantes del grupo experimental y del grupo control.

Luego se localizaron a los sujetos y se les explico el objetivo del estudio, los compromisos que adquirirían al participar en esta investigación

### **5.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Ser estudiante de odontología de pregrado con matricula activa para el segundo semestres de 2014.

Aceptar participar en la investigación y firmar el consentimiento informado donde autoricen su participación voluntaria.

### **5.2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Aquellos que siendo parte del grupo experimental no asista o participe en las actividades educativas.

Estudiantes que realicen un mal diligenciamiento de los instrumentos de recolección de información.

Estudiantes con parejas que hagan parte del estudio en el grupo opuesto.

### **5.3. INSTRUMENTO**

El instrumento tipo cuestionario anónimo de auto-administrado, que constó de 70 preguntas dicotómicas y de selección múltiple, organizadas 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.

Las preguntas de conocimientos fueron 30 y para su análisis se le asignaron 2 puntos a cada respuesta correcta, obteniendo los siguientes rangos de clasificación: malo=0-20; aceptable= 21-41; bueno=41-60. Con relación a las actitudes, para su análisis se le asignaron 3 puntos a cada respuesta correcta, obteniendo los siguientes rangos de clasificación: malo = 0-11; aceptable = 12-22; bueno = 23-33. Las preguntas de prácticas fueron 24 y para su análisis se le asignaron 4 puntos a cada respuesta correcta, obteniendo los siguientes rangos de clasificación: malo = 0-32; aceptable = 33-64; bueno = 65-96.

### **5.3.1. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La información se recolectó a través de un instrumento, 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, en donde se evaluó: la comprensión de las preguntas, la suficiencia de las categorías, la extensión de la encuesta y la pertinencia de la misma; lo que permitió hacer las modificaciones necesarias y luego ser aplicado a la muestra seleccionada.

Los investigadores fueron 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.

#### 5.4. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

Cada una de las sesiones fueron realizadas de acuerdo a una intervención diseñada con la colaboración de una experta en salud sexual y reproductiva y teniendo en cuenta las necesidades en educación en esta materia detectadas en estudios que se determinaron en la etapa del diagnóstico. Para cada grupo (experimental y control) se diseña una intervención educativa la cual se implementa durante 3 semanas y fue asesorada por una experta en el tema.

**Intervención del grupo control:** se basaba en el suministro de información sobre salud sexual y reproductiva la cual fue socializada usando herramientas de comunicación como carteleras, internet, uso de redes sociales. en las instalaciones de la Universidad de Cartagena campus ciencias de la salud, Facultad de Odontología en el barrio Zaragocilla, dichas herramientas fueron suministradas de la siguiente manera: Octubre 7 – Carteles educativos acerca de ¿Qué es la salud sexual y reproductiva?, Contenidos: Sexo, identidad sexual, derechos reproductivos, orientación sexual, género, rol de género, derechos sexuales Octubre 14 – Video educativo publicado en CEFOUC (Comunidad estudiantil facultad de Odontología Universidad de Cartagena), grupo de Facebook que está integrado por estudiantes de la Facultad de Odontología, ¿Qué son las infecciones de transmisión sexual?; Octubre 21 – Carteles educativos acerca de Amor y comunicación en la relación de parejas, Contenidos: el amor y la afectividad en la relación de pareja, comunicación, habilidades comunicativas, la

asertividad, planificación familiar(sexualidad responsable), Video educativo acerca de Métodos de Planificación familiar; las herramientas implementadas desde la primera semana hasta la última estuvieron disponibles hasta que se realizó la segunda encuesta.

**Intervención grupo experimental:** se implementaban cada semana en las instalaciones de la Universidad de Cartagena campus ciencias de la salud, Facultad de Odontología en el barrio Zaragocilla, durante sesiones de aproximadamente dos horas cada una, el material didáctico consistió en presentación de películas, entrega y socialización de folletos y presentación de diapositivas concomitantemente con charlas, desarrollando diferentes temáticas correspondientes a: Octubre 7 - Presentación de diapositivas concomitantemente con charla sobre Qué es la salud sexual y reproductiva, Contenidos: Sexo, identidad sexual, derechos reproductivos, orientación sexual, género, rol de género, derechos sexuales; Octubre 14 – Entrega y socialización de folletos sobre Amor y comunicación en la relación de parejas, Contenidos: el amor y la afectividad en la relación de pareja, comunicación, habilidades comunicativas, la asertividad, planificación familiar(sexualidad responsable); Octubre 21 –Película educativa sobre impacto de las ITS y el VIH/SIDA. Contenidos: concepto de ITS, caracterización de las ITS; al finalizar cada una de las intervenciones se realizó un conversatorio con el auditorio en el cual se despejó cualquier duda e inquietud.

Luego fueron invitados a regresar al final de la cuarta semana de haber realizado las actividades; se realizó la medición del impacto de la intervención utilizando el mismo instrumento usado en la primera evaluación.

#### **5.4.1. EVALUACIÓN DEL IMPACTO**

Para evaluar la eficacia de la intervención educativa en salud sexual y reproductiva se tendrá en cuenta:

1. Nivel de cambio en los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva después de implementada la intervención.
2. Nivel de cambio en las actitudes sobre salud sexual y reproductiva después de implementada la intervención.
3. Nivel de cambio en las prácticas sexuales de los estudiantes después de implementada la intervención.

## **5.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

La información fue almacenada en una base de datos diseñada y validada para tal fin en el programa Excel versión para Windows 2010, y fue auditada para comprobar la calidad y posteriormente ajustada según los resultados de la verificación. La matriz fue transportada al programa estadístico STATA versión para Windows 11.0®. En primera instancia con el fin de realizar un análisis individual de cada variable se utilizaron pruebas de estadística descriptiva (promedios, desviación estándar, distribución de frecuencias y porcentajes) Luego se evaluaron las relaciones entre las diferencias estadísticas de las intervenciones (análisis diferencial) a través de tablas diferenciales; fue usada la prueba Z KOLMOGOROV - SMIRNOV para las diferencias entre las proporciones antes y después, con una probabilidad límite para la significancia ( $p < 0,05$ ).

## **5.6. 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

Todos los estudiantes seleccionados en el muestreo aceptaron participar en el estudio (126), sin embargo, 2 de estos fueron excluidos al momento de aplicar por segunda vez el instrumento de recolección de datos ya que no asistieron a las intervenciones programadas.

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En la tabla 1 se observan las características socio-demográficas de los sujetos de estudio del grupo experimental. Del total del grupo (63 sujetos), el 52,3% correspondieron a menores de 19 años, el 63,4% eran sexo femenino, y en cuanto a su estado civil el 93,6% eran solteros.

**Tabla 1. Variables socio-demográficas de estudiantes de Odontología del grupo experimental**

	Fcia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
< 19 años	33	52,3
19-24 años	27	42,8
> 24 años	3	4,7
<b>Sexo</b>		
Femenino	40	63,4
Masculino	23	36,5
<b>Semestre</b>		
1-5	34	53,9
6 -8	29	46,0
<b>Estrato Socioeconómico</b>		

Bajo (1,2,3)	50	79,3
Alto (4,5,6)	12	20,6
<b>Estado civil</b>		
Soltero	59	93,6
Casado	2	3,1
Unión libre	2	3,1
<b>Religión</b>		
Católico Practicante	21	33,3
Católico no practicante	20	31,7
Cristiano	7	11,1
Evangélico	7	11,1
Otras religiones	1	1,5
Otras ideologías	2	3,1
Indiferente	a	
cualquier ideología	2	3,1
No creyente	3	4,7

Continuación tabla 1

En la tabla 2 se observan las características socio-demográficas de los sujetos de estudio del grupo control. Del total del grupo (63 sujetos), el 47,6% correspondieron a menores de 19 años, el 53,9% eran sexo femenino, y en cuanto a su estado civil el 93,6% eran solteros.

**Tabla 2 Variables socio-demográficas de estudiantes de Odontología del grupo control**

	Fcia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
< 19 años	30	47,6
19-24 años	28	44,4
> 24 años	5	7,9
<b>Sexo</b>		
Femenino	34	53,9
Masculino	29	43,6
<b>Semestre</b>		
1-6Semestre	34	53,9
6 -8 Semestre	29	43,6

<b>Estrato</b>		
<b>Socioeconómico</b>		
Bajo (1,2,3)	54	85,7
Alto (4,5,6)	9	14,2
<b>Estado civil</b>		
soltero	59	93,6
Casado	4	6,3
<b>Religión</b>		
Católico Practicante	21	33,3
Católico no practicante	27	42,8
Cristiano	2	3,1
Evangélico	6	9,5
Otras religiones	1	1,5
Otras ideologías	4	6,3
Indiferente a cualquier ideología	1	1,5
No creyente	1	1,5

Continuación tabla 2

## **CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA 2014.**

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

Con referencia al grado de conocimientos que tienen los encuestados antes de realizar la primera intervención, respecto al concepto de sexualidad, el 61,9% de los individuos del grupo experimental, y el 60,3% del grupo control, indicó correctamente la respuesta.

Para un porcentaje de 39,6% en el grupo experimental y un 36,5% en el grupo control de los sujetos de estudio, el término sexo fue acertado en su respuesta.

Respecto al concepto “relaciones sexuales” 32 de los 63 sujetos del grupo experimental respondieron correctamente, mientras que en el grupo control, solo acertaron 28 de los 63 sujetos.

En cuanto a conocimientos de derechos sexuales y reproductivos, en el grupo experimental el 60,3% de la muestra manifestó conocerlos, sin embargo, sólo el 52,3% marcó la respuesta correcta cuando se le instó a señalar un derecho sexual y el 47,6% cuando se le instó a señalar un derecho reproductivo; mientras que en el grupo control el 65,0% de la muestra manifestó conocerlos y así mismo

identificaron los derechos sexuales pero sólo el 46,0% acertó en los derechos reproductivos.

Con referencia a las ITS, la mayoría de los sujetos no acertó al indicar cuál de ellas fue la enunciada en las preguntas.

En relación al concepto de “planificación familiar”, 48 individuos del grupo experimental respondieron de forma correcta mientras que el grupo control lo hicieron 40 individuos

En cuanto a la píldora de emergencia, en el grupo experimental sólo 26 personas respondieron correctamente y en el grupo control lo hicieron 22 personas, cuando se les instó a marcar el tiempo en que debía tomarse esta luego de tener relaciones sexuales (Ver tabla 3).

**Tabla 3. Análisis de los Conocimientos básicos relacionados con salud sexual y reproductiva en estudiantes de Odontología 2014 antes de las intervenciones.**

VARIABLE	GRUPO. EXPERIMENTAL			GRUPO. CONTROL		
	Fcia	%	IC	Fcia	%	IC
<b>Definición de sexualidad</b>						
Correcta	39	61,90	49,57 – 74,23	38	60,32	47,89 – 72,73
Incorrecta	24	38,10	25,76 – 50,42	25	39,68	27,26 – 52,10

<b>Percepciones sobre el termino sexo</b>						
Correcta	25	39,68	27,26 – 52,10	23	36,51	24,28 – 48,73
Incorrecta	38	60,32	47,89 – 72,73	40	63,49	51,26 – 75,71
<b>Conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos</b>						
Correcta	38	60,32	47,89 – 72,73	41	65,08	52,97 – 77,18
Incorrecta	25	39,68	27,26 – 52,10	22	34,92	22,81 – 47,02
<b>Identificación de un derecho sexual</b>						
Correcta	33	52,38	39,70 – 65,06	41	65,08	52,97 – 77,18
Incorrecta	30	47,62	34,93 – 60,29	22	34,92	22,81 – 47,02
<b>Identificación de un derechos reproductivo</b>						
Correcta	30	47,62	34,93 – 60,29	29	46,03	33,37 – 58,68
Incorrecta	33	52,38	39,70 – 65,06	34	53,97	41,31 – 66,62
<b>Relaciones sexuales se definen como</b>						
Correcta	32	50,79	38,10 – 63,48	28	44,44	31,82 – 57,05
Incorrecta	31	49,21	36,51 – 61,89	35	55,56	42,94 – 68.17
<b>Lo más importante para una vida sexual y de pareja satisfactoria</b>						
Correcta	40	63,49	51,26 – 75,71	30	47,62	34,93 – 60,29
Incorrecta	23	36,51	24,28 – 48,73	33	52,38	39,70 – 65,06

<b>Forma más confiables de evitar una ITS</b>						
Correcta	12	19,35	9,23 – 29,46	10	15,87	6,59 – 25,15
Incorrecta	50	80,65	70,53 – 90,76	53	84,13	74,84 – 93,40
<b>Las ITS se pueden transmitir por</b>						
Correcta	40	63,49	51,26 – 75,71	26	41,27	28,77 – 53,76
Incorrecta	23	36,51	24,28 – 48,73	37	58,73	46,23 – 71,22
<b>Se puede tener una ITS sin síntomas</b>						
Correcta	44	69,84	58,19 – 81,49	34	53,97	41,31 – 66,62
Incorrecta	19	30,16	18,50 – 41,81	29	46,03	33,37 – 58,68
<b>Cuando desaparecen los síntomas de una ITS significa que ya se curó</b>						
Correcta	50	79,37	69,09 – 89,63	51	80,95	70,98 – 90,92
Incorrecta	13	20,63	10,36 – 30,90	12	19,05	9,07 – 29,01
<b>Las partes del cuerpo afectadas por las ITS</b>						
Correcta	50	79,37	69,09 – 89,63	41	65,08	52,97 – 77,18
Incorrecta	13	20,63	10,36 – 30,90	22	34,92	22,81 – 47,02
<b>Secreción amarilla o blanca, ardor al orinar y calambres abdominales</b>						
Correcta	27	42,86	30,29 – 55,42	26	41,27	28,77 – 53,76
Incorrecta	36	57,14	44,57 – 69,70	37	58,73	46,23 – 71,22
<b>Sangrado, gotas de líquido blanco o amarillento</b>						
Correcta	18	28,57	17,10 – 40,04	27	42,86	30,29 – 55,42
Incorrecta	45	71,43	59,95 – 82,89	36	57,14	44,57 – 69,70

<b>Verrugas que no desaparecen, en órganos sexuales y ano</b>						
Correcta	33	52,38	39,70 – 65,06	29	46,03	33,37 – 58,68
Incorrecta	30	47,62	34,93 – 60,29	34	53,97	41,31 – 66,62
<b>Gripe que no desaparece, cansancio e ictericia</b>						
Correcta	39	61,90	49,57 – 74,23	32	50,79	38,10 – 63,48
Incorrecta	24	38,10	25,76 – 50,42	31	49,21	36,51 – 61,89
<b>Ampollas dolorosas precedidas por ardor y comezón</b>						
Correcta	33	52,38	39,70 – 65,06	22	34,92	22,81 – 47,02
Incorrecta	30	47,62	34,93 – 60,29	41	65,08	52,97 – 77,18
<b>Latencia prolongada, diarrea, pérdida de peso, manchas en boca</b>						
Correcta	37	58,73	46,23 – 71,22	33	52,38	39,70 – 65,06
Incorrecta	26	41,27	28,77 – 53,76	30	47,62	34,93 – 60,29
<b>Llagas rojizo-café dolorosas, seguida por sarpullido y sensación de gripe</b>						
Correcta	10	15,87	6,59 – 25,15	13	20,63	10,36 – 30,90
Incorrecta	53	84,13	74,84 – 93,40	50	79,37	69,09 – 89,63
<b>Una persona portadora del VIH es asintomática cuando:</b>						
Correcta	43	68,25	56,43 – 80,07	36	57,14	44,57 – 69,70
Incorrecta	20	31,75	19,92 – 43,56	27	42,86	30,29 – 55,42
<b>¿Si una persona tiene VIH como lo puede transmitir</b>						
Correcta	48	76,19	65,37 – 87,00	33	52,38	39,70 – 65,06
Incorrecta	15	23,81	12,99 – 34,62	30	47,62	34,93 – 60,29

<b>¿Qué es la planificación familiar?</b>						
Correcta	48	76,19	65,37 – 87,00	40	63,49	51,26 – 75,71
Incorrecta	15	23,81	12,99 – 34,62	23	36,51	24,28 – 48,73
<b>¿Qué método cree que es mas eficiente para prevenir embarazo?</b>						
Correcta	44	69,84	58,19 – 81,49	57	90,48	83,02 – 97,92
Incorrecta	19	30,16	18,50 – 41,81	6	9,52	2,07 – 16,97
<b>¿Qué método cree que es mas eficiente para prevenir una ITS?</b>						
Correcta	43	68,25	56,43 – 80,00	37	58,73	46,23 – 71,22
Incorrecta	20	31,75	19,92 – 43,56	26	41,27	28,77 – 53,76
<b>Cuando tiene mayor riesgo la mujer de quedar embarazada</b>						
Correcta	43	68,25	56,43 – 80,00	45	71,43	59,95 – 82,89
Incorrecta	20	31,75	19,92 – 43,56	18	28,47	17,10 – 40,04
<b>Que debe hacer una mujer que olvida tomar la píldora un día</b>						
Correcta	47	25,40	14,34 – 36,44	31	49,21	36,51 – 61,89
Incorrecta	16	74,60	63,55 – 85,65	32	50,79	38,10 – 63,48
<b>¿Por cuánto tiempo la inyección da protección contra el embarazo?</b>						
Correcta	27	42,86	30,29 – 55,42	24	38,10	25,76 – 50,42
Incorrecta	36	57,14	44,57 – 69,70	39	61,90	49,57 – 74,23
<b>¿Cuánto tiempo después de tener relaciones sexuales deba tomarse la píldora de emergencia?</b>						
Correcta	26	41,27	28,77 – 53,76	22	34,92	22,81 – 47,02
Incorrecta	37	58,73	46,23 – 71,22	41	65,02	52,97 – 77,18

<b>¿Dónde cree usted que puede conseguir métodos de planificación familiar?</b>						
Correcta	60	95,24	89,83 – 100,6	55	87,30	78,84 – 95,75
Incorrecta	3	476	-0,64 – 10,16	8	12,70	4,24 – 21,15
<b>¿Cuál es la principal dificultad que usted enfrenta para conseguir un método?</b>						
Correcto	46	73,02	61,74 – 84,28	34	53,97	41,31 – 66,62
Incorrecto	17	26,98	15,71 – 38,25	29	46,03	33,37 – 58,68

Continuación tabla 3

Con referencia al grado de conocimientos que tienen los encuestados después de realizar todas las intervenciones respecto al concepto de sexualidad, el 90,4% de los individuos del grupo experimental, y el 82,5% del grupo control, indicó correctamente la respuesta.

Para un porcentaje de 82,5% en el grupo experimental y un 66,6% en el grupo control de los sujetos de estudio, el término sexo fue acertado en su respuesta.

Respecto al concepto “relaciones sexuales” 51 de los 63 sujetos del grupo experimental respondieron correctamente, mientras que en el grupo control, acertaron 39 de los 63 sujetos.

En cuanto a conocimientos de derechos sexuales y reproductivos, en el grupo experimental el 87,3% de la muestra manifestó conocerlos, sin embargo, sólo el 79,3% marcó la respuesta correcta cuando se le instó a señalar un derecho sexual y el 76,1% cuando se le instó a señalar un derecho reproductivo; mientras que en el grupo control el 77,7% de la muestra manifestó conocerlos pero sólo 42,8%

marcó correcta la pregunta sobre derecho sexual y sólo el 44,4% acertó en los derechos reproductivos.

Con referencia a las ITS, en el grupo experimental, la mayoría acertó al indicar cuál de ellas fue la enunciada en las preguntas; mientras que en el grupo control no fueron acertadas la mayoría de respuestas

En relación al concepto de “planificación familiar”, 56 individuos del grupo experimental respondieron de forma correcta mientras que el grupo control lo hicieron 45 individuos

En cuanto a la píldora de emergencia, en el grupo experimental 48 personas respondieron correctamente y en el grupo control lo hicieron 25 personas, cuando se les instó a marcar el tiempo en que debía tomarse esta luego de tener relaciones sexuales (Ver tabla 4).

**Tabla 4. Análisis de los Conocimientos básicos relacionados con salud sexual y reproductiva en estudiantes de Odontología 2014 después de las intervenciones**

VARIABLE	GRUPO, EXPERIMENTAL			GRUPO, CONTROL		
	Fcia	%	IC	Fcia	%	IC
<b>Definición de sexualidad</b>						
Correcta	57	90,48	2,07 – 16,97	52	82,54	72,90 – 92,17
Incorrecta	4	9,52	83,03 – 97,92	11	17,46	7,82 – 27,09

<b>Percepciones sobre el termino sexo</b>						
Correcta	52	82,54	72,9 – 92,1	42	66,67	54,69 – 78,63
Incorrecta	9	17,46	7,82 – 27,09	21	33,33	21,36 – 45,30
<b>Conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos</b>						
Correcta	55	87,3	78,84 – 95,75	49	77,78	67,22 – 88,33
Incorrecta	6	12,7	4,24 – 21,15	14	22,22	11,66 – 32,77
<b>Identificación de un derecho sexual</b>						
Correcta	50	79,37	69,09 – 89,63	27	42,86	30,29 – 55,42
Incorrecta	11	20,63	10,36 – 30,90	36	57,14	44,57 – 69,70
<b>Identificación de un derechos reproductivo</b>						
Correcta	48	76,19	65,37 – 87,00	28	44,44	31,82 – 57,05
Incorrecta	13	23,81	12,99 – 34, 62	35	55,56	42,94 – 68,17
<b>Relaciones sexuales se definen como</b>						
Correcta	51	80,95	70,98 – 90,92	39	61,90	49,57 – 74,23
Incorrecta	10	19,05	9,07 – 29,01	24	38,10	25,76 – 50,42
<b>Lo más importante para una vida sexual y de pareja satisfactoria</b>						
Correcta	55	87,30	78,84 – 95,75	39	61,90	49,57 – 74,23
Incorrecta	6	12,70	4,24 – 21,15	24	38,10	25,76 – 50,42
<b>Forma más confiables de evitar una ITS</b>						
Correcta	52	82,54	72,90 – 92,17	34	53,97	41,31 – 66,62
Incorrecta	9	17,46	7,82 – 27,09	29	46,03	33,37 – 58,68
<b>Las ITS se pueden transmitir por</b>						
Correcta	58	95,24	89,83 – 100	44	69,84	58,19 – 81,49
Incorrecta	3	4,76	-0,64 – 10,1	19	30,16	18,50 – 41,81

<b>Se puede tener una ITS sin síntomas</b>						
Correcta	58	95,24	89,83 – 100	49	77,78	67,22 – 88,33
Incorrecta	3	4,76	0,64 – 10,1	14	22,22	11,66 – 32,77
<b>Cuando desaparecen los síntomas de una ITS significa que ya se curó</b>						
Correcta	58	95,24	89,83 – 100	58	92,06	85,20 – 98,92
Incorrecta	3	4,76	-0,64 – 10,1	5	7,94	1,07 – 14,79
<b>Las partes del cuerpo afectadas por las ITS</b>						
Correcta	58	95,24	89,83 – 100	48	76,19	65,37 – 87,00
Incorrecta	3	4,76	-0,64 – 10,1	15	23,81	12,99 – 34,62
<b>Secreción amarilla o blanca, ardor al orinar y calambres abdominales</b>						
Correcta	50	79,37	69,09 – 89,63	43	68,25	56,43 – 80,07
Incorrecta	11	20,63	10,36 – 30,90	20	31,75	19,92 – 43,56
<b>Sangrado, gotas de líquido blanco o amarillento</b>						
Correcta	50	79,37	69,09 – 89,63	42	66,67	54,69 – 78,63
Incorrecta	11	20,63	10,36 – 30,90	21	33,33	21,36 – 45,30
<b>Verrugas que no desaparecen, en órganos sexuales y ano</b>						
Correcta	54	85,71	76,83 – 94,59	36	57,14	44,57 – 69,70
Incorrecta	7	14,29	5,40 – 23,16	27	42,86	30,29 – 55,42
<b>Gripe que no desaparece, cansancio e ictericia</b>						
Correcta	57	90,48	83,02 – 97,92	38	60,32	47,89 – 72,73
Incorrecta	4	9,52	2,07 – 16,97	25	39,68	27,26 – 51,10
<b>Ampollas dolorosas precedidas por ardor y comezón</b>						
Correcta	51	80,95	70,98 – 90,92	29	46,03	33,37 – 58,68
Incorrecta	10	19,05	9,07 – 29,01	34	53,97	41,31 – 66,62
<b>Latencia prolongada, diarrea, pérdida de peso, manchas en boca</b>						
Correcta	53	84,13	74,84 – 93,4	31	49,21	36,51 – 61,89
Incorrecta	8	15,87	6,59 – 25,15	32	50,79	38,10 – 63,48

<b>Llagas rojizo-café dolorosas, seguida por sarpullido y sensación de gripe</b>						
Correcta	42	66,67	54,69 – 78,63	27	42,86	30,29 – 55,42
Incorrecta	19	33,33	21,36 – 45,30	36	57,14	44,57 – 69,70
<b>Una persona portadora del VIH es asintomática cuando:</b>						
Correcta	58	92,06	85,20 – 98,92	48	76,19	65,37 – 87,00
Incorrecta	3	7,94	1,07 – 14,79	15	23,81	12,99 – 34,62
<b>¿Si una persona tiene VIH como lo puede transmitir</b>						
Correcta	58	93,65	87,46 – 99,84	45	71,43	59,95 – 82,89
Incorrecta	3	6,35	0,15 – 12,53	18	28,57	17,10 - 40,04
<b>¿Qué es la planificación familiar?</b>						
Correcta	55	88,89	80,91 – 96,86	45	71,43	59,95 – 82,89
Incorrecta	6	11,11	3,13 – 19,08	18	28,57	17,10 - 40,04
<b>¿Qué método cree que es más eficiente para prevenir embarazo?</b>						
Correcta	60	98,41	95,23 – 101,5	61	96,83	92,37 – 101,2
Incorrecta	1	1,59	1,58 – 4,76	2	3,17	1,27 – 7,62
<b>¿Qué método cree que es más eficiente para prevenir una ITS?</b>						
Correcta	58	93,65	87,46 – 99,84	49	77,78	67,22 – 88,33
Incorrecta	3	6,35	0,15 – 12,53	14	22,22	11,66 – 32,77
<b>Cuando tiene mayor riesgo la mujer de quedar embarazada</b>						
Correcta	53	85,71	76,83 – 94,59	55	87,30	78,84 – 95,75
Incorrecta	8	14,29	5,40 – 23,16	8	12,70	4,24 – 21,15
<b>Que debe hacer una mujer que olvida tomar la píldora un día</b>						
Correcta	43	69,84	58,19 – 81,49	47	74,60	63,55,85,65
Incorrecta	18	30,16	18,50 – 41,81	16	25,40	14,34 – 36,44
<b>¿Por cuánto tiempo la inyección da protección contra el embarazo?</b>						
Correcto	51	80,95	70,98 – 90,92	26	41,27	28,77 – 53,76
Incorrecta	10	19,05	9,07 – 29,01	37	58,73	46,23 – 71,22

<b>¿Cuánto tiempo después de tener relaciones sexuales deba tomarse la píldora de emergencia?</b>						
Correcta	48	76,19	65,37 – 87,00	25	39,68	27,26 – 52,10
Incorrecta	13	23,81	12,99 – 34,62	38	60,32	47,89 – 72,73
<b>¿Dónde cree usted que puede conseguir métodos de planificación familiar?</b>						
Correcta	56	88,89	80,91 – 96,86	56	88,89	80,91 – 96,86
Incorrecta	5	11,11	3,13 – 19,08	7	11,11	3,13 – 19,08
<b>¿Cuál es la principal dificultad que usted enfrenta para conseguir un método?</b>						
Correcto	42	66,67	54,69 – 78,63	25	39,68	27,26 – 52,10
Incorrecto	19	33,33	21,36 – 45,30	38	60,32	47,89 – 72,73

Continuación tabla 4

## **ACTITUDES RELACIONADAS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA 2014:**

En el bloque temático “actitud” se estableció que antes de realizar la primera intervención, el grupo experimental consideró que ante el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva: el 79,3% es más importante mantener una pareja estable, el 65,0% conocer sobre métodos de planificación familiar, y el 44,4% usar condón en todas las relaciones sexuales, visitar al especialista y no compartir ropa interior. El grupo control consideró que ante el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva: el 69,8% es más importante mantener una pareja estable, el 50,7% conocer sobre métodos de planificación familiar, y el 34,9% usar condón en todas las relaciones sexuales, el 47,6% visitar al especialista y el 36,5% no compartir ropa interior.

En lo referente a afrontar el contagio de una ITS, de los 63 sujetos del grupo experimental como primera opción 14 consultarían con un amigo, 44 con un especialista y 11 consultarían con sus padres; y de los sujetos del grupo control como primera opción 17 consultarían a un amigo, 40 a un especialista y 13 consultarían con sus padres.

Y finalmente al momento de tratar un ITS, tanto los sujetos del grupo experimental como los del grupo control eligieron en gran mayoría la medicina tradicional (Ver tabla 5).

**Tabla 5 Actitudes relacionadas con el contagio de ITS en estudiantes de Odontología 2014.antes de intervenciones**

Variable	Grupo experimental			Grupo control		
	Fcia	%	IC	Fcia	%	IC
<b>¿Qué tan importante es para el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva?</b>						
<b>Mantener una pareja estable</b>						
Bueno	50	79,37%	69,09 – 89,63	44	69,84%	58,19 – 81,49
Aceptable	12	19,05%	9,07 – 29,01	16	25,40%	14,34 – 36,44
Malo	1	1,59%	-1,58 – 4,76	3	4,76%	0,64 – 10,16
<b>Conocer sobre métodos de planificación familiar</b>						
Bueno	41	65,08%	52,97 – 77,18	32	50,79%	38,10 – 63,48
Aceptable	15	23,81%	12,99 – 34,62	28	44,44%	31,82 – 57,05
Malo	7	11,11%	3,13 – 19,08	3	4,76%	-0,64 – 10,16

<b>Utilizar condón durante todas las relaciones</b>						
Bueno	28	44,44%	31,82 – 57,05	22	34,92%	22,81 – 47,02
Aceptable	18	28,57%	17,10 – 40,04	26	41,27%	28,77 – 53,76
Malo	17	26,98%	15,71 – 38,25	15	23,81%	12,99 – 34,62
<b>Visitar al especialista</b>						
Bueno	28	44,44%	31,82 – 57,05	30	47,62	34,93 – 60,29
Aceptable	28	44,44%	31,82 – 57,05	27	42,86	30,29 – 55,42
Malo	7	11,11%	3,13 – 19,08	6	9,52	2,07 – 16,97
<b>No compartir ropa interior</b>						
Bueno	28	44,44%	31,82 – 57,05	29	46,03	33,37 – 58,68
Aceptable	19	30,16%	18,50 – 41,81	23	36,51	24,28 – 48,73
Malo	16	25,40%	14,34 – 36,44	11	17,46	7,82 – 27,09
<b>¿Cómo afrontaría el contagio de una ITS?</b>						
<b>Consulta a un amigo</b>						
Bueno	14	22,22%	11,66 – 32,77	17	26,98	15,71 – 38,25
Aceptable	18	28,57%	17,10 – 40,04	21	33,33	21,36 – 45,30
Malo	31	49,21%	36,51 – 61,89	25	39,68	27,26 – 52,10

<b>Consulta a un especialista</b>						
Bueno	44	69,84%	58,19 – 81,49	40	63,46	51,26 - 75,71
Aceptable	13	20,63%	10,36 – 30,90	17	26,98	15,71 – 38,25
Malo	6	9,52%	2,07 – 16,97	6	9,52	2,07 – 16,97
<b>Consulta a sus padres</b>						
Bueno	11	17,46%	7,82 – 27,09	13	20,63	10,36 – 30,90
Aceptable	24	38,10%	25,76 – 50,42	38	60,32	47,89 – 72,73
Malo	28	44,44%	31,82 – 57,05	12	19,65	9,90 – 29,01
<b>¿Cómo trataría una ITS?</b>						
<b>Medicamentos caseros</b>						
Bueno	7	11,11%	3,13 – 19,08	10	15,87	6,59 – 25,15
Aceptable	10	15,87%	6,59 – 25,15	18	28,57	17,10 – 40,04
Malo	46	73,02%	61,74 – 84,28	35	55,56	42,94 – 68,17
<b>Medicina homeopática</b>						
Bueno	16	25,4	14,34 – 36,44	18	28,57	17,10 - 40,04
Aceptable	17	26,98	15,71 – 38,25	31	49,21	36,51 – 61,89
Malo	30	47,62	34,93 – 60,29	14	22,22	11,66 – 32,77
<b>Medicina tradicional</b>						
Bueno	43	68,25	56,43 – 80,07	34	53,97	41,31 – 66,62
Aceptable	12	19,05	9,07 – 29,01	18	28,57	17,10 – 40,04
Malo	8	12,7	4,24 – 21,15	11	17,46	7,82 – 27,09

Continuación tabla 5

En la temática de “actitud” se estableció que luego de realizar todas las intervenciones, el grupo experimental consideró que ante el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva: el 88,8% es más importante mantener una pareja estable, el 57,3% conocer sobre métodos de planificación familiar, y el 76,1% usar condón en todas las relaciones sexuales, el 69,8% visitar al especialista y el 65,0% no compartir ropa interior. El grupo control consideró que ante el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva: el 73,0% es más importante mantener una pareja estable, el 53,9% conocer sobre métodos de planificación familiar, y el 50,7% usar condón en todas las relaciones sexuales, el 63,4% visitar al especialista y el 60,3% no compartir ropa interior.

En lo referente a afrontar el contagio de una ITS, de los 63 sujetos del grupo experimental como primera opción 13 consultarían con un amigo, 51 con un especialista y 16 consultarían con sus padres; y de los sujetos del grupo control como primera opción 18 consultarían a un amigo, 38 a un especialista y 19 consultarían con sus padres.

Y finalmente al momento de tratar un ITS, tanto los sujetos del grupo experimental como los del grupo control eligieron en gran mayoría la medicina tradicional (Ver tabla 6).

**Tabla 6 Actitudes relacionadas con el contagio de ITS en estudiantes de Odontología 2014. Después de intervenciones**

VARIABLE	GRUPO. EXPERIMENTAL			GRUPO. CONTROL		
	Fcia	%	IC	Fcia	%	IC
<b>Que tan importantes para el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva son:</b>						
<b>Mantener una pareja estable</b>						
Bueno	54	88,89	80,91- 96,86	46	73,02	61,74 – 84,24
Aceptable	7	11,11	03,13	16	25,4	14,34 – 36,44
Malo	0	0		1	1,59	01,58 – 04,76
<b>Conocer sobre métodos de planificación familiar</b>						
Bueno	53	57,3	98,84 – 95,75	34	53,97	41,31 – 66,62
Aceptable	8	12,7	04,24 – 21,15	29	46,03	33,37 – 58,68
Malo	0	0		0	0	-
<b>Utilizar condón durante todas las relaciones</b>						
Bueno	48	76,19	65,37 – 87,00	32	50,79	38,10 – 63,48
Aceptable	9	14,29	05,40 – 23,16	23	36,51	24,28 – 48,73
Malo	4	9,52	02,17 – 16,97	8	12,7	04,24 – 21,15

<b>Visitar al especialista</b>						
Bueno	44	69,84	58,19 – 81,49	40	63,49	51,26 -75,71
aceptable	17	30,16	18,50 - 42,81	23	36,51	24,28 – 48,73
Malo	0	0		0	0	-
<b>No compartir ropa interior</b>						
Bueno	41	65,08	52,99 – 77,18	38	60,32	47,89 – 72,73
Aceptable	14	25,4	14,34 – 36,44	24	38,1	25,76 – 50,42
Malo	6	9,53	02,07 - 16,97	1	1,59	01,58 – 04,76
<b>¿Cómo afrontaría el contagio de una ITS?</b>						
<b>Consulta a un amigo</b>						
Bueno	13	20,63	10,36 – 30,90	18	28,57	17,10 – 40,04
Aceptable	17	30,16	18,50 – 41,81	22	34,92	22,81 – 47,02
Malo	31	49,21	36,51 – 61,89	23	36,51	24,28 – 48,73
<b>Consulta a un especialista</b>						
Bueno	51	80,95	70,98 – 90,92	38	60,32	47,89 – 72,73
Aceptable	9	17,46	07,82 – 27,09	23	36,51	24,28 – 48,73
malo	1	1,59	01,58 – 04,76	2	3,17	01,27 – 07,62

<b>Consulta a sus padres</b>						
Bueno	16	25,4	14,34 – 36,44	19	30,16	18,50 – 41,81
Aceptable	35	55,56	42,94 – 68,17	40	63,49	51,26 – 75,71
Malo	10	19,05	09,07 – 29,01	4	6,35	00,15 – 12,53
<b>¿Cómo trataría una ITS?</b>						
<b>Medicamentos caseros</b>						
Bueno	13	20,63	10,36 – 30,90	13	20,63	10,36 – 30,90
Aceptable	15	23,81	12,99 – 34,62	19	30,16	18,50 – 41,81
Malo	33	55,56	42,94 – 68,17	31	49,21	36,51 - 61,89
<b>Medicina homeopática</b>						
Bueno	21	33,33	21,36 – 45,30	19	30,16	18,50 – 41,81
Aceptable	20	31,75	19,92 – 43,56	32	50,79	38,10 – 63,48
Malo	20	34,92	22,81 – 47,02	12	19,05	09,07 – 29,01
<b>Medicina tradicional</b>						
Bueno	48	76,19	65,37 – 87,00	32	50,79	38,10 – 63,48
Aceptable	10	17,46	07,82 – 27,09	21	33,33	21,36 – 45,30
malo	3	6,35	00,15 – 12,53	10	15,87	06,59 – 25,15

Continuación de tabla 6

**Tabla 7 Comparación de intervenciones educativas en cuanto a conocimientos grupo experimental**

<b>GRUPO. EXPERIMENTAL</b>		
<b>Prevalencia</b>	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
Conocimientos	0,63	1
<b>I.C 95%</b>	0,51 – 0,75	1 - 1

**Tabla 8. Diferencia y valor de P para el grupo experimental antes de las intervenciones**

<b>Valor de P</b>	<b>Diferencia</b>
0,000	0,36

\*valor de probabilidad con significancia estadística  $P < 0,05$

**Tabla 9 Comparación de intervenciones educativas en cuanto a conocimientos grupo control**

<b>GRUPO CONTROL</b>		
<b>Prevalencia</b>	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
Conocimientos	0,52	0,61
<b>I.C 95%</b>	0,40 – 0,49	0,64 – 0,73

**Tabla 10 Diferencia y valor de P para el grupo control antes de las intervenciones**

<b>Diferencia</b>	<b>Valor de P</b>
0,095	0,028

\*valor de probabilidad con significancia estadística  $P < 0,05$

Como se observa en las tablas 7, 8, 9 y 10, luego de realizadas las intervenciones educativas tanto al grupo control como el experimental, se encontró valor de P con significancia estadística; una diferencia de 36% en el grupo experimental, además

el intervalo de confianza fue mayor después y en el grupo control una diferencia de 9.5%, con intervalo de confianza mayor después; lo cual indicó una diferencia entre el grupo control y experimental de 26,5% en cuanto al nivel de conocimientos adquiridos, siendo mayor el impacto causado en el grupo experimental

**Tabla 11 Comparación conocimientos grupo experimental y control antes**

<b>GRUPO. EXPERIMENTAL Vs GRUPO CONTROL ANTES</b>		
<b>Prevalencia</b>	<b>Experimental</b>	<b>Control</b>
Conocimientos	0,63	0,52
<b>I.C 95%</b>	0,51 – 0,75	0,40 – 0,64

**Tabla 12. Diferencia y valor de P evaluando conocimientos entre el grupo experimental y control antes de las intervenciones**

<b>Diferencia</b>	<b>Valor de P</b>
0,11	0,0207

\*valor de probabilidad con significancia estadística  $P < 0,05$

**Tabla 13 Comparación conocimientos grupo experimental y control después**

<b>GRUPO. EXPERIMENTAL Vs GRUPO CONTROL DESPUES</b>		
<b>Prevalencia</b>	<b>Experimental</b>	<b>Control</b>
Conocimientos	1	0,63
<b>I.C 95%</b>	1 – 1	0,49 – 0,73

**Tabla 14 Diferencia y valor de P evaluando conocimientos entre el grupo experimental y control después de las intervenciones**

<b>Diferencia</b>	<b>Valor de P</b>
0,38	0,0207

\*valor de probabilidad con significancia estadística  $P < 0,05$

Tal como se muestra en las tablas 11, 12, 13 y 14, al comparar el grupo control y experimental antes de realizadas las intervenciones se obtiene mayor nivel de conocimientos en el grupo experimental que en el grupo control, así mismo sucede en los resultados obtenidos luego de realizadas las intervenciones educativas,

teniendo en cuenta que cada uno de los grupos tuvo mejoría en comparación con la primera encuesta realizada.

**Tabla 15 Comparación de intervenciones educativas en cuanto a actitudes del grupo experimental**

<b>GRUPO. EXPERIMENTAL</b>		
<b>Prevalencia</b>	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
Actitudes	0,53	1
<b>I.C 95%</b>	0,41- 0,64	1 - 1

**Tabla 16 Diferencia y valor de P evaluando conocimientos en el grupo experimental después de las intervenciones**

<b>Diferencia</b>	<b>Valor de P</b>
0,47	0,0219

\*valor de probabilidad con significancia estadística  $P < 0,05$

**Tabla 17 Comparación de intervenciones educativas en cuanto a actitudes del grupo control**

<b>GRUPO. CONTROL</b>		
<b>Prevalencia</b>	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
Actitudes	0,98	1
<b>I.C 95%</b>	0,95 – 1,01	1 – 1

**Tabla 18. Diferencia y valor de P evaluando conocimientos en el grupo control después de las intervenciones**

<b>Diferencia</b>	<b>Valor de P</b>
0,015	0,031

\*valor de probabilidad con significancia estadística  $P < 0,05$

En lo referente a actitudes tanto al grupo control como el experimental, se encontró valor de P con significancia estadística; una diferencia de 0% en el grupo experimental, y en el grupo control una diferencia de 1,5%, con intervalo de

confianza mayor después; lo cual indicó que el nivel de conocimientos en el grupo experimental se mantuvo, mientras que en el grupo control tuvo mejoría.

**Tabla 19 Comparación actitudes grupo experimental y control antes**

<b>GRUPO. EXPERIMENTAL Vs GRUPO CONTROL ANTES</b>		
<b>Prevalencia</b>	<b>Experimental</b>	<b>Control</b>
Actitudes	0,63	0,98
<b>I.C 95%</b>	0,51 – 0,75	0,95 – 1,01

**Tabla 20 Diferencia y valor de P evaluando actitudes entre el grupo experimental y control antes de las intervenciones**

<b>Diferencia</b>	<b>Valor de P</b>
0,34	0,000

\*valor de probabilidad con significancia estadística  $P < 0,05$

**Tabla 21 Comparación actitudes grupo experimental y control después**

<b>GRUPO. EXPERIMENTAL Vs GRUPO CONTROL DESPUES</b>		
<b>Prevalencia</b>	<b>Experimental</b>	<b>Control</b>
Actitudes	1	0,98
<b>I.C 95%</b>	1 -1	0,95 – 1,01

**Tabla 22. Diferencia y valor de P evaluando actitudes entre el grupo experimental y control después de las intervenciones**

<b>Diferencia</b>	<b>Valor de P</b>
0,15	0,031

\*valor de probabilidad con significancia estadística  $P < 0,05$

Realizado el análisis de actitudes, se obtuvo que antes de realizadas las intervenciones educativas la diferencia entre grupo experimental y grupo control fue del 34% y luego de realizadas estas cambió a 0% lo cual indicó una mejora en

las actitudes adoptadas por los sujetos muestra tanto del grupo control como del grupo experimental.

### **PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA 2014**

Con referencia a la actividad sexual, se encontró que el 86% 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; quienes afirman el uso de dichas sustancias el 41% asegura que es bajo efectos del alcohol (Ver tabla 23)

**Tabla 23. Prácticas relacionadas con la Actividad sexual en estudiantes de Odontología 2014.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Inicio de relaciones sexuales</b>		
No	39	31,20
Si	86	68,80

<b>Actividad sexual en los últimos 6 meses.</b>		
No	13	14,6
Si	73	85,4
<b>Relaciones sexuales bajo presión</b>		
No	77	89,53
Si	9	10,47
<b>Relaciones sexuales bajo presión (últimos 6 meses)</b>		
No	108	87,8
Si	8	6,5
<b>Qué motivó a tener relaciones sexuales.</b>		
Televisión y/o internet	0	0
Amigos	2	2,33
Decisión propia	69	80,23
Curiosidad	15	17,4
<b>Relaciones sexuales bajo el efecto de sustancia psicoactivas</b>		
No	38	55,81
Si	48	44,19
<b>Relaciones sexuales bajo el efecto de sustancia psicoactivas (2 meses)</b>		
No	38	44,19
Alcohol	41	47,67
Marihuana	7	8,14
<b>Tipo de pareja sexual</b>		
Estable	54	62,8
Ocasional	32	37,21

Continuación tabla 23

En lo concerniente al uso de métodos de protección antes de intervenir, un alto porcentaje del grupo experimental (83,7%) manifestó haber usado condón durante su última relación sexual, sin embargo esta cifra aumenta a un (88,37%) tras ser intervenidos. A pesar, de que el número de personas que siempre usa condón en sus relaciones sexuales no aumentó considerablemente, se puede observar que la cantidad de personas que nunca o casi siempre lo usan disminuyó de manera significativa (ver tabla 24).

**Tabla 24 Prácticas relacionadas con el uso de métodos de protección en estudiantes de Odontología 2014.**

<b>EXPERIMENTAL</b>	<b>Antes Fcia</b>	<b>%</b>	<b>Después Fcia</b>	<b>%</b>
<b>Uso de condón en su última relación sex.</b>				
No	7	16,28	5	11,63
Si	36	83,72	38	88,37
<b>Frecuencia de uso del condón en relaciones sex.</b>				
Siempre	19	44,19	21	48,84
Casi siempre	11	25,58	11	25,58
Algunas veces	11	25,58	7	16,28
Nunca	2	4,65	4	9,30
<b>Uso de condón durante el sexo oral</b>				
Siempre	4	9,30	10	23,26
Casi siempre	8	18,60	14	32,56
Algunas veces	13	30,23	7	16,28
Nunca	18	41,86	12	27,91

<b>Accede a relaciones sexuales sin protección</b>				
No	18	41,86	34	79,07
Si	25	58,14	9	20,93
<b>Accede a relaciones sexuales sin protección y porqué (6 meses)</b>				
Para evitar problemas con su pareja	3	6,98	4	9,30
Porque no le gusta usar el condón a él	9	20,93	6	13,95
Porque no le gusta usar el condón a ella	2	4,65	2	4,65
Por no tenerlos a la mano	5	11,63	5	11,63
Por no tener recursos económicos para comprarlos.	2	4,65	5	11,63
Otro motivo	22	51,16	21	48,84
<b>CONTROL</b>	<b>Antes Fcia</b>	<b>%</b>		
<b>Uso de condón en su última relación sex.</b>				
No	12	27,91	12	27,91
Si	31	72,09	31	72,09
<b>Frecuencia de uso del condón en relaciones sex.</b>				
Siempre	14	32,56	14	32,56
Casi siempre	11	25,58	14	32,56
Algunas veces	11	25,58	10	23,26
Nunca	7	16,28	5	11,63
<b>Uso de condón durante el sexo oral</b>				
Siempre	4	9,30	6	13,95
Casi siempre	7	16,28	8	18,60
Algunas veces	9	20,93	9	20,93
Nunca	23	53,49	20	46,51

<b>Accede a relaciones sexuales sin protección</b>				
No	18	41,86	26	60,47
Si	25	58,14	17	39,53
<b>Accede a relaciones sexuales sin protección y porqué (6 meses)</b>				
Para evitar problemas con su pareja	1	2,33	1	2,33
Porque no le gusta usar el condón a él	21	48,44	13	30,23
Porque no le gusta usar el condón a ella	0	4,65	2	4,65
Por no tenerlos a la mano	2	0	2	4,65
Por no tener recursos económicos para comprarlos.	1	2,33	7	16,28
Otro motivo	18	41,86	18	41,86

Continuación tabla 24

**Tabla 25 Comparación practicas grupo experimental antes y después**

<b>GRUPO. EXPERIMENTAL ANTES Y DESPUES</b>		
<b>variable</b>	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
practicas	0,60	0,81
<b>I.C 95%</b>	0,45-0,69	0,69 – 0,93

**Tabla 26. Diferencia y valor de P evaluando prácticas entre el grupo experimental antes y después de las intervenciones**

<b>Diferencia</b>	<b>Valor de P</b>
2,13	0,033

\*valor de probabilidad con significancia estadística  $P < 0,05$

**Tabla 27 Comparación practicas grupo control antes y después**

<b>CONTROL ANTES Y DESPUES</b>		
<b>variable</b>	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
practicar	0,30	0,55
<b>I.C 95%</b>	0,16-0,44	0,40 – 0,70

**Tabla 28. Diferencia y valor de P evaluando practicas entre el grupo control antes y después de las intervenciones**

<b>Diferencia</b>	<b>Valor de P</b>
0,25	0,017

\*valor de probabilidad con significancia estadística  $P < 0,05$

**Tabla 29 Comparación practicas grupo experimental antes y control antes.**

<b>EXPERIMENTAL ANTES Y CONTROL ANTES</b>		
<b>Variable</b>	<b>antes</b>	<b>I.C 95%</b>
Experimental	0,60	0,45-0,75
Control	0,30	0,16-0,43

**Tabla 30 Diferencia y valor de P evaluando practicas entre el grupo experimental antes vs control antes de las intervenciones**

<b>Diferencia</b>	<b>Valor de P</b>
0,30	0,005

\*valor de probabilidad con significancia estadística  $P < 0,05$

**Tabla 31 Comparación practicas grupo experimental después y control después.**

<b>EXPERIMENTAL DESPUES Y CONTROL DESPUES</b>		
<b>variable</b>	<b>Después</b>	<b>I.C 95%</b>
Experimental	0,81	0,69-0,93
control	0,55	0,40-0,70

**Tabla 32 Diferencia y valor de P evaluando practicas entre el grupo experimental después vs control después de las intervenciones.**

<b>Diferencia</b>	<b>Valor de P</b>
0,25	0,011

\*valor de probabilidad con significancia estadística  $P < 0,05$

## 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, la mayoría de los estudiantes se encuentran en estos rangos de edad. El 68,8% de la población investigada informa haber iniciado su actividad sexual, datos similares a los reportados por Acosta y colaboradores donde se encontró que un 68,6% de los estudiantes universitarios tenían vida sexual activa<sup>58</sup>.

El promedio de edad de iniciación sexual en el presente estudio es de 17,3 años lo cual coincide con los resultados de un estudio realizado por la Universidad del valle que permitió establecer una media de 16,03 años en los universitarios<sup>59</sup>.

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

---

<sup>58</sup> ACOSTA S, IBÁÑEZ E, ALFONSO A, CIFUENTES L, GAMBAS, MOJICA C et al. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. En: NOVA - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas. 2010, Vol 8. P, 32-43.

<sup>59</sup> URREA F, CONGOLINO M, HERRERA H, REYES J, BOTERO W. 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. *Cad. Saúde Pública*, jan 2006 Rio de Janeiro, Vol 22 n° 1. p, 209-215.

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

En cuanto a los conocimientos, se identificaron mejoras tanto en el grupo experimental como en el grupo control respecto a los resultados obtenidos antes de realizar intervenciones, sin embargo, existen aún muchos jóvenes carentes de conocimientos correctos sobre dichos temas lo que los pone en riesgo de embarazos en las adolescentes y el aumento en los índices de transmisión de infecciones por esta vía.

Por otro lado, la población general y presenta buenas actitudes en salud sexual y reproductiva aún sin ser intervenidas, en especial la femenina, 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 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

Con referencia a la actitud asumida frente a un hipotético contagio con ITS, se encontró que, del 69,8% antes al 80,9% después, de los sujetos experimentales acudiría a un especialista; resultado similar al de otro estudio en el que el 88% de la población solicitaría atención en un centro hospitalario<sup>60</sup>.

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 que el (38,7%) niega la práctica de relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas, un hallazgo que difiere con los reportados en otras investigaciones recientes en las que se reveló que el 5,9% de la población ha efectuado estas prácticas<sup>61</sup>. 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

---

<sup>60</sup> 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.

<sup>61</sup> GORGUET, I. Comportamiento sexual humano. En: GORGUET, I: Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2008.

sexuales esporádicos y a consumir sustancias psicoactivas (principalmente el alcohol).

En cuanto al tipo de pareja sexual, el 62,8% 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<sup>62</sup>. 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 26,1% de la muestra asegura emplear siempre el condón, el cual es un resultado poco favorable; sin embargo, el porcentaje de personas que nunca utiliza condón disminuyó y el porcentaje de los que casi siempre lo usan aumentó. Se nota una clara diferencia con el estudio de Rodríguez y colaboradores en el que un 50% de los encuestados asegura utilizar

---

<sup>62</sup> ACOSTA S, IBÁÑEZ E, ALFONSO A, CIFUENTES L, GAMBA S, MOJICA C et al. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. En: NOVA - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas. 2010, Vol 8. P, 44.

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<sup>63</sup>.

Lo anterior puede tener asociación a la connotación cultural pues, es bien sabido que una persona informada científicamente acerca de los comportamientos riesgosos y probabilidades de infección asociadas a cada comportamiento, 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<sup>64</sup>.

Peláez y colaboradores<sup>65</sup> encontró que la mayoría de los conocimientos sobre anticonceptivos en el adolescente varón, en especial acerca del condón, fueron

---

<sup>63</sup> ACOSTA S, IBÁÑEZ E, ALFONSO A, CIFUENTES L, GAMBAS, MOJICA C et al. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. En: NOVA - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas. 2010, Vol 8. P, 32-43.

<sup>64</sup> MANJULA, R; KASHINAKUNTI S, 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

<sup>65</sup> PELAEZ J, RODRÍGUEZ O, BERMÚDEZ R. Adolescente varón y anticoncepción. En: Rev Cuba Obstet Ginecol 1998, vol. 24 P, 5-12.

obtenidos de sus amigos. Se ha observado que los adolescentes que ven que sus pares practican sexo seguro tienen mayor probabilidad de hacer lo mismo lo que concuerda con los resultados de prácticas donde más del 50% de los estudiantes refirió tanto antes como después de las intervenciones que consultan con un compañero, ya que la opinión de estos tiene mayor aceptación.

Debido al cambio que se presentó antes de realizadas las intervenciones educativas la diferencia en cuanto a actitudes entre grupo experimental y grupo control fue del 34% y luego de realizadas estas cambió a 0% lo cual indicó una mejora en las actitudes adoptadas por los sujetos muestra, tanto del grupo control como del grupo experimental. Lo que demuestra que aplicar programas educativos a nivel de la universidad tiene un impacto positivo, debido a que los jóvenes pasan la mayor parte de su tiempo, es por esto que se coincide con el estudio realizado por los autores R. *García, Roldon y Ana I Brea*<sup>66</sup>. Que señalan la necesidad de que los distintos factores sociales que participan en el proceso de instrucción y educación de las nuevas generaciones, reconsideren en qué medida pueden hacer llegar oportunamente la información que les permita a los jóvenes regular y auto dirigir las manifestaciones de su sexualidad. Se aprecia un bajo conocimiento y manejo de prácticas y actitudes, con significativo cambio después de las intervenciones educativas lo que puede llevar a una falsa percepción de riesgo a tener embarazos no deseados o contagios con ITS. Lo que demuestra la necesidad de llevar a cabo programas educativos o intervenciones, para modificar

---

<sup>66</sup> García R, Brea A. et al. Concepciones y comportamiento sexual de adolescentes atendidos por el médico de familia. En: Rev Cubana Med Gen Integr 1997; Vol.13 P, 123-126.

conocimientos lo que a su vez conllevará a realizar cambios a nivel de las prácticas y actitudes, dando como resultado una vida sexual sana, lo que apoya la hipótesis citada por *José Manuel Hernández Gutiérrez, Jean Carlos Toll Calviño, Guillermo Díaz Alonso, y Jacqueline Castro Suárez*<sup>67</sup> los cuales afirman que la intervención sobre la esfera cognitiva puede modificar la conducta; incluso para lograr cambios importantes en los estilos de vida.

## 8. CONCLUSIÓN

---

<sup>67</sup>HERNÁNDEZ J, TOLL J, DÍAZ G, CASTRO J et al. intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. En: Rev Cubana Med Gen Integr 2000; Vol. 16 P, 39-44.

Se logró evaluar a corto plazo las modificaciones producidas por la implementación de intervenciones educativas en términos de conocimientos, actitudes y prácticas de salud sexual y reproductiva, y gracias a esto se pudo demostrar que las intervenciones realizadas fueron favorables tanto para el grupo experimental como para el grupo control, sin embargo, se demuestra que el impacto es aún mayor cuando las estrategias utilizadas van directamente encaminadas hacia el sujeto y son más didácticas como el caso de nuestra intervención.

Podría decirse que sí es posible generar un cambio positivo mediante la implementación de estrategias que sean suficientes, adecuadas y que sean de total interés para el sujeto al cual van implementadas.

## RECOMENDACIONES

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, sobre todo 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.

Se hace necesario además, aumentar el número de la muestra para poder tener una mejor percepción de los efectos logrados con las actividades educativas; y también implementar un número mayor de estrategias educativas para así garantizar que la información que reciben las personas sea más completa, más explícita y por tanto logre generar un impacto aún. En lo referente a los

consentimientos informados se recomienda especificar el tiempo en que serán realizadas las intervenciones, así como también los riesgos y beneficios de participar en el estudio y algún dato por medio del cual puedan ser contactados los investigadores.

## BIBLIOGRAFIA

ACOSTA S, IBÁÑEZ E, ALFONSO A, CIFUENTES L, GAMBA S, MOJICA C et al. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. En: NOVA - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas. 2010, Vol 8. P, 32-43.

ACOSTA S, IBÁÑEZ E, ALFONSO A, CIFUENTES L, GAMBA S, MOJICA C et al. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. En: NOVA - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas. 2010, Vol 8. P, 44.

AIDS.gov. Reducing your sexual risk. Consultado el 24 de mayo del 2012.

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.

BAIN J. The many faces of testosterone. En: Clin Interv Aging 2007, Vol 2, p. 567-76.

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.

BANCROFT. J. The endocrinology of sexual arousal. En: J Endocrinol 2005, p 186: 411-27.

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.

CHÁVEZ, M Y ÁLVAREZ. Op cit P. 90, 91.

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

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

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

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.

GARCÍA, R Y BREA, A.et al. Concepciones y comportamiento sexual de adolescentes atendidos por el médico de familia. En: Rev Cubana Med Gen Integr 1997; Vol.13 P, 123-126.

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.

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

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.

GENEVA: World Health Organization; 2006.

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.

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

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

HERNÁNDEZ J, TOLL J, DÍAZ G, CASTRO J et al. intervención educativa sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual. En: Rev Cubana Med G en Integr 2000; Vol. 16 P, 39-44.

Ibit. PROFAMILIA. p. 150

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.

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, p.9

MANJULA, R; KASHINAKUNTI S, 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.

MAZZETTI, P, DEL CARMEN, J Y PODESTÁ, L. et al. Op cit. P 23

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

MENDOZA, A Y FLORES. Op cit., p. 69

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

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.

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.

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.

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

OSPINA, JM Y MANRIQUE, FG. Op cit.. P. 105

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

PELAEZ J, RODRÍGUEZ O, BERMÚDEZ R. Adolescente varón y anticoncepción. En: Rev Cuba Obstet Ginecol 1998, vol. 24 P, 5-12.

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.

PROFAMILIA. Op cit. P. 143

PROFAMILIA. Op cit. p. 146

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.

ROMO, J. Op cit. P 802

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 del Agustino, Lima-Perú. En: Revista Horizonte Médico. Vol. N°2. Diciembre, 2007, p.80.

SMITH, DK., GROHSKOPF, LA, BLACK, RJ. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR 2005, Vol. 54N°:7.

TEVA, I. Op cit. P. 310

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.

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.

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

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.

URREA F, CONGOLINO M, HERRERA H, REYES J, BOTERO W. 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. Cad. Saúde Pública, jan 2006 Rio de Janeiro, Vol 22 n° 1. p, 209-215.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health.

## ANEXOS

### ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO EXPERIMENTAL

#### UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CODIGO \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ identificado como aparece al pie de firma, acepto participar en el estudio de investigación dirigido por Shirley Díaz Cárdenas y Katherine Arrieta Vergara, docentes de La facultad de odontología de la universidad de Cartagena; y Enith Zamora, María Villalba y Eduardo De la parra Hayes, estudiantes de pregrado de la misma institución. El objetivo de este estudio es evaluar los efectos de la intervención de un programa educativo participativa sobre salud sexual y reproductiva, en forma voluntaria y autorizo al investigador a utilizar los resultados de la encuesta para fines investigativos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, una vez se acepte la vinculación en la investigación se compromete a participar en 3 estrategias implementadas por parte del grupo investigador. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre 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.

Comprendo las implicaciones del presente consentimiento y las acepto.

El suscrito \_\_\_\_\_ deja constancia que se ha explicado la naturaleza y propósitos de este estudio y que ha respondido todas las preguntas formuladas por el estudiante.

**FIRMA DEL ENCUESTADO**

\_\_\_\_\_  
**TESTIGO**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO CONTROL**

### **UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**CODIGO** \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado como aparece al pie de firma, acepto participar en el estudio de investigación dirigido por Shirley Díaz Cárdenas y Katherine Arrieta Vergara, docentes de La facultad de odontología de la universidad de Cartagena; y Enith Zamora, María Villalba y Eduardo De la parra Hayes, estudiantes de pregrado de la misma institución. El objetivo de este estudio es evaluar los efectos de la intervención de un programa educativo participativa sobre salud sexual y reproductiva, en forma voluntaria y autorizo al investigador a utilizar los resultados de la encuesta para fines investigativos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, una vez se acepte la vinculación en la investigación se compromete a revisar periódicamente la información visual colocada en los pasillos de la facultad y a revisar los videos publicados en el grupo Cefouc. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre 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.

Comprendo las implicaciones del presente consentimiento y las acepto.

El suscrito \_\_\_\_\_ deja constancia que se ha explicado la naturaleza y propósitos de este estudio y que ha respondido todas las preguntas formuladas por

**FIRMA DEL ENCUESTADO**

---

**TESTIGO**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_

## ANEXO 3: INSTRUMENTO

### 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", Gonorrea "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\_\_\_\_

# ANEXO 4: FOTOGRAFÍAS DE LAS INTERVENCIONES



**DIMENSIONES DE LA SEXUALIDAD**

- FÍSICA, GENITAL, SANITARIA
- AFECTIVO PSICOLÓGICA
- ÉTICA LIBERTAD
- SOCIAL CULTURAL

**CONDON**

**LIGADURAS DE TROMPAS**

**MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

- Píldoras inyectivas
- Implante subdérmico (Jadelle)
- Dispositivo Intrauterino
- Diaphragma
- Espermicidas
- Condón
- Ligaduras de trompas
- Vasectomía

**PÍLDORAS**

**DIAPHRAGMA**

**JADELLE**

**INYECCIÓN**

**DEPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)**

**ESPERMICIDAS**

**SOLICITA MAYOR INFORMACIÓN EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD MÁS CERCANA**

