

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE POSGRADOS

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

Tema: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA DOBLE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Trabajo de Titulación, previo a la obtención del Grado Académico de Especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Maricela Elizabeth Aveiga Flores

Directora: Dra. Norma del Carmen Castro Acosta, Esp.

Ambato – Ecuador

Abril, 2021

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud
El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por el Doctor Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta, Especialista, e integrado por los señores Doctor José Dolores Párraga Basurto, Especialista, Doctor Bécquer Humberto Suárez Coba, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA DOBLE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO”, elaborado y presentado por la señora Médica Maricela Elizabeth Aveiga Flores, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.

Dr. Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta, Esp.
Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa

Dr. José Dolores Párraga Basurto, Esp.
Miembro del Tribunal de Defensa

Dr. Bécquer Humberto Suárez Coba, Esp.
Miembro del Tribunal de Defensa

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

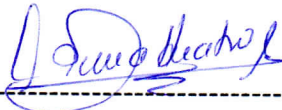
La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA DOBLE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO”. Le corresponde exclusivamente a: Médica Maricela Elizabeth Aveiga Flores, Autora bajo la Dirección de la Dra. Norma del Carmen Castro Acosta, Esp., Directora del Trabajo de Titulación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.



Md. Maricela Elizabeth Aveiga Flores.

c.c. 1804247318

AUTORA



Dra. Norma del Carmen Castro Acosta, Esp.

c.c.1802284560

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.



Dra. Maricela Elizabeth Aveiga Flores

c.c. 1804247318

AUTORA

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
AGRADECIMIENTO	xi
DEDICATORIA	xii
RESUMEN EJECUTIVO	xiii
EXECUTIVE SUMMARY	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 Tema	3
1.2 Planteamiento Del Problema.....	3
1.2.1 Contextualización	4
1.2.2 Análisis Crítico	9
1.2.3 Prognosis.....	10
1.2.4 Formulación Del Problema.....	11
1.2.5 Interrogantes	11
1.2.6 Delimitación Del Problema De Investigación	12
1.3 Justificación	12
1.4 Objetivos	13
1.4.1 General.....	13
1.4.2 Específicos	13
CAPÍTULO II.....	14
MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes Investigativos	14
2.2 Fundamentación Filosófica.....	16
2.3 Fundamentación Legal.....	17
2.4 Categorías Fundamentales	19
2.5 Fundamentación Teórica.....	19

2.6 Hipótesis	51
2.7 Señalamiento De Variables.....	51
CAPÍTULO III	52
METODOLOGÍA.....	52
3.1 Enfoque.....	52
3.2 Modalidad Básica De La Investigación	52
3.3 Nivel De Investigación	53
3.4 Población Y Muestra	53
3.5 Criterios De Inclusión.....	54
3.6 Criterios De Exclusión	54
3.7 Criterio Ético	54
3.8 Descripción De Los Instrumentos Utilizados	55
3.9 Operacionalización De Las Variables.....	56
3.10 Plan De Recolección De Información	61
3.11 Plan De Procesamiento De La Información	61
CAPÍTULO IV	63
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	63
a. Análisis De Los Resultados.....	63
b. Interpretación De Datos.....	87
c. Validación De Hipótesis.....	91
d. Discusión	94
CAPÍTULO V	99
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	99
Conclusiones.....	99
Recomendaciones	99
CAPÍTULO VI.....	102
PROPUESTA	102
6.1 Tema	102

6.2 Datos Informativos	102
6.3 Antecedentes De La Propuesta	102
6.4 Justificación	103
6.5 Objetivos.....	104
6.6. Análisis De Factibilidad.....	105
6.7 Fundamentación.....	106
6.8 Metodología - Modelo Operativo	108
6.9 Administración.....	111
6.10 Previsión De La Evaluación	111
BIBLIOGRAFÍA	113
ANEXOS	130
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE	
INVESTIGACIÓN	130
CUESTIONARIO	132

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables – Variable Independiente	56
Tabla 2. Operacionalización de variables – Variable Dependiente.....	60
Tabla 3. Distribución de los participantes del estudio por semestre	63
Tabla 4. Datos generales de los participantes de primer semestre de la Carrera de Medicina de la UTA	63
Tabla 5. Datos generales de los participantes de sexto semestre de la Carrera de Medicina de la UTA	64
Tabla 6. Datos generales de los participantes de décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA	64
Tabla 7. Razones sobre la autoevaluación de conocimientos en los participantes de la UTA de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina.....	70
Tabla 8. Razones sobre la capacidad de comunicación en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA.....	75
Tabla 9. Participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA que han iniciado su vida sexual.....	81
Tabla 10. Participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA que han iniciado su vida sexual	83
Tabla 11. Nivel de conocimiento de los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA sobre anticoncepción e ITS	88
Tabla 12. Actitudes de los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA sobre anticoncepción e ITS.....	89
Tabla 13. Prácticas de los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA sobre anticoncepción e ITS.....	90
Tabla 14. Pruebas de Chi-Cuadrado para el nivel de conocimientos sobre anticoncepción e ITS, según la práctica del método de la doble protección en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA.....	91
Tabla 15. Pruebas de Chi-Cuadrado para las actitudes sobre anticoncepción e ITS, según la práctica del método de la doble protección en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA	92

Tabla 16. Pruebas de Chi-Cuadrado para las prácticas anticonceptivas e ITS, según la práctica del método de la doble protección en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA.....	93
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Conocimiento general sobre ITS en los participantes.....	66
Figura 2. Conocimiento brindado por el colegio a los participantes.....	67
Figura 3. Tipo de preservativo conocido por los participantes.....	68
Figura 4. Criterio sobre la doble protección de los participantes de la UTA.....	68
Figura 5. Autoevaluación de conocimiento sobre educación sexual.....	69
Figura 6. Camino por medio del cual los participantes conocen sobre la doble protección.....	70
Figura 7. Medio utilizado por los participantes para conocer sobre las ITS.....	71
Figura 8. Uso preventivo del preservativo por los participantes.....	72
Figura 9. Importancia considerada por los participantes sobre el uso del preservativo.	73
Figura 10. Criterio de los participantes sobre la doble protección.....	73
Figura 11. Capacidad de los participantes para comunicar sobre educación sexual.....	74
Figura 12. Consejos que impartirían los participantes a sus amigos o pacientes para prevenir una ITS.....	75
Figura 13. Razones para no acudir al médico en busca de información.....	76
Figura 14. Razones para no usar métodos anticonceptivos.....	77
Figura 15. Razones consideradas por participantes para no usar preservativos.....	78
Figura 16. Los participantes que han iniciado su vida sexual piensan.....	79
Figura 17. Dudas sobre la presencia de ITS en la pareja.....	79
Figura 18. Medio utilizado por los participantes para conocer sobre las ITS.....	80
Figura 19. Edad a la cual los participantes de primero iniciaron su vida sexual.....	81
Figura 20. Relaciones sexuales sin protección entre los participantes.....	82
Figura 21. Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.....	82
Figura 22. Cantidad de parejas sexuales de los participantes.....	83
Figura 23. Uso de condón en la última relación sexual.....	84
Figura 24. Práctica del método de la doble protección en los participantes.....	84
Figura 25. Práctica del método de la doble protección en los participantes.....	85
Figura 26. Métodos anticonceptivos usados por los participantes.....	86
Figura 27. Antecedente de ITS en los participantes.....	86

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primeramente a Dios, el eje fundamental de mi vida, el me sostiene y me inspira a ser mejor cada día, mi esperanza está en él.

A mis padres, por su apoyo incondicional en todo momento, ellos son mi fuerza, aprecio todo el esfuerzo q hacen buscando siempre el bienestar de sus hijos, gracias por ser parte de mi vida, ellos son mi fuente de inspiración y una gran bendición a mi vida.

A mi esposo, por ser mi amigo y compañero de vida, gracias por todo su amor, su paciencia, por su apoyo incondicional, el me alienta a seguir luchando a conquistar mis sueños, por brindarme su mano para caminar juntos.

A mi hija que es mi alegría, ella me inspira a seguir superándome en la vida, todo el esfuerzo empleado es por ella, por darle siempre lo mejor.

A mis hermanos, por todo su amor, sus palabras de ánimo me han ayudado a seguir adelante, sé que siempre puedo contar con ellos y ellos en mí.

A todas las personas que formaron parte de mi vida estudiantil, a los docentes y tutores por impartir sus conocimientos y guiarnos en el camino del saber, a la institución educativa que me abrió sus puertas y me enseñó que con dedicación y esfuerzo se alcanzan objetivos.

Md. Maricela Elizabeth Aveiga Flores

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico en primer lugar a mi mejor y fiel amigo Jesús, ya que todo lo que soy es gracias a su inmenso amor, él es mi esperanza, mi refugio, él está a mi lado en todo momento, sé que “Todo lo puedo en Cristo que me fortalece” Filipenses 4:13.

A mi familia, por todo su apoyo y su amor incondicional, ellos me alientan a seguir esforzándome y superarme cada día, todo lo que soy es gracias a ellos, son mi fuente de inspiración.

Md. Maricela Elizabeth Aveiga Flores

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA DOBLE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

AUTORA: Md. Aveiga Flores, Maricela Elizabeth

DIRECTOR: Dra. Castro Acosta, Norma del Carmen, Especialista

Líneas De Investigación: Medidas de prevención (Salud Sexual y Reproductiva)

FECHA: Ambato, Enero, 2021

RESUMEN EJECUTIVO

Una de las principales razones para usar métodos anticonceptivos, es evitar un embarazo no planificado, muy pocos toman a consideración que además necesitan prevenir una Infección de Trasmisión Sexual. El uso de la doble protección anticonceptiva es una forma de sexo seguro, ya que por medio de ella se puede evitar de manera simultánea un embarazo no planificado, y prevenir una Infección de Trasmisión Sexual. El objetivo de la presente investigación es: Determinar los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre anticoncepción y cómo influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato. Se realizó un estudio con enfoque mixto: cuantitativo y cualitativo, transversal, de campo, la recolección de información se realizó mediante una encuesta etnográfica aplicada a 230 estudiantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina. Para la determinación de existencia o no de independencia se aplicó el estadígrafo Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson, considerados como significativos los valores de $p < 0.05$. Los resultados permiten afirmar que el nivel de conocimientos sobre anticoncepción que posean los estudiantes de la carrera de medicina no condiciona la preferencia o la frecuencia de uso del método de la doble protección. En cuanto a las actitudes estas no influyen sobre el uso de la doble protección anticonceptiva; estos resultados se mantienen en todos los

semestres de los participantes del estudio. Mientras que las prácticas sobre anticoncepción e Infección de Trasmisión Sexual de los estudiantes de primer semestre de la carrera de medicina, condicionan la preferencia o la frecuencia de uso del método de doble protección. Estos resultados no se presentan en los semestres sexto y décimo. Por lo que se puede concluir que los conocimientos y actitudes no influyen en el uso de la doble protección, mientras que las prácticas condicionan la preferencia o la frecuencia del uso de la doble protección anticonceptiva en los estudiantes de primer semestre, mas no en los estudiantes de sexto semestre y décimo semestre.

Descriptores: actitudes, anticoncepción, conocimientos, doble método, doble protección, método anticonceptivo, planificación familiar, prácticas, salud sexual, sexualidad.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA DOBLE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

AUTHOR: Md. Aveiga Flores, Maricela Elizabeth

DIRECTED BY: Dra. Castro Acosta, Norma del Carmen, Especialista

LINE OF RESEARCH: Medidas de prevención (Salud Sexual y Reproductiva)

DATE: Ambato, January, 2021

EXECUTIVE SUMMARY

One of the main reasons to use contraceptive methods is to avoid an unplanned pregnancy, very few take into consideration that they also need to prevent a Sexually Transmitted Infection. The use of double contraceptive protection is a form of safe sex, since through it an unplanned pregnancy can be avoided simultaneously, and a Sexually Transmitted Infection can be prevented. The objective of this research is: To determine the knowledge, attitudes and practices about contraception and how they influence the use of double contraceptive protection in students of the Medical School of the Technical University of Ambato. A study was carried out with a mixed approach: quantitative and qualitative, cross-sectional, field, the collection of information was carried out through an ethnographic survey applied to 230 students of the first, sixth and tenth semesters of the Medicine career. To determine the existence or not of independence, Pearson's Chi-square (χ^2) statistic was applied, the values of $p < 0.05$ were considered significant. The results allow us to affirm that the level of knowledge about contraception possessed by medical students does not condition the preference or frequency of use of the double protection method. Regarding attitudes, these do not influence the use of double contraceptive protection; These results are maintained in all semesters of the study participants. While the practices on contraception and Sexually Transmitted Infection of first-semester

medical students determine the preference or frequency of use of the double protection method. These results are not presented in the sixth and tenth semesters. Therefore, it can be concluded that knowledge and attitudes do not influence the use of double protection, while practices determine the preference or frequency of use of double contraceptive protection in first-semester students, but not in students. sixth semester and tenth semester.

Keywords: attitudes, contraception, knowledge, double method, double protection, contraceptive method, family planning, practices, sexual health, sexuality.

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo XX surgió el enfoque de salud sexual y reproductiva con profundas transformaciones sociales, políticas, económicas, y culturales que han contribuido a modificar las diversas perspectivas con las que se había abordado la noción de salud sexual y reproductiva (1). A través de la doble protección o doble método anticonceptivo, que es el uso combinado de métodos anticonceptivos, se puede prevenir de manera simultánea, embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como: sífilis, gonorrea, adquirir el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), desarrollar el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otras (2). La combinación contraceptiva más segura, es el uso de un anticonceptivo eficaz, que evitara los embarazos no deseados y el preservativo que evitará las ITS (2).

Globalmente los jóvenes y adolescentes son reconocidos como una población que amerita una atención prioritaria de salud sexual y reproductiva. El acceso a información en anticoncepción y salud sexual deben ser ofrecidos de forma libre e informada, respetando los derechos sexuales y reproductivos de las personas en especial de los adolescentes (3).

El beneficio de lograr que el sexo seguro sea una norma social, es que la protección debería ser aceptada como positiva en sí misma y para la salud sexual. De esta manera, el practicar un sexo más seguro generaría confianza. Por lo tanto, todas las personas deberían conocer sobre el sexo seguro y protegido como es la doble protección, como parte de la educación en sexualidad y relaciones desde temprana edad. La promoción y el acceso a métodos anticonceptivos es esencial para lograr bienestar y autonomía de las mujeres, y de manera indirecta apoya a la salud y el desarrollo de las comunidades (4). En su mayor parte, la población universitaria está conformada por adolescentes y adultos jóvenes, constituyéndose por ende en un grupo de riesgo para contagio de ITS. Así los jóvenes que se encuentran atravesando una época de experimentación sexual en donde frecuentemente se exponen a múltiples parejas sexuales, coito sin protección, conductas sexuales riesgosas, relaciones sexuales imprevistas, ocurrencia en lugares y situaciones inapropiadas (5).

El poco conocimiento de sexualidad, la escasa información y orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, el poco uso de los mismos, el desconocimiento de las ITS y su

prevención, favorecen la existencia de embarazos no deseados y las consecuencias que conlleva como son deserción escolar, abortos, madres solteras, prostitución (5).

El adquirir alguna ITS puede dar origen a enfermedades inflamatorias de la pelvis, y estas a su vez pueden provocar infertilidad o predisponer a un embarazo de riesgo o partos prematuros, como es en el caso de la clamidia y la gonorrea, además el riesgo de adquirir cáncer cervicouterino es mayor cuando se adquiere una infección por el virus del papiloma humano (VPH).

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA DOBLE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA EN ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

1.2 Planteamiento Del Problema

La principal razón por la que los jóvenes usan métodos anticonceptivos es para prevenir un embarazo no planificado, pocos toman a consideración que además necesitan prevenir las ITS, en las relaciones sexuales coitales donde no se usa métodos de barrera, existe un riesgo alto de adquirir alguna ITS (6), es necesario dar a conocer a los jóvenes los diferentes métodos anticonceptivos que existen y de esta manera se pueda elegir, la que mejor se adapte a las necesidades, recomendando con énfasis la doble protección anticonceptiva (6).

La doble protección anticonceptiva, es el uso simultaneo de un método eficaz para prevenir un embarazo no planificado y otro método para prevenir las ITS (7). El método más seguro y confiable para prevenir las ITS es el uso del preservativo, si se usa de manera correcta y consistente. Dentro de los métodos anticonceptivos altamente eficaces tenemos los hormonales (píldora, parche, anillo vaginal, implante subdérmico, anticonceptivo inyectable), los dispositivos intrauterinos (DIU hormonal, DIU cobre), los métodos quirúrgicos (Vasectomía, Salpingoclasia). La doble protección se puede recomendar mediante el uso de cualquiera de estos métodos más el uso del preservativo (7).

En las personas sexualmente activas en edad de procrear, existe un alto riesgo de ITS y de embarazo no planificado, tomando en cuenta las conductas sexuales de riesgo a las que se encuentran expuestos los jóvenes, es necesario que los profesionales de la salud den información concisa sobre las prácticas sexuales seguras, recomendando enfáticamente el uso la doble protección anticonceptiva, a todas las personas que se encuentren expuestas a un riesgo significativo (7).

La salud reproductiva abarca aspectos como la planificación familiar, el comportamiento sexual y reproductivo responsable, la prevención, la detección y atención de ITS y enfermedades del sistema reproductivo, tratamiento en la infertilidad y la prevención del aborto (8). Las ITS y el embarazo no deseado son problemas importantes directamente relacionados con la conducta sexual, principales identificados en adolescentes y adultos jóvenes según es afectando al 50% de este grupo poblacional (9).

Las ITS constituyen un problema de salud pública, durante los últimos años se han convertido en un motivo de consulta frecuente en atención primaria y a nivel hospitalario (10), son patologías consecuencia de relaciones sexuales sin protección y pueden permanecer un tiempo sin sintomatología, siendo contagiosa sin saberlo antes de que aparezcan los primeros síntomas de su enfermedad. Es un proceso que se puede diagnosticar y tratar precozmente (11), cabe destacar que la prevención oportuna por medio de métodos anticonceptivos disminuye la morbimortalidad por ITS, gastos adicionales en tratamientos, menor tasa de embarazos no deseados.

1.2.1 Contextualización

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) cada día, más de un millón de personas contraen una enfermedad de transmisión sexual, asintomáticas en su mayoría o sólo van acompañadas de síntomas leves, sin embargo más allá del efecto inmediato de la infección, las ITS pueden tener consecuencias graves, entre ellas la esterilidad, el cáncer de cérvix o la transmisión de infecciones de la madre a hijo (12).

A nivel mundial cada año se registran 357 millones aproximadamente de casos nuevos de cuatro tipos de ITS entre las edades de 15 a 49 años; entre ellas 131 millones de casos de Chlamydia Trachomatis, 78 millones de casos por Neisseria gonorrhoeae, seis millones por sífilis y 142 millones por Trichomonas vaginalis, enfermedades prevenibles y curables. La prevalencia por infecciones de origen viral es alta, aproximadamente 417 millones de personas se encuentran infectadas por del virus del herpes simple tipo dos, existen 291 millones de mujeres que son portadoras del VPH (Virus del Papiloma Humano) (13).

Mientras que los datos epidemiológicos y estudios observacionales apuntan a que la situación respecto al embarazo no deseado tampoco ha mejorado. El 11% de todos los

nacimientos en el mundo corresponden a madres adolescentes, de estos el 95% principalmente de países en vías de desarrollo (14).

En una investigación realizada por Goldstein (2), sobre uso de anticonceptivos, solamente el cinco por ciento de las participantes refieren usar la doble protección como método de anticoncepción. Las participantes del estudio refieren el uso de este método para aumentar la eficacia anticonceptiva, mas no como protección antes infecciones de transmisión sexual (2).

Un estudio en España reporta que solo el 7,7% de adolescentes afirma usar un doble método. Otro estudio el 3.4 % de hombres y 7.3% de mujeres refiere que en alguna ocasión uso la doble protección. Estos resultados demuestran una disyuntiva entre la educación sexual y reproductiva impartida y la realidad existente, la información impartida en las cátedras han generado conductas protectoras, por lo que no da el efectos esperado (2). En España anualmente se producen 18.000 embarazos en adolescentes, 7.000 son embarazos interrumpidos, se presentan 800 embarazos en las edades 11 y 15 años (4).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), reporta que en América Latina para el año 2014, se estimó un promedio en 1.7 millones de personas que viven con VIH, de las cuales 33.000 fueron niños/as, esta epidemia ha afectado principalmente a hombres, con un estimado de 1.1 millones de diagnosticados (15).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el VIH/SIDA está dentro de las cinco principales causas de muerte entre los jóvenes del Caribe, donde el 1,6 % de la población en edades comprendidas de 15-24 años está infectado por el virus. El mismo informe reporta que en América Latina la prevalencia del VIH es de 0,3 %, afirma también que uno de cada 20 jóvenes presenta alguna infección de transmisión sexual (1). El virus que causa una de las ITS más frecuentes es el virus del papiloma humano (VPH), afectando tanto a hombres como a mujeres en Estados Unidos. se estima que existen 6.2 millones de nuevos casos al año por este virus (16).

La primera relación sexual se inicia cada vez a edades más tempranas, lo que propicia un manejo inadecuado de la sexualidad, siendo los adolescentes susceptibles a

comportamientos sexuales riesgosos (4), asociada con el desconocimiento de los métodos anticonceptivos, aspectos fundamentales que demuestran las necesidades de los adolescentes para recibir información sobre sexualidad (17). En la última década, la promiscuidad en adolescentes es cada vez a edades más tempranas, la salud sexual y reproductiva en parejas jóvenes origina un problema de salud pública (18), aumentando ampliamente las posibilidades de tener más parejas sexuales a lo largo de su vida (10), mayor número de encuentros sexuales no planificados u ocasionales provocando un incremento en la cifra de embarazos no deseados y en el riesgo de contraer ITS (12).

Según estadísticas, América Latina y el Caribe registra la segunda tasa estimada de fecundidad más alta del mundo, por cada 1000 adolescentes entre 15 a 19 años, existe tasa estimada de 66,5 nacimientos durante el periodo 2010-2015, frente a la tasa mundial que es de 46 nacimientos por cada 1000 adolescentes (19). En esta región el 50% de los adolescentes menores de 17 años ya iniciaron su vida sexual, se estima que entre un 53 a 71% de mujeres ya tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años (20).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México en el 2012, reportó que de las adolescentes en edades comprendidas entre 12 a 19 años que habían iniciado su vida sexual, el 51,9 % estuvo embarazada alguna vez y el 10,7 % cursaba un embarazo al momento de la investigación. Tanto las ITS como el embarazo no planeado se pueden prevenir a través de la correcta utilización de métodos anticonceptivos (1).

República Dominicana se encuentra entre los países con una mayor tasa de fecundidad en adolescentes en América Latina. Se estima que una de cada cinco adolescentes entre las edades comprendidas de 15-19 años es madre o ha estado embarazada. Además las mujeres más jóvenes entre 15-19 años, el 27 % presenta necesidad insatisfecha de anticonceptivos siendo 2.5 veces más que en las mujeres adultas (3).

En Costa Rica, según los datos del Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (INEC) en el 2013 se ha presentado cambios importantes en cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos y de ITS; donde la tasa de prevalencia anticonceptiva pasó de un 63.8% en 1978 a un 76.2% en 2011. La esterilización femenina el método que más crecimiento tuvo paso de 14% en 1978 a un 27.3% en 2011, por otro lado, el uso de la píldora y el condón masculino se mantuvo, durante el mismo periodo, alrededor de un 20% para la píldora y un 10% para el condón. Sin embargo, a pesar del

avance de la sociedad, la estructura de la fecundidad sigue siendo temprana, en el grupo comprendido entre los 20 y 24 años (8).

En Colombia, el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes de 15 a 19 años está en el 88%, aunque hay investigaciones que afirman que esta población no posee conocimientos claros sobre el uso adecuado de los mismos, viéndose abocados al uso ineficaz con pérdida del potencial anticonceptivo del método. Aproximadamente la necesidad insatisfecha en anticoncepción en las adolescentes en Colombia alcanza el 20% (21). Por ejemplo en el departamento del Magdalena en la subregión presenta una fecundidad de 3.2 hijos por mujer, esta misma fuente afirma, que en este departamento, en las mujeres entre 15 y 19 años, una de cada cinco afirma que ha estado alguna vez embarazada, el 16% ya es madres y 4% se encontró embarazada durante la entrevista (21).

Un estudio llevado a cabo en Colombia Santa Marta, evidencia que la prevalencia de relaciones sexuales entre los adolescentes 13 a 17 años es del 25%, siendo la edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 13 años; el inicio precoz de sexualidad es un hecho instaurado en todo el país, asumiendo riesgos que pueden traducirse en embarazos no deseados, ITS llegando hasta la predisposición a cáncer de cuello uterino por adquirir la infección del VPH. En otro estudio donde se evaluó los conocimientos de métodos anticonceptivos se pudo determinar que el 62,5% informa que el sitio donde acuden con mayor frecuencia para obtener métodos de planificación familiar es la farmacia. Según Panneflex (2016) el 10,9% de adolescentes que iniciaron su vida sexual, ha tenido relaciones sexuales con personas diversas a su pareja actual utilizando protección solo en el 35,9% de las relaciones sexuales esporádicas (21).

Un estudio realizado en Chile, encontró que la educación sexual impartida en el sistema educativo chileno no es un determinante en la iniciación sexual de personas jóvenes, sin embargo influye positivamente con la decisión de protegerse antes una relación sexual (8). En la Encuesta Nacional de Juventud (ENJ), de 2500 personas encuestadas, solamente 1892 contestaron, en la pregunta si el último año usaron algún método anticonceptivo el 56% indicó sí haberlos utilizado. Las personas en relaciones percibidas con un mayor nivel de compromiso (unión libre y matrimonio) tienen porcentajes de uso de

anticonceptivos menores en comparación con aquellas que se encuentran en relaciones con un menor rango de formalidad noviazgo o andar con alguien (8).

En el Ecuador, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos está afectado por las inequidades económicas, sociales, de género y étnicas. Los efectos de estas inequidades, se expresan en los siguientes ámbitos que se encuentran interrelacionados la diferencia de la tasa de fecundidad entre grupos de población, el desequilibrio en la fecundidad deseada y observada, el embarazo en adolescentes, la mortalidad materna, el acceso a métodos anticonceptivos, aumento de casos de VIH, violencia a la mujer, ciertos tipos de cáncer en el aparato reproductor, salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad (15).

La fecundidad adolescente en el Ecuador es la más alta de la Región Andina presentando una tasa de 100 por 1000 nacidos vivos. Dos de cada tres adolescentes ecuatorianos, sin educación entre los 15 a 19 años están embarazadas o ya son madres. Existen un incremento de la tasa de embarazo en adolescentes menores de 15 años, es de 74% según la última tendencia, y de 9% en mayores de 15 años (20).

Según ENSANUT 2018 (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) en el Ecuador, la Tasa Global de Fecundidad ha disminuido acorde con la tendencia mundial pasando de 3,9 en el 1989 a 2,2 en el 2012. La fecundidad en el área rural de 2,5 hijos es mayor q la urbana de 2,2 hijos. En el Ecuador, en la población masculina la edad promedio de la primera relación sexual es a los 16 años, mientras que en la mujer es a los 18 años, estos datos varían; en el área rural las mujeres inician su vida sexual más temprano que el área urbana, lo contrario sucede con los hombres, donde en el área urbana inician su vida sexual más temprano que el área rural. En mujeres ecuatorianas la edad promedio para el nacimiento de su primer hijo es a los 21 años, siendo un año menor en el área rural. El 43.7% de las mujeres entre los 12 a 24 años usaron algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual, siendo mayor en hombres alcanzando un 53.8%. En la población femenina de 15 a 49 años que se encuentra casada o en unión libre, el 78,2% refiere usa algún método de anticoncepción, mientras que el 21.8% no usa ningún tipo de método anticonceptivo. Mientras que el 71,2% de los hombres refieren usar un método anticonceptivo, mientras que el 28.8% no utiliza métodos de anticoncepción (22).

Entre las repercusiones sociales relativas al embarazo se encuentra principalmente la deserción escolar, con un inicio temprano y de cierto modo obligatorio al mercado laboral disminuyendo la calidad de vida. Una proporción importante de embarazos no planeados incrementa la incidencia de abortos y muchos de ellos se llevan a cabo en condiciones de inseguridad (1), además el riesgo elevado de adquirir una enfermedad de transmisión sexual y hasta la predisposición a cáncer de cuello uterino por adquirir la infección del VPH (21).

En relación a la ITS, en las mujeres ecuatorianas de 12 a 49 años el 88.4% conoce sobre el VIH/Sida, mientras que en la población masculina el 92,4% tiene conocimientos del tema. Existe mayor conocimiento sobre el VIH/Sida en las edades de 15 a 19 años. El 89,4% de las mujeres conoce sobre la prueba de VIH/Sida, el 91.9% sabe dónde se puede realizar, un 71,6% se ha realizado la prueba. En la población masculina el 85,3% ha escuchado hablar sobre la prueba, el 87,1% conoce donde se puede realizar la prueba, pero solo el 47.9% se ha realizado una prueba de VIH/Sida (23).

En la Provincia de Tungurahua en el año 2018, según datos del Hospital General Docente Ambato se atendieron 208 partos en mujeres menores de 18 años. En el mismo año se registraron 75 ITS como: verrugas genitales, sífilis, VIH, etc., datos que no reflejan la realidad actual, ya en su mayoría el diagnóstico se realizó de manera incidental, es decir este no fue el principal motivo de consulta médica, un gran número de casos permanecen sin síntomas, pueden contagiar a otras personas antes de que aparezca la sintomatología.

1.2.2 Análisis Crítico

La salud sexual se diferencia de la salud reproductiva en varios aspectos, pero conceptualmente se encuentran relacionados íntimamente así también en la ejecución de estudios y programas como ejemplo la prevención y el tratamiento de una ITS como es la clamidia es esencial para preservar la fecundidad en la mujer. Para lograr un bienestar social y económico es necesario mejorar la salud sexual y reproductiva de las personas, esto se logra a través de intervenciones de prevención del embarazo no planeado o no intencional y prevención de las ITS.

El embarazo no planeado en mayor medida afecta a las mujeres con bajo nivel socioeconómico y de menor nivel educativo, generando un círculo vicioso de pobreza,

consecuencia del difícil acceso a educación, en varios casos se someten a trabajos de baja productividad, con bajos salarios que no les ofrecen ningún tipo de seguro social, consecuencia de ello existe una limitación en el desarrollo personal, afectando también su entorno familiar y social.

Las ITS son de interés en la salud pública mundial por la alta morbilidad y mortalidad que se asocia a ellas, como es: el cáncer cervicouterino, el embarazo ectópico, la sífilis congénita, secuelas de infecciones genitales, la infertilidad, trastornos psicológicos, etc. Afectan principalmente a los países en vías de desarrollo, a todos los estratos sociales, presentándose en todos los grupos de edades, siendo la población joven la más afectada.

Existen circunstancias que aumentan los embarazos no deseados y las ITS, entre estas se pueden identificar fallas en la educación sexual recibida, poca accesibilidad a centros de salud, pocas consultas de planificación familiar, poca asesoría sobre métodos anticonceptivos y dificultades para acceder a los mismos. Existe una necesidad de reforzar la educación en salud sexual y reproductiva, principalmente en los jóvenes que son la población más vulnerable, resaltando la importancia de una vida sexual responsable.

Una estrategia para prevenir embarazos no deseados e ITS es la educación, a través de ella se adquieren conocimientos, se forman actitudes sobre salud sexual con responsabilidad, principalmente en la población más vulnerable que son los adolescentes y jóvenes quienes están en un proceso para consolidar actitudes y comportamientos que determinaran su vida sexual y reproductiva.

Dado el impacto que la doble protección tiene en los países y ciudades en donde se recomienda por su característica disminuyendo la transmisión de infecciones de transmisión sexual y bajando las tasas de embarazo no deseado, se debe comenzar a recomendarse a mayor escala y estudiar los efectos y el grado de aceptabilidad en otras poblaciones (2).

1.2.3 Prognosis

La salud sexual y reproductiva es una parte fundamental del ser humano, los avances en el acceso a métodos anticonceptivos han sido grandes tanto a nivel mundial como en el Ecuador. Actualmente es una prioridad de Salud Pública y se incluye como uno de los Objetivos del Desarrollo Sostenible. A pesar que el uso de anticonceptivos ha llegado a

convertirse en una norma global, el sexo sin protección sigue siendo una constante. Existen situaciones negativas como son los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, que se pueden presentar por su incorrecto uso o porque no brindan protección adecuada.

En el Ecuador, la educación sexual debe fortalecerse aún más. El poco conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, las actitudes, creencias y prácticas que se desarrollan en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes muchas veces son factores que influyen negativamente, de tal manera que las acciones que se ha hecho en pro de la prevención del embarazo adolescente y de las ITS no toman valor significativo en ellos.

La mejor manera para prevenir estas situaciones negativas es la doble protección. La misma que puede evitar el embarazo a la vez previene la infección de VIH y otras ITS. Sin embargo, si los adolescentes y adultos jóvenes que se encuentran en un periodo en donde predominan las relaciones inestables y carecen de conocimientos, esta práctica seguirá aumentando los índices de embarazos no deseados; así como las enfermedades de transmisión sexual que en la actualidad son una de las consultas frecuentes en atención primaria.

1.2.4 Formulación Del Problema

¿Cómo los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre anticoncepción influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato?

1.2.5 Interrogantes

- 1 ¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción tienen los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato?
- 2 ¿Cuáles son los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre anticoncepción que influyen en el uso de la doble protección como método para prevención del embarazo y las ITS en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato?
- 3 ¿Qué estrategia es adecuada para fortalecer los conocimientos sobre anticoncepción e ITS con énfasis en la doble protección anticonceptiva en estudiantes universitarios?

1.2.6 Delimitación Del Problema De Investigación

Contenido

- Campo: Medicina Familiar
- Área: Salud Sexual y Reproductiva
- Aspecto. Métodos Anticonceptivos

Delimitación

- Espacial: Universidad Técnica de Ambato
- Temporal: septiembre 2019 – agosto 2020

1.3 Justificación

Las ITS constituyen un problema de salud pública; durante los últimos años se han convertido en un motivo de consulta frecuente en atención primaria y a nivel hospitalario (10), son patologías consecuencia de relaciones sexuales sin protección y pueden permanecer un tiempo sin sintomatología, siendo contagiosa sin saberlo antes de que aparezcan los primeros síntomas de su enfermedad. Es un proceso que se puede diagnosticar y tratar precozmente (11), cabe destacar que la prevención oportuna por medio de métodos anticonceptivos disminuye la morbimortalidad por ITS, gastos adicionales en tratamientos, menor tasa de embarazos no deseados.

El embarazo temprano se relaciona con mayor probabilidad de presentar complicaciones como anemia, enfermedad hipertensiva, parto prematuro, bajo peso al nacer, desnutrición, retraso del crecimiento intrauterino, abortos clandestinos, dando como resultado altos índices de mortalidad infantil, materna y perinatal. Entre las repercusiones sociales relativas al embarazo se encuentra principalmente la deserción escolar, con un inicio temprano y de cierto modo obligatorio al mercado laboral disminuyendo la calidad de vida.

Es importante llevar a cabo esta investigación, ya que nos puede dar información valiosa sobre los conocimientos de salud sexual y reproductiva, las prácticas sexuales en una etapa vulnerable como es la juventud, en base a estos datos se pueden tomar medidas adecuadas y fomentar la importancia de una sexualidad responsable.

La población del presente estudio son los estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, población susceptible a presentar conductas sexuales

riesgosas, que a pesar de su conocimiento sobre métodos anticonceptivos podrían desarrollar ITS y en otros casos embarazos no deseados, los mismo que podrían tener repercusiones en su vida como: deserción escolar, discriminación social, depresión, ansiedad, mayor gasto económico, abortos clandestinos, riesgo de infertilidad, situaciones que pueden afectar su calidad de vida. El analizar los conocimientos que tienen los estudiantes de medicina sobre salud sexual y reproductiva nos da una pauta sobre los riesgos a los que están expuestos y de manera indirecta los conocimientos y consejos que transmiten a sus pacientes, el fortalecer los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva es de beneficio no solo para el estudiante si no para sus pacientes.

La investigación es accesible; el levantamiento de información se realizó previa autorización de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato, y con el consentimiento informado de los participantes, el estudio es factible, se realizó a través de una encuesta etnográfica, sobre conocimientos de salud sexual y reproductiva, se mantendrá privacidad sobre la información que se recolecto, los datos obtenidos serán de beneficio para la universidad y para futuras investigaciones que se puedan desarrollar.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Determinar si los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre anticoncepción influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

1.4.2 Específicos

1. Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.
2. Analizar si los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre anticoncepción influyen en el uso de la doble protección en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.
3. Diseñar una estrategia para fortalecer los conocimientos sobre anticoncepción e ITS poniendo énfasis en la doble protección anticonceptiva en estudiantes universitarios.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

Hernández J, Velásquez R, Pinzón C. en el año 2017 realizaron un estudio descriptivo transversal, la muestra estuvo conformada por en 874 estudiantes entre los 14 a 19 años, matriculados en instituciones educativas públicas, el objetivo del estudio fue conocer los conocimientos, actitud y práctica en anticoncepción en adolescentes, para la recolección de información se utilizó una encuesta escrita estandarizada, con los datos recolectados se organizó y tabuló los mismos, utilizando el programa estadístico SPSS versión 23, por cada estrato se obtuvo medidas de tendencia central, se realizó un análisis multivariado en cada categoría de las variables de interés.

La mayoría de la población pertenece al sexo femenino 50,1 %, entre 16 a 17 años con 54.3%. más de la mitad de la población encuestada 68.3%, considera que los conocimientos sobre métodos anticonceptivos son “escaso”. El preservativo resultó ser el mejor método para planificación familiar tanto en hombres 79.2%, como en mujeres 43.2%, posteriormente le sigue los anticonceptivos inyectables 14.8%. El 58.6% de hombres ya iniciaron su vida sexual principalmente en las edades de 16-17años en un 72.4%. El 38.5% afirma estar utilizando en la actualidad algún método de planificación familiar, el 23.7% utiliza el preservativo como método elegido, en tanto a la necesidad de un programa sobre salud sexual y reproductiva, el 96.6% ven la necesidad de la implementación del mismo.

Conclusiones: gran parte de los adolescentes ya iniciaron su vida sexual, prefieren el uso de preservativo, seguido de anticonceptivos inyectables, la mayoría de la población ve la necesidad de implementar un programa de salud sexual y reproductiva en la institución educativa (24).

Gutiérrez S, Sánchez M, Terán Y, Gaytán D en al año 2018, realizaron un estudio cuantitativo, observacional, transversal, participaron 106 adolescentes entre los 14 a 16 años, se aplicó un cuestionario auto-administrado para medir los conocimientos sobre métodos anticonceptivos. En base al puntaje se diseñó una escala ordinal: alto (67%-

100%, >97 aciertos), medio (49-96 aciertos, 34%- 66%) y bajo (<48 aciertos, <33%), con los datos recolectados se realizó un análisis estadístico en el programa SPSS PASW stastics 18.

La mayoría de alumnos 62% presenta un nivel de conocimiento medio, el 36% presenta nivel alto, y solo el 2% presenta un nivel bajo de conocimientos sobre métodos anticonceptivos. El 99% de los adolescentes conoce la efectividad del preservativo, como en donde pueden conseguirlo. El método anticonceptivo más conocido es la pastilla de emergencia 100%. Los métodos anticonceptivos que generan interés de obtener información son los métodos químicos y los métodos hormonales 30%. La principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos es la escuela 68%. Solo al 27% les gustaría seguir recibiendo información de este tema en la escuela, el 34% opinas que prefieren acudir al centro de salud por información, y el 24% le gustaría recibir un taller por profesionales universitarios.

Conclusiones: la mayor parte de estudiantes presenta niveles medios de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, es necesario la creación de intervenciones educativas sobre salud sexual y reproductiva a nivel escolar (25).

Zúñiga A, Teva I y Bermúdez M. en el 2016 publicaron una investigación descriptiva, transversal, la maestra estuvo conformada por 652 participantes en total (326 adolescentes y 326 padres/madres), la media de edad de los adolescentes fue 16.82, la media de edad de los padres fue de 42.83 años. Para recolectar datos se aplicó un cuestionario de conocimientos de ITS/VIH, preguntas de la actitud hacia el preservativo, así como comunicación sobre sexo padres-adolescente. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas t de Student, el análisis multivariado de la varianza (MANOVA) y chi cuadrado.

Los resultados demuestran que los padres tienen mayor conocimiento que sus hijos sobre las ITS/VIH ($p=.04$), por su parte los adolescentes muestran una mayor actitud positiva hacia el uso de preservativo ($p=.00$), según los progenitores informan una mayor frecuencia de comunicación sobre ITS/VIH (Media padre=11.65; DT=4.07; Media madres= 11.75; DT=3.99), sin embargo, los hijos no perciben de esa manera (comunicación con el padre =8.92; $p=.00$; media comunicación con la madre 10.78; $p=.01$).

Conclusiones: el conocimiento sobre las ITS/VIH que dan los padres a los hijos no es el más correcto, esto en base a que los conocimientos sobre ITS/VIH no son elevados ni en los padres, ni en los hijos, lo que demuestra una necesidad de intervención continua sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes (26).

2.2 Fundamentación Filosófica

Esta investigación tiene un paradigma socio-crítico ya que se encuentra encaminada a determinar cómo los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre anticoncepción pueden influir en el uso de la doble protección anticonceptiva como método para prevenir los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual en los jóvenes, población vulnerable a conductas sexuales de riesgo, por medio de la investigación a través de la reflexión crítica aplica la solución de problemas, para mejorar y cambiar las prácticas cotidianas, de esta manera se busca fortalecer los conocimientos y mejorar las practicas sobre salud sexual y reproductiva en los estudiantes universitarios.

Epistemológicamente por medio de la investigación se busca crear conocimiento científico que pueda transformar la realidad que se vive, a través de ella que buscar empoderar a los jóvenes con conductas sexuales seguras y responsables, evitando de esta manera los embarazos no planificados y previniendo las ITS.

Axiológicamente la investigación se basa en los valores humanos, a través de la misma se desea el desarrollo integral del ser humano en formación como es la población joven, a través de la práctica de valores en el desenvolvimiento diario como; la responsabilidad, honestidad, la aceptación, el amor propio, el respeto, la educación, la independencia, así también el desarrollo de la inteligencia emocional, e intelectual a fin de realizar cambios en la personalidad y el carácter, y de esta manera administrar asertivamente su vida.

Según el enfoque ecológico, para lograr la salud sexual, se necesitan intervenciones en varios niveles no solo a nivel individual, sino también en la familia, en la comunidad, de la legislación y otros factores estructurales que de una manera u otra influyen en la salud sexual de las personas.

2.3 Fundamentación Legal

Constitución De La República Del Ecuador (2008)

Título II Derechos: Capítulo Segundo - Derechos Del Buen Vivir

Sección Séptima - Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Capítulo Sexto - Derechos De Libertad

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas

9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener.

Título VII Régimen Del Buen Vivir: Capítulo Primero - Inclusión Y Equidad

Sección Segunda - Salud

Art. 363.- El Estado será responsable de:

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto (27).

Ley Orgánica De Salud 2006

Capítulo I - Del Derecho A La Salud Y Su Protección

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;

Capítulo III - De La Salud Sexual Y La Salud Reproductiva

Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Art. 26.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas.

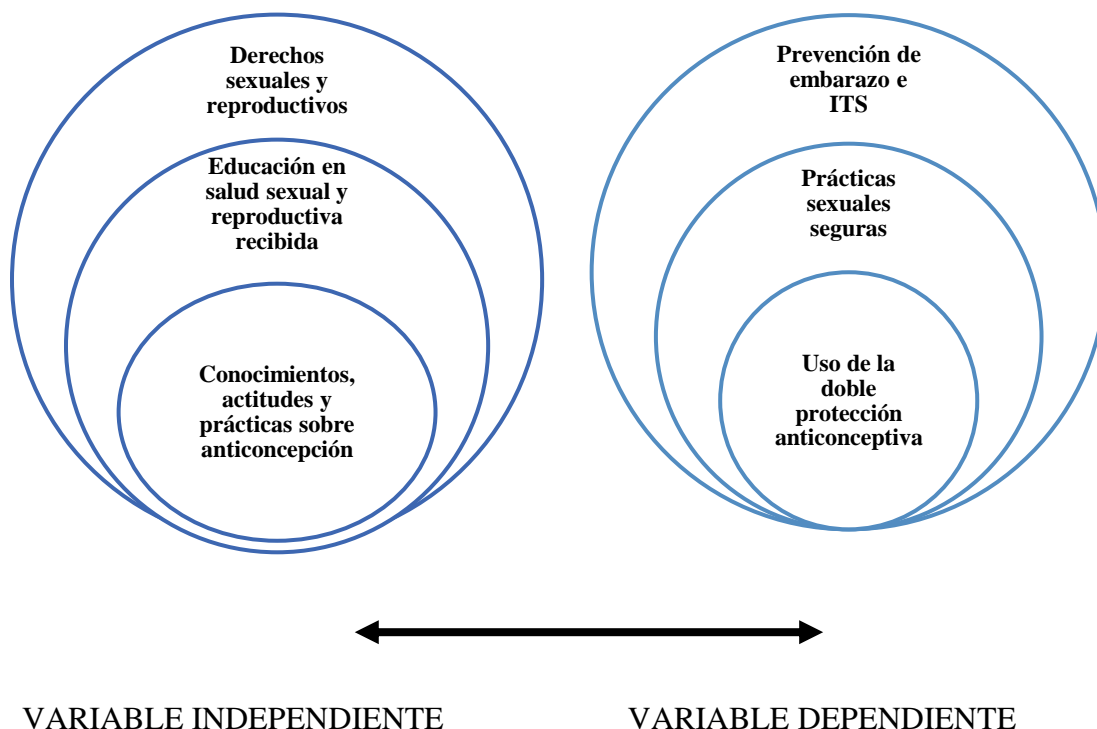
Art. 27.- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello.

Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional a fin de que los contenidos que difunden no promuevan la violencia sexual, el irrespeto a la sexualidad y la discriminación de género, por orientación sexual o cualquier otra.

Art. 28.- Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local.

Art. 30.- La autoridad sanitaria nacional, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentará y promoverá la planificación familiar, con responsabilidad mutua y en igualdad de condiciones (28).

2.4 Categorías Fundamentales



2.5 Fundamentación Teórica

Derechos Sexuales Y Reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos forman parte de los derechos humanos, todo ser humano tiene derecho a la atención en salud sexual y reproductiva, a decidir cuándo tener relaciones sexuales sin ninguna coacción, discriminación o violencia, así como al acceso de métodos anticonceptivos seguros (29).

Los derechos sexuales están fundamentados en la libertad humana para ejercer una sexualidad sana y placentera, abarcando todas sus dimensiones: física, emocional y espiritual, que puede o no estar ligadas a la procreación. Mientras que los derechos reproductivos, están fundamentados en la toma de decisiones de hombres y mujeres sobre su vida reproductiva, de manera libre en informada, ejerciendo de manera voluntaria el control de su fecundidad, optando por el derecho a la no reproducción (30).

Los derechos sexuales se encuentran ligados a varios derechos humanos que son reconocidos en documentos internacionales así como locales entre ellos se encuentran; los derechos a la vida, a la libertad, a la autonomía, a la seguridad de la persona, derecho a la no discriminación, derecho a la igualdad, derecho a no ser sometido a torturas, penas o tratos crueles inhumanos o degradantes, derecho a la privacidad, derecho al máximo grado de salud (en donde incluye la salud sexual), derecho a la seguridad social, derecho al matrimonio, a la igualdad dentro del matrimonio, derecho a decidir cuantos hijos tener y el intervalo entre los nacimientos, derecho a la información, a la educación, a la libertad de opinión y expresión (31).

La aplicación de varios derechos humanos constituye los derechos existentes a la sexualidad y la salud sexual (31). Estos derechos se amparan en la Constitución Ecuatoriana, en tratados internacionales suscritos por el Ecuador, así también en el Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV) (30). Desde un punto de vista de los derechos humanos, los hombres y las mujeres deben tomar decisiones en su vida sexual y reproductiva, estas deben ser de manera libre, informada, de forma voluntaria, responsables sobre la vivencia y expresión de su sexualidad (30), así como la decisión de formar una familia que debe ser bajo responsabilidad, reflexión y una planificación de la misma (32).

Para el logro de estos derechos existen programas sobre regulación de la fertilidad, en donde personas individuales y parejas deciden bajo libertad y con responsabilidad el número de hijos que desean tener, y en qué tiempo, esta decisión se realiza bajo información oportuna que se brinda, garantizando además el acceso a métodos anticonceptivos efectivos y seguros (33). Con el objetivo de mejorar la oferta en salud sexual y reproductiva, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador garantiza el acceso a información, implementando asesoría en salud sexual y reproductiva con un enfoque integral, con la incorporación de acciones de prevención y promoción en la población, que aporten en la toma de decisiones de manera libre e informada, garantizando los derechos sexuales y reproductivos (30).

Educación En Salud Sexual Y Reproductiva Recibida

Los programas de educación en salud sexual y reproductiva, influyen de manera positiva en la conducta de las personas, estos han ayudado a los jóvenes a protegerse a sí mismos

de embarazos no deseados, de ITS, además cuestionan modelos de masculinidad, de feminidad y ayudan a defender sus derechos (34).

De manera general se puede decir que la educación sexual que han recibido los jóvenes es deficiente, existe un gran desconocimiento sobre temas relacionados sobre salud sexual y reproductiva (35), esto puede ser un factor para iniciar tempranamente relaciones sexuales de riesgo, sin considerar las implicaciones que conlleva, ya que existe poca consciencia sobre los mismos. Los jóvenes cambian con frecuencia de pareja, pueden llegar a tener relaciones sexuales sin amor y sin ninguna protección, por lo que son propensos a embarazos no deseados y adquirir alguna ITS (36). Los jóvenes tienen curiosidad, pero también tienen temor de preguntar, esto sumado a la poca o nula comunicación con los padres por diversas causas (35), pueden dar origen a un despertar sexual equivocado, no controlado, que puede provocar consecuencias negativas para la salud (37).

Los adolescentes son un grupo influenciados por varios modelos que aparecen en televisión, radio, deportes, etc. el buscar ser como ellos puede afectar su autoestima y las relaciones personales (37). Los medios de comunicación ejercen una gran influencia sobre la sexualidad de los jóvenes, ya que la información que obtienen es cargada de erotismo sexual, con pocos valores (37), esto junto a la poca información sobre sexualidad que reciben en su medio, es un factor que induce al inicio precoz de relaciones sexuales en los adolescentes (38), los datos expuestos demuestran la necesidad de fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva.

La educación se considera un proceso sociocultural, a través de ella se desarrolla un beneficio personal y para la sociedad que le rodea, por medio del aprendizaje activo (30). La educación integral en salud sexual y reproductiva es aquella en donde se transmite información precisa, adecuada para la edad, la información es actualizada en aspectos físicos, psicológicos, sociales de la salud sexual y reproductiva. Esta información debe despejar dudas, aclarar conceptos erróneos, llenar lagunas existentes, mejorar de manera general la comprensión, así como fomentar aptitudes que apoyen el empoderamiento, los valores y actitudes positivas, así como comportamientos saludables (31).

El objetivo de estas intervenciones, es que todas las personas tengan información suficiente, conocimientos necesarios, y desarrollen aptitudes para tomar decisiones

acertadas sobre su sexualidad y reproducción. En educación sanitaria se puede facilitar todo tipo de información durante consultas preventivas o curativas incluso en entornos no clínicos. En el ámbito educativo, se puede ofrecer información sobre educación sexual integral, la que será adaptada de acuerdo a cada edad, incluida dentro de plan de estudios, esta educación debe ser desde la educación preescolar hasta los estudios universitarios (31).

El Médico familiar y Comunitario desempeña un papel importante en este proceso, promoviendo una salud sexual y reproductiva saludable, como un promotor de cambio al comportamiento sexual de los jóvenes, con información completa y objetiva (18).

Conocimientos, Actitudes Y Prácticas De Anticoncepción

En los jóvenes, principalmente en los adolescentes son frecuentes las conductas sexuales de riesgo, influenciada por factores que comprometen la salud sexual y reproductiva, así como su desarrollo psicológico y social (35) . En los últimos el inicio de las relaciones sexuales es cada vez más precoz (39), esta conducta es frecuente en países de América Latina y el Caribe (37). El comportamiento de la sexualidad en esta etapa se caracteriza por relaciones sexuales de iniciación, debidamente premeditadas, en varios de los casos están condicionadas por reglas de un grupo de amigos y en la mayoría de los casos sin métodos de protección, o no lo emplean de manera adecuada y estos se realizan bajo consumo de alcohol o drogas, este tipo de relaciones por lo general son promiscuas ya que existe un cambio frecuente de parejas (35).

Mientras a más temprana edad inicia la relación sexual, mayor es el riesgo de embarazos no planificados, o de adquirir una ITS (40). Existen factores que influyen en las conductas sexuales:

Factores Biológicos: Influyen desde el momento del desarrollo de la maduración sexual, en las mujeres inicia con la menarquia, y en los hombres con la primera eyaculación (37). Con la maduración sexual se estimula la atracción sexual, la misma que puede llegar a las relaciones sexuales, las relaciones que se presentan inicialmente son inestables, en muchas ocasiones promiscuas. Los cambios biológicos que se presentan influyen también en su imagen corporal, así el nivel de satisfacción con su cuerpo, se encuentra vinculado a la valoración de sus amistades (41). El demostrar que ha llegado a otra etapa y la

necesidad de pertenecer a un grupo, puede inducir a un adolescente determinadas prácticas sexuales de riesgo (37).

Desarrollo cognitivo, psicosocial y afectivo: El desarrollo cognitivo y psicosocial se encuentra todavía en formación (42), no se ha desarrollado completamente el pensamiento hipotético deductivo, su identidad se encuentra su etapa final de formación, su pensamiento es de carácter dicotómico, rígido, poco flexible situación q le acarrea problemas con sus padres, afecta las relaciones con los adultos, así como relaciones de pareja las mismas que tienden a ser inestables. En esta etapa el joven no puede prever las consecuencias de sus actos, ya que no ha desarrollado un nivel cognitivo y emocional para asumir una conducta sexual responsable (37).

La familia: La familia tiene gran influencia en la vida de los jóvenes, los padres son los responsables directos en la educación y responsabilidades (37), en esto se incluye la educación sexual, pero esto no se lleva a cabo en la gran mayoría de familias, en pocos hogares se incluye la sexualidad en el diálogo familiar (35), por lo que los jóvenes se encuentran obligados a buscar esta información en otros lugares, entre ellos sus amigos, los mismos que transmiten conocimientos poco claros que generaran en muchos casos más dudas (37).

Grupo de amigos: Los jóvenes comparten gran parte de su tiempo con sus amigos, los mismos que pueden ejercer gran influencia en su conducta, entre ellos se sienten más comprendidos y aceptados, juegan un rol importante en la identidad del adolescente, así como también en la exploración del mundo físico y social. Su grupo de amigos cobra importancia en el modelo de conducta, ya que, por comentarios, se sienten presionados a hacer algo de lo cual no están completamente convencidos. Es en el grupo de amigos donde buscan la mayor información sobre sexualidad, ya que comparten intereses en común. Las normas, así como los valores de conducta se encuentran influenciados por estas relaciones (37).

Consumo de alcohol y otras drogas: El consumo de alcohol y drogas disminuye la percepción de riesgo, ante esta circunstancia son probables las relaciones sexuales sin protección alguna (40). En la adolescencia el consumo de alcohol es frecuente y esto facilita el encuentro sexual ya que aumenta la excitación, algunos lo ven como una estrategia para lograr un encuentro sexual, ya que elimina la timidez y da una sensación de atrevimiento (43). El consumo de sustancias psicoactivas da una sensación de

relajación, de euforia, disminuyendo el autocontrol y la percepción de riesgo, siendo más propensos a tener relaciones sexuales inseguras, y en muchas ocasiones sin conciencia alguna ya que se encuentra alterada, olvidándose de los conocimientos de sexo seguro que practicarían si estuvieran sobrios (37).

Uso de métodos anticonceptivos: En la juventud, las relaciones sexuales se presentan esporádicas, sin planificación, y en varias ocasiones sin protección, muchos desconocen la anticoncepción de emergencia o a la vez el acceso a métodos anticonceptivos es limitado. Existe una alta incidencia que de ITS y embarazos no planificados en jóvenes, es necesario el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos (4). Es necesario poder a disposición de los jóvenes la gran variedad de métodos anticonceptivos que existen, tomando en cuenta ciertas las variables individuales biológicas, socioeconómicas, psicoafectivas, así como los valores de su entorno (44).

Prácticas Sexuales Seguras

Un programa sobre salud sexual y anticoncepción se puede llevar a cabo en cualquier consulta médica de algún centro de salud. Esto significa que desde la consulta se puede desarrollar el consejo contraceptivo, dar a conocer los distintos métodos anticonceptivos y dar un seguimiento al caso. Prestando especial atención a parejas con algún riesgo, como aquellos con antecedentes de interrupción del embarazo, parejas con nivel sociocultural bajo, antecedentes de alcoholismo u algún hábito tóxico, múltiples parejas sexuales (31).

Consejo Contraceptivo: Para que los métodos anticonceptivos tengan éxito es fundamental el consejo contraceptivo, brindando información sobre los distintos métodos de anticoncepción para que puedan ser usados de una manera correcta, segura y efectiva. El consejo contraceptivo, así como la indicación inicial se puede realizar desde una consulta médica, en ciertos casos es necesario pruebas complementarias que no representan un previo requisito, ni un obstáculo para la provisión de algún método anticonceptivo, siendo estos más bien como un complemento. El Consejo Contraceptivo pretende: dar una adecuada información sobre los métodos anticonceptivos para una elección personal informada y objetiva. A más de evitar embarazos no planificados, se debe tener en cuenta la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). Se debe

valorar los criterios de elección, tomando en cuenta la eficacia como también la efectividad (28).

Los altos índices de ITS y embarazos a temprana edad demuestran el desconocimiento de métodos anticonceptivos, siendo el preservativo el método menos usado en jóvenes que mantienen relaciones sexuales por primera vez, a pesar de ser un método efectivo para evitar la fecundación y el posible contagio de ITS, es especialmente recomendado en la adolescencia ya que carece de efectos secundarios sistémicos, no tiene contraindicaciones, no precisa supervisión médica y es relativamente barato y asequible (44)

Es importante que los jóvenes conozcan los métodos anticonceptivos reversibles para que se pueda elegir el que se adapte mejor sus necesidades, valores, preferencias y personalidad (45). Recomendar un control médico a los tres meses de iniciar una contracepción hormonal, donde se valorará posibles efectos adversos y poder resolver alguna duda (44).

La elección tras el asesoramiento de un profesional es fundamental para el éxito de método anticonceptivo, alto porcentaje de adolescentes cambian sus ideales tras un correcto asesoramiento, (46), reconociendo el derecho que tiene el adolescente a disfrutar de su sexualidad, de un modo seguro (44).

Elección Del Método Anticonceptivo

Para una elección acertada de algún método anticonceptivo hay que tomar en cuenta:

La eficacia: que es la capacidad de impedir la gestación, siendo utilizado en condiciones óptimas.

La seguridad: siendo la capacidad del método para poder alterar de manera positiva o negativa el estado de salud del usuario como ejemplos el riesgo de enfermedad tromboembólica con el uso de anticonceptivos orales combinados, cambios durante la menstruación como sucede con DIU de cobre. Se incluyen los efectos secundarios positivos como sucede con los métodos anticonceptivos de barrera para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

La reversibilidad: posibilidad del retorno a la fertilidad después de interrumpir un método determinado.

La complejidad: ciertos métodos como los naturales necesitan conocimientos mínimos, así como habilidades especiales para dominar los mismos.

La aceptabilidad: que es la capacidad de algún método para de cierto modo convencer a la pareja de su uso, siendo este fundamental para asegurar la continuidad del mismo así también su eficacia.

El precio: puede influir en la selección del método, así como del cumplimiento. Existen métodos anticonceptivos financiados por el Sistema Nacional de Salud y al alcance de cualquier usuario (28).

Prevención de Embarazo e ITS

Es necesario fortalecer las intervenciones de prevención de embarazo no planificado e ITS en los adolescentes y adultos jóvenes. El embarazo no planificado constituye un problema de salud pública a nivel mundial, siendo responsable de una serie de problemas, generando un círculo de pobreza, de violencia de género y aumentando además la morbilidad (47).

Las ITS constituyen un gran problema de salud, por todo lo que conlleva en sí, es una de las principales causas de infertilidad femenina, responsable de prematuridad, bajo peso al nacer, conjuntivitis, en recién nacidos de madres que se ha infectado de alguna ITS, según la OMS la mitad de estas infecciones se presentan en los adolescentes y adultos jóvenes. En Latinoamérica y el Caribe según datos de la OPS (organización Panamericana de la Salud) anualmente 15% de los adolescentes de 15 a 19 años adquieren una ITS (48).

La población más vulnerable a contraer una ITS son los adolescentes y los adultos jóvenes, principalmente entre los 14 a 24 años, según la OMS cada día más de un millón de personas se infectan de alguna ITS, de este grupo aproximadamente 600.000 se presentan en personas menores de 25 años (49).

Es importante impartir educación sexual en los colegios, los beneficios son mayores si la información se transmite antes del inicio de la vida sexual. En Canadá la educación sexual se imparte desde los cinco años, en este país el porcentaje de adolescentes que en secundaria han tenido alguna experiencia sexual ha disminuido, por el contrario en Japón, donde el Ministerio de Cultura, de Ciencia y Tecnología, Ministerio de Deportes establecieron que temas relacionados a actividad sexual, así como el uso de preservativo

no se pueden hablar en los estudiantes de seis a 12 años, aquí la tasa de ITS y VIH continúan en aumento (50).

El contexto escolar es fundamental para la preparación académica de los jóvenes, además contribuye en la formación para responsabilizarse en su propia vida, y salud, de tal manera que los programas de salud sexual y reproductiva pueden ayudar a los jóvenes adoptar actitudes y comportamientos que reducen el riesgo de un embarazo no planificado o adquirir una ITS siendo de beneficio para su bienestar general. Los programas de educación sexual para prevención de embarazos no deseados e ITS, bien diseñados e implementados, disminuyen significativamente los comportamientos sexuales de riesgo (51).

Es importante en atención primaria de salud promover la vacuna contra el VPH, la misma que se encuentra dentro del esquema del MSP del Ecuador de manera gratuita. El personal de salud es responsable de brindar asesoría oportuna de las complicaciones de las ITS, además de promover métodos anticonceptivos seguros y accesibles. El uso de preservativo en los adolescentes y jóvenes es fundamental, ya que es un método confiable de protección frente a ITS, si se usan de forma correcta impide entrada de virus y bacterias. Es importante que los adolescentes y jóvenes conozcan de que se tratan las ITS y cómo prevenirlas (51). La forma más segura para evitar embarazos no planificados e ITS uso de la doble protección anticonceptiva, esta práctica es una forma de sexo seguro y responsable.

Uso De Métodos Anticonceptivos

Métodos De Barrera

Estos métodos que actúan evitando la unión del óvulo y el espermatozoide impiden que alcancen el canal cervical o a su vez bloqueando su avance por el mismo, a través de una barrera mecánica como en el preservativo masculino o femenino, una barrera química como en los espermicidas o mixta como diafragma más espermicida, capuchón cervical más espermicida y esponja vaginal (52).

Preservativo masculino: También conocido como condón, es una funda adaptable al pene erecto. En su mayoría están hechos de una goma fina de látex, cuando existe sensibilidad al látex, se puede usar preservativos de poliuretano, actúan en forma barrera impidiendo que los espermatozoides entren en la vagina, evitando de esta manera el

embarazo e ITS (53). Para un uso correcto se deben seguir los siguientes pasos: usar un preservativo nuevo en cada acto sexual, antes del contacto físico colocar el preservativo en la punta del pene erecto con el lado enrollado hacia fuera. Desenrollar el condón hasta la raíz del pene en erección. Posterior a la eyaculación, sostener el borde del preservativo en su lugar y retirar el pene mientras que aún está erecto. Desechar el preservativo arrojándolo a la basura (53).

El preservativo es considerado el anticonceptivo de elección en las relaciones sexuales esporádicas o cuando existen relaciones sexuales con una pareja nueva (54). La tasa de rotura de los preservativos oscila entre 0,5 - 3% (55). Por lo que siempre se debe advertir de esta posibilidad, recomendando el cambio de preservativo si la rotura se presenta antes de la eyaculación y usar la píldora postcoital si se produce después de la eyaculación (45).

Cuando se usa de manera correcta su eficacia puede alcanzar el 98% para evitar embarazos no deseados. A su vez evita entre el 80 y el 95% de contagios de VIH e ITS (53). La tasa de embarazo no deseado es de dos gestaciones por 100 mujeres que lo utilicen correctamente durante un año, llegando a ser hasta 12% con el uso incorrecto o inconstante (45). Es importante conocer que el uso correcto reduce en un 80% la incidencia de infección por el VIH en hombres y en mujeres, también reduce incidencia de otras ITS (55).

El temor a la disminución del placer sexual, las dificultades que hay para negociarlo con la pareja, la poca información, la asociación de su uso con relaciones sexuales esporádicas, promiscuas son aspectos que condicionan su utilización (55). Usar el preservativo de manera incorrecta es muy común, por lo que se puede proponer el doble método (44) combinándolo con algún método anticonceptivo hormonal o DIU (Dispositivo Intrauterino) ofreciendo una doble protección con alta eficacia anticonceptiva y evitando el contagio de ITS, no necesita ningún tipo de prescripción médica, es accesible, relativamente barato y fácil de llevar consigo (55).

Preservativo femenino: Es un revestimiento que se adapta a la vagina de la mujer, hechos de una delgada película suave y transparente de plástico (poliuretano), con aros flexibles en cada extremo. El aro del extremo cerrado ayuda a la inserción del condón, mientras que el aro del extremo abierto ayuda para mantener una parte del condón fuera de la vagina. Actúa como barrera manteniendo los espermatozoides fuera de la vagina,

evitando embarazos no deseados a la vez protegiendo de ITS, con el uso correcto su eficacia alcanza 95% (53).

Para un uso correcto se deben seguir los siguientes pasos: usar un nuevo preservativo femenino en cada acto sexual. Antes del contacto físico introducir en la vagina. Cerciórese que el pene entre en el preservativo y que se mantengan en su interior. Posterior al acto sexual sostener el aro externo del preservativo, girarlo para sellar dentro los fluidos y, retirarlo suavemente de la vagina. Desechar el preservativo tirándolo a la basura. Es de mayor costo que el preservativo masculino, tiene mayor tasa de fallos y un peor cumplimiento por desplazamientos durante el coito (55).

Espermicidas: Los espermicidas son unas sustancias químicas que provocan una acción dañina en los espermatozoides: enlentecimiento de sus movimientos, así como ruptura de su membrana. Ciertos de los preparados se los combina como una barrera mecánica de espuma en el fondo vaginal, presentándose como resultado de la dilución del material con el flujo vaginal. Para su correcto uso se introduce en la vagina próximo al cérvix, por lo menos de 8 a 10 minutos antes de la relación sexual. Adicionalmente es recomendable introducir espermicida antes del coito. Este método es poco eficaz, en el mejor de los casos da una protección del 80%, por lo que es recomendable usarlo en combinación de otro métodos como diafragma, capuchón, preservativo (53).

Diafragma: Físicamente es a manera de capuchón o casquete esférico compuesto de látex o de silicona, cuyo objetivo es cubrir el cérvix, de esta manera impide la entrada del esperma al cérvix, para una mejor eficacia se utiliza combinado con espermicida, para su correcto uso el personal sanitario debe calcular la medida del diafragma para cada mujer, restando dos cm a la distancia entre el fondo de saco vaginal posterior y la porción externa de pubis (53). Es un método inocuo, de bajo costo, se lo puede colocar antes de la relación sexual ofreciendo cierta protección contra las ITS ya que cubre el cuello del útero, se los usa en combinación con un espermicida. Usado de manera adecuado tiene un índice de fallos de cuatro a seis por cada 100 mujeres, con un uso inadecuado pasa a 13-18% (55).

Para su uso se deben seguir los pasos siguientes: colocar espermicida por ambas caras del diafragma y también alrededor del borde. Presionando los bordes introducir el diafragma en la vagina siguiendo la pared posterior de la vagina, ya en el fondo este recupera su forma, con el dedo índice se coloca sobre la fosa retropúbica, hay que comprobar que el

cuello uterino quede cubierto bien por el diafragma, cubriendo el cérvix y la parte superior de la vagina. Debe estar colocado por lo menos seis horas posteriores a la relación sexual, para retirarlo se introduce un dedo por debajo del diafragma empujándolo para abajo y fuera. Después de cada uso se debe lavar el diafragma con jabón neutro y agua (53). La ventaja es que es reutilizable, pero no protege contra las ITS, puede fallar en el seis a 16% de los casos (44).

Capuchón cervical: El capuchón cervical es de látex o goma que recubre el cuello cervical, hace un efecto de succión manteniéndolo adherido al cuello cervical, de esta manera impide la entrada del esperma al cérvix, para mejorar su eficacia debe ser usado con crema gel, o espermicida, para su uso correcto el personal médico debe calcular su medida. Para el uso del mismo se deben seguir los siguientes pasos: se debe aplicar espermicida en una tercera parte del capuchón, posteriormente presionar el borde alrededor del cérvix hasta que se cubra completamente presionando la cúpula para aplicar cierta succión y sellar así el capuchón. Se lo debe introducir dentro de las 48 h antes del coito, mantenerlo colocado al menos seis horas después de la relación sexual. Para retirarlo debe inclinar los costados del capuchón rompiendo el sellado contra el cérvix, empujando el capuchón hacia abajo y afuera de la vagina, después de cada uso se debe lavar con jabón neutro y agua limpia y secar (53).

Esponja vaginal: La esponja vaginal está hecha de un círculo de poliuretano cuyo diámetro es de siete cm y 2,5 cm de grosor, en una de sus caras cuelga una cinta para permitir su extracción, tiene nonoxinol-9 como agente espermicida. Con un doble mecanismo de acción, retiene el semen impidiendo que atraviese el canal cervical, poniéndolo en contacto con el espermicida. Para su correcto uso se siguen los siguientes pasos: nunca colocarse con la menstruación o cuando exista algún sangrado menstrual, se debe humedecer con agua para activar el espermicida, posteriormente se introduce en el fondo de la vagina a manera de tapón, se debe asegurar que el cérvix quede bien cubierto. No debe retirarse antes de seis horas posterior al coito. Tiene una vida media de 24 horas no se debe sobrepasar este tiempo ya que puede provocar infecciones (53).

Métodos Hormonales

Son métodos que utilizan la acción de las hormonas estrógenos y gestágenos para impedir el embarazo. Su acción es la supresión de la ovulación inhibiendo la síntesis gonadotrofinas a nivel central hipofisario e hipotalámico, modificando así las características del moco cervical haciéndose más espeso y más viscoso, dificultando la progresión de los espermatozoides, además producen alteración estructural y funcional en el endometrio dificultando la anidación de los gametos, también disminuyen la motilidad de las trompas uterinas comprometiendo el transporte de los gametos. Después del preservativo son los más usados entre los métodos reversibles son los más eficaces, brindando una protección 99,7% con el uso en condiciones óptimas y de un 92% en condiciones reales o habituales (53). Pueden ser de administración oral y parenteral. Cuyo objetivo es evitar embarazos (56).

Anticonceptivos Hormonales Combinados: Los estrógenos como progestágenos brindan efectos anticonceptivos, el estrógeno reduce la frecuencia y duración de la hemorragia durante el ciclo menstrual además actual en el mantenimiento o la mejora de la densidad ósea, y como desventajas están los efectos secundarios como náuseas, sensibilidad en los senos, distensión abdominal, cefalea, riesgo de tromboembolia venosa (TEV), además pueden suprimir tempranamente la producción de leche materna (57).

Los anticonceptivos orales combinados (ACO) tienen bajas dosis de hormonas progestina y estrógeno, se los conoce también como como la píldora, por lo general se usan comprimidos que duran 21 días seguidos de un descanso de una semana en donde aparece la hemorragia por deprivación hormonal. Los preparados con una dosis menor de etinilestradiol de 15 mcg. prolongan la toma durante 24 días. Existen otros comprimidos de 28 tomas para evitar olvidos tras la semana de descanso cuatro para las presentaciones de 15 mcg. y siete para las de 20,3 y 35 mcg. los cuales son placebo y se encuentran identificados con un distinto color. Se prefieren los monofásicos con dosis bajas de estrógeno ya que han manifestado menor incidencia de náuseas, mastalgia y retención hidrosalina (53).

Entre los ACO encontramos los monofásicos que durante los 21 días de tratamiento mantienen la misma dosis de estrógenos y gestágenos; los bifásicos, en donde en la segunda mitad del ciclo la cantidad de estrógenos y/o gestágenos aumenta, y los

trifásicos, en donde a la mitad del ciclo aumenta la cantidad de estrógeno, mientras que los gestágenos presentan inicialmente una dosis baja la cual posteriormente aumenta (58), Para su uso correcto se debe: tomar una píldora todos los días, a la misma hora del día de ser posible. Tomar la primera píldora del blíster el primer día que aparece la menstruación, si se inicia hasta el quinto día de la menstruación, se recomienda añadir algún método de barrera durante una semana. En caso de olvido de una toma, ingerirla lo antes posible (53).

Es un método reversible con efectos beneficiosos: Regulan el ciclo menstrual, disminuyen la hemorragia excesiva evitando la anemia ferropénica, disminuye la dismenorrea, hemorragia uterina disfuncional, el síndrome premenstrual y los cólicos menstruales, disminuye la incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica, evita embarazos ectópicos. Posiblemente previene la enfermedad fibroquística mamaria, quistes benignos del ovario, la endometriosis, disminuye el riesgo de padecer cáncer de ovario y endometrio (55).

Como efectos negativos el riesgo de adquirir una TEV asociado a uso de ACO es dos a cuatro veces mayor que para las no usuarias, incrementa levemente el riesgo de cáncer de mama, incremento de peso, aunque los estudios realizados no encuentran relación existente entre su uso con el aumento de peso (55).

Contraceptivos orales con progestágenos: Este método suprime la hormona luteinizante (LH) inhibiendo por ende la ovulación, provoca un espesamiento del moco cervical impidiendo la implantación del ovulo en el endometrio, es indicada principalmente en periodo de postparto, en el puerperio, periodo de lactancia materna y en casos donde está contraindicada la anticoncepción con estrógenos como en la migraña, tensión mamaria, en la hipertensión arterial, en casos de hipertrigliceridemia, en el lupus, cuando existe hábito tabáquico con más de 15 cigarrillos diarios, en también utilizado en tratamiento de menorragia, la dismenorrea y la anemia (59). Evitan los efectos metabólicos y clínicos de los estrógenos (57).

Se debe tomar diariamente una píldora sin periodo de descanso, en caso de olvido mayor a 12 horas se recomienda usar preservativo por dos días. El momento apropiado para iniciar la toma en los ciclos regulares es en los primeros cinco días posterior a iniciar la menstruación, si ya paso más de cinco días deberá utilizar protección adicional durante

dos días, en las mujeres con lactancia materna se puede iniciar a partir de las seis semanas del parto, en mujeres postparto sin lactancia materna se puede iniciar en cualquier momento, tras un aborto se puede iniciar inmediatamente (53).

Contracepción de emergencia: Son píldoras constituidas de solo progestina, o también de una progestina y un estrógeno juntos, también es conocida como la píldora del día después o anticonceptivo poscoital. (27, 60), Rodríguez 2017, considera una segunda oportunidad pero no debe sustituir a los anticonceptivos de uso regular (44) Funcionan evitando o a la vez retrasando la liberación de los óvulos (ovulación), si es que la mujer ya se encuentra embarazada no son efectivos. Ayudan a evitar el embarazo si se toman hasta cinco días después del coito sin protección. Se recomienda la administración de 1.500 mcg. de levonorgestrel, en dosis única, su eficacia en las 24 horas primeras llega al 95%, disminuyendo al 58% a los tres días posterior a la relación sexual (53).

Indicadas en caso de relación sexual vaginal sin protección, o cuando se presentó algún accidente con algún método anticonceptivo, cuando existió abuso sexual o violación, cuando existe el consumo de sustancias teratógenas (53).

En los adolescentes ocupa un importante lugar ya que por lo general la relaciones sexuales sin ninguna protección y no planeadas son frecuentes, así como la rotura o el mal uso de preservativos, olvidos de la píldora, por cada 1000 tratamientos con la píldora postcoital se evitan 53 embarazos (45). El riesgo de embarazo se reduce a un 75% si se utiliza dentro de las 72 horas posterior a la relación sexual (3).

Contraceptivos inyectables: Existen dos presentaciones los primeros constituidos solo de progestina, al no contener estrógenos, pueden ser utilizadas por mujeres en periodo de lactancia y por mujeres con contraindicación a los estrógenos, estos se administran cada tres meses. Y los segundos están compuestos de estrógeno y progestina, se los debe aplicar los primeros cinco días posteriores al inicio de la menstruación, si ya ha pasado este tiempo se debe utilizar una protección adicional por siete días. Su aplicación es intramuscular de preferencia en el glúteo mayor (53).

Parches: Son parches adheribles que contienen el gestágeno denominado norelgestromina, y el estrógeno etinilestradiol, estas hormonas que se liberan progresivamente a través de la piel, (55). Se debe iniciar con este método el primer día de

la menstruación, si se inicia posterior a ella se debe usar un método adicional por una semana (53)., se debe usar un parche nuevo cada semana por tres semanas la cuarta semana es de descanso donde se presentará la menstruación, cuando el peso de la mujer es > 90 kg la eficacia anticonceptiva será menor, además no se recomienda a mujeres con problemas en la piel (55).

Si este se despegaba total o parcialmente es necesario colocar inmediatamente uno nuevo, y continuar la pauta habitual, si se desconoce el tiempo del despegamiento o este es mayor de 24 horas se debe adicionalmente usar un método de barrera por una semana e iniciar un ciclo nuevo de cuatro semanas a partir de la colocación del nuevo parche. Si existe olvido de cambiar el parche, inmediatamente se debe colocar un nuevo si el tiempo transcurrido es menor a 48 horas se seguirá con la pauta habitual, pero si el tiempo es mayor a 48 horas se debe usar un método de barrera por una semana e iniciar un ciclo nuevo de cuatro semanas a partir de la colocación del nuevo parche, se los puede aplicar en varias regiones del cuerpo: parte baja del abdomen, los glúteos, en la zona superior de la espalda y en la región superior externa de los brazos, no se debe aplicar en la región mamaria (53).

Ofrecen algunas ventajas frente a las píldoras: en dosis bajas se alcanzan los efectos terapéuticos, se evita metabolismo hepático así como la degradación enzimática gastrointestinal, se mantienen constantes los niveles de hormona plasmática, son de mejor cumplimiento, útiles en pacientes que no desean usar píldoras, con la retirada del parche cesa la administración del fármaco (57).

Anillo vaginal: Es un anillo transparente cuyo diámetro es de 54mm por cuatro mm de grosor, hecho del polímero evatane compuesto de 2,7 mg de etinilestradiol y de 11,7 mg de etonorgestrel, cada día libera 15 mg de etinilestradiol y 120 mg de etonorgestrel, estos son absorbidos por medio de la mucosa vaginal (55). Para su uso hay que sacarlo del envoltorio, comprimirlo entre los dedos e introducir en el fondo de la vagina, para retirarlo se lo realiza con el dedo índice a forma de gancho cogiendo el borde del anillo. Debe estar colocado por tres semanas, la cuarta semana es de descanso donde llega la menstruación (53). El anillo se debe colocar el primer día de la menstruación, si se lo coloca posterior a este es necesario usar adicionalmente un método de barrera por una semana,

si este se sale accidentalmente se debe introducir de nuevo antes de tres horas para que conserve su eficacia (55).

Implantes: Son pequeños cilindros que contienen 68 mg de etonorgestrel liberando inicialmente una dosis diaria de 60-70 ug, llegando al tercer año con una liberación de 25-30 ug de este gestágeno, proporcionando un efecto anticonceptivo por tres años. (55). Debido a que no contienen estrógenos se puede usar durante el periodo de lactancia materna y en aquellas mujeres que no pueden usar estrógenos (53). Mediante un procedimiento de cirugía mínimamente invasiva se lo coloca debajo de la piel, en la parte superior de brazo, en la cara interna siendo eficaz de tres a siete años dependiendo del tipo que se coloca, a las 24 horas de su inserción ejercen ya su efecto contraceptivo. Se lo debe insertar en los primeros cinco días de la menstruación, si ya ha pasado más tiempo se debe usar una protección adicional por una semana (53).

El momento apropiado en una mujer lactante es seis semanas postparto, se lo puede aplicar en cualquier momento en mujeres en postparto sin lactancia materna, si se lo inserta tres semanas posterior al parto se debe utilizar una protección adicional por 7 días, se lo puede insertar inmediatamente después de un aborto, si existe cambio de método anticonceptivo se lo puede insertar en cualquier momento (53).

Es muy eficaz frente al embarazo con una tasa de fallos de 0,05% (55), la tasa de fracaso al tercer año es de 0,38%. Este método se asocia a trastornos frecuente del ciclo menstrual, presentando hasta un 50% de hemorragias irregulares o prolongadas y en un 20% mujeres con amenorrea, por el sangrado irregular el 36% de las pacientes suspenden su uso (57).

Dispositivo intrauterino (DIU): El DIU es un método de larga duración hasta 10 años según el tipo de DIU, no interfiere con la lactancia ni el coito (3), existe de dos tipos: el DIU de cobre, es un armazón pequeño compuesto de plástico rodeado por mangas o alambres de cobre, y el segundo es el DIU de levonorgestrel, el cual libera diariamente cantidades pequeñas de dicha hormona. La eficacia de ambos es superior al 99% (53).

Se debe colocar de preferencia durante la menstruación, también se lo puede colocar postparto, en el periodo de transcesarea, y postaborto (3), siempre por un profesional sanitario (44), se debe insertar en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino, la mayoría lleva atado uno o dos hilos los mismos que quedan colgando

de la vagina para facilitar su retirada en un futuro (53). El DIU puede alterar el sangrado menstrual, con la posibilidad de un sangrado irregular o amenorrea (44), se debe informar sobre su asociación con la enfermedad pélvica inflamatoria, haciendo énfasis en la doble protección (3), ya que no protege contra las infecciones de transición sexual (61).

DIU de cobre: Son los de mayor uso, como la forma de áncora, en forma de T, son de diferentes formas y tamaños, actúa principalmente impidiendo la fecundación, el cobre que se libera actúa en el moco cervical impidiendo de esta manera la capacitación espermática, además en el endometrio provoca cambios, dificultando la migración de los espermatozoides, también aumenta la contractilidad de las trompas uterinas (53).

DIU con levonorgestrel (DIU-LNG): En su vástago lleva una carga de 52 mg de levonorgestrel liberando diariamente 20 mcg de este, suprime en gran medida la cantidad de la menstruación, por lo que se indica en mujeres con menorragia. Actúa a nivel local, produciendo en el endometrio adelgazamiento y atrofia impidiendo así la implantación, espesando el moco cervical de esta manera impide el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, también disminuye la motilidad tubárica, por medio de supresión del eje hipotálamo hipófisis-ovario inhibe la ovulación (53).

Métodos Definitivos

Esterilización: La esterilización es un método definitivo e irreversible para hombres y mujeres que hayan decidido no tener más hijos.

Esterilización femenina: Es la ligadura de trompas o esterilización tubárica, ya sea que estas se cortan, queman u obstruyen las trompas de Falopio impidiendo el encuentro del espermatozoide y el óvulo y por ende evitan la fecundación. Se la puede realizar a través de laparoscopia, otra técnica quirúrgica es la electrocoagulación bipolar, otros métodos son la inserción de clips o bandas de silastic. En los últimos años se está utilizando con más frecuencia el intratubárico Essure realizando una oclusión tubárica a través de una prótesis helicoidal en cada una trompa uterinas esta técnica se realiza mediante histeroscopia transcervical (62).

Esterilización masculina: Recibe el nombre de vasectomía. Por medio de una incisión a nivel del escroto, se secciona o liga los conductos deferentes evitando la presencia de espermatozoides en el semen (62).

Es uno de los métodos permanente por lo que se debe proporcionar un adecuado asesoramiento a las personas que deseen usar esta opción (61). La vasectomía constituye entre el 5 y 10% de todos los métodos anticonceptivos usados mundialmente, no es un procedimiento complicado, de poca o nula morbilidad, sin efectos no deseados como con los anticonceptivos orales (62). De manera general y por tradición la salud reproductiva se ha encontrado a cargo de la mujer, por lo que la participación del hombre en este proceso es pobre por la falta de conocimiento de estos programas, influenciado también por creencias y actitudes negativas hacia la vasectomía, sin embargo el hombre desarrolla un rol fundamental en la toma de decisiones relacionadas con anticoncepción (62). La esterilización femenina y masculina no dan ningún tipo de protección frente a las ITS, cuando existe riesgo de aconsejar usar preservativos de manera correcta evitando así este tipo de afecciones (61).

Infecciones de Transmisión Sexual

La sociedad actualmente se enfrenta a varios desafíos en cuanto a salud sexual y reproductiva, los jóvenes necesitan conocer sobre la sexualidad, los métodos anticonceptivos que pueden utilizar y cómo prevenir las ITS de tal manera que puedan vivir una salud sexual plena y sin riesgos (44). Según estimaciones más de un millón de personas cada día contrae una infección de transmisión sexual, anualmente se infectan de alguna ITS por lo menos 357 millones de personas (63), siendo los más afectados entre los 20 y 35 años (64), el colectivo con mayor tasa de ITS son los homosexuales (65).

En España existe una tendencia creciente de las ITS desde el 2000, en cuanto a infecciones por gonococo y sífilis las tasas de infección se han cuadruplicado, actualmente existen más casos de sífilis que de infección gonocócica. El grupo más afectado por este incremento de ITS son los jóvenes entre 20 y 40 años de edad destacando la falta de información sobre el VIH y las ITS la población joven (66). En Colombia según se registran 98.423 casos de ITS al año según informes emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (63). En el Ecuador desde 1984 con el primer caso de VIH existe una tendencia ascendente progresiva. Hasta el 2016 se han reportado 56.106 casos acumulados tanto VIH/SIDA, de estos 38.721 corresponden a VIH, y 17.385 a SIDA, presentando el mayor número de casos la región Costa con 36-915 casos, seguida de la

región Sierra con 10.080 casos, y la región Amazónica con 960 casos, mientras que en la región insular existen 59 casos (67).

Infecciones de transmisión sexual más frecuentes en los jóvenes: Los jóvenes se encuentran susceptibles a todo tipo de infecciones de transmisión sexual, principalmente por el virus del herpes simple (VHS) siendo la causa más común de úlcera en los genitales, otra afección las de mayor prevalencia es virus del papiloma humano (VPH) que puede dar origen a lesiones de bajo grado y lesiones de alto grado La (68). ITS bacteriana más frecuente es la infección por *Chlamydia trachomati* cuya enfermedad provoca graves secuelas como la enfermedad inflamatoria pélvica, dolor crónico, esterilidad. Otra enfermedad frecuente es el gonococo frecuente, puede ser asintomática o presentar clínica de uretritis, cervicitis incluso salpingitis (44).

La Infección por tricomonas que por lo general es asintomática y en otras ocasiones puede ser confundida con vaginosis bacteriana (69). La enfermedad de gran impacto y con gran crecimiento en los últimos años es el virus de la inmunodeficiencia humana, que se ha convertido en un problema de salud pública siendo la sexta causa de muerte en adolescentes (44).

Virus Del Papiloma Humano (VPH): La infección por el VPH es una ITS presenta una alta incidencia en países en vías de desarrollo (70), es común para hombres como para mujeres sexualmente activos, los mismo que pueden contraer la infección en algún momento, fundamentalmente el pico de infecciones coincide con el inicio de las relaciones sexuales, por lo que existe un alto riesgo de lesiones pre cancerígenas y desarrollar algún tipo de cáncer principalmente, cáncer de cuello uterino (71). En los últimos años existe un incremento de la infección por el VPH, siendo los adolescentes y los adultos jóvenes la población mayormente afectada (72), y esto se encuentra relacionado con el inicio cada vez más precoz de relaciones sexuales, la frecuencia de relaciones y número de compañeros sexuales (20).

En las mujeres los serotipos más patógenos frecuentemente involucrados en lesiones pre cancerígenas son el 16 y 18, el tiempo entre el contagio y el desarrollo de cancer cervicouterino es aproximadamente 10 años o más (73), son responsables directos del 70% de este tipo de cancer, además es responsable del 41% y 67% de lesiones de alto grado, y en un 32% de lesiones de bajo grado (74). Los serotipos no oncogénicos del VPH

son el 6 y 11, estos son responsables de verrugas ano-genitales en el 92%, que son frecuentes y contagiosas (75), puede dar origen a papilomatosis respiratoria en niños por medio de transmisión perinatal (76).

El VPH es un virus ADN (75), perteneciente a la familia Papilomaviridae, afecta a las células epiteliales donde se reproduce, se ha identificado más de 100 tipos de VPH, de estos más de 20 tipos provocan afectación al ser humano, clasificados en alto riesgo, riesgo intermedio y bajo riesgo. Las principales vías de contagio del VPH son: por contacto sexual, perinatal por infección vertical, por sangre (74).

Una característica de este virus es que no se produce una respuesta inmune adecuada del huésped, esto se debe a que mediante su ciclo patógeno se adapta al ciclo de diferenciación de los queratinocitos el mismo que es hospedador para VPH, el virus penetra en las células suprabasales del epitelio cervical donde produce por transcripción los inmunógenos, lo cual no provoca una respuesta inflamatoria local, ya que no se produce citólisis celular, los anticuerpos en respuesta frente al virus son bajos (76), pero existe cierta resistencia por parte del huésped a través de factores de inmunidad celular e inmunidad innata y esto se ve ya que en las verrugas se observan infiltrados de células T así como necrosis celular, existe participación de las células presentadoras de antígenos y la estimulación de citoquinas pro inflamatorias. (74).

Para el diagnóstico del VPH en las mujeres se puede emplear el Papanicolaou que se utiliza como screening en programas de salud, en los hombres se puede utilizar la técnica de reacción de polimerasa en cadena (PCR), la presentación clínica ayuda al diagnóstico de las verrugas (74).

No existe un tratamiento específico para la infección, las distintas terapias permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se puede utilizar fármacos tópicos que actúan median citotoxicidad, como el ácido tricloroacético, se puede utilizar antimetabolitos que comprenden el 5- fluorouracilo también se puede emplear antimicóticos como podofilina-podofilotoxina. Existen otras terapias que permiten la destrucción del tejido infectado entre estas las electrocoagulación diatérmica, termocoagulación, crioterapia, Asa dérmica, vaporización con LASER de CO2, conización con bisturí e histerectomía, también se pueden utilizar el interferón-alfa, imiquimod y el ácido clicirricínico (74).

La prevención primaria de este virus se lo realiza través de educación continua a la población y por medio de inmunización en contra de las principales variantes oncogénicas, la vacuna puede ser tetravalente (Gardasil), esta previene principalmente los serotipos 6, 11, 16 y 18 del VPH, o bivalente (Cervarix), en contra de los serotipos 16 y 18 (75), se aplica entre los 9 y 12 años con 3 dosis intramusculares en un periodo de seis meses (77). El uso de métodos de barrera como es el condón previene hasta el 70% de infecciones, la prevención secundaria se encuentra enfocada a la identificación temprana de lesiones cervicales premalignas, esto se realiza a través del tamizaje citológico cervicovaginal o paptest (78), el mismo que se lo puede realizar de manera gratuita en cualquier centro de salud.

La presentación más común del HPV son los condilomas acuminados o verrugas genitales, el 90% de los condilomas son causados por los tipos 6 y 11, los tipos 16, 18, 31, 33 y 35 también pueden generar condilomas principalmente en pacientes inmunosuprimidos como en el VIH, se pueden asociar a lesiones intraepiteliales escamosas malignas de alto grado, dependiendo de la localización y el tamaño pueden dar prurito y dolor. El diagnóstico es clínico básicamente, ciertos casos ameritan biopsia cuando es una lesión atípica o no responde al tratamiento (68,76).

Gonorrea: La gonorrea enfermedad bacteriana causada por la *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo Gram negativo, en el hombre provoca uretritis y en la mujer cervicitis generalmente, también se puede presentar a nivel rectal, conjuntival y faríngea. El periodo de incubación es de tres a cinco días, en los casos asintomáticos el periodo de transmisibilidad puede durar años este periodo se puede interrumpir en pocas horas si se instaura tratamiento adecuado (69).

En el hombre la clínica presenta descarga uretral purulenta, disuria, polaquiuria, eritema del meato, sin un tratamiento adecuado puede complicarse generando una epididimitis, orquitis, estenosis uretral, prostatitis aguda o crónica. En las mujeres el 20 a 50% no presentan sintomatología, cuando se manifiesta clínica se presenta disuria, descarga vaginal proveniente del cuello uterino. En un 20% de casos puede existir invasión uterina post infección, en este caso dará síntomas de endometritis, salpingitis incluso peritonitis pélvica. Las complicaciones que presenta generalmente son absceso de glándulas de Bartholino, perihepatitis gonocócica, enfermedad inflamatoria pelviana, infertilidad (69).

Uretritis: Es la inflamación de la uretra causada por agentes infecciosos como no infecciosos los agentes principalmente asociados son la *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, los patógenos menos frecuentes son el *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, *Haemophilus influenzae* y *parainfluenzae*, cierto virus como el del herpes simple, el de Epstein-Barr y algunos adenovirus. Puede presentar sintomatología como disuria, secreción purulenta o mucopurulenta y purito uretral existen casos asintomáticos. Para el diagnóstico se necesita la recolección de la muestra y estudio microbiológico de Gram y cultivo para determinar el agente causal y resistencia (79). Los pacientes diagnosticados de uretritis deben iniciar tratamiento sin esperar los resultados de los test que demuestren la etiología, además deben someterse a un despistaje de otras enfermedades de transmisión sexual (80).

El tratamiento de la uretritis no gonocócica consiste 1gr VO de azitromicina o doxicilina 100 mg, dos cada 12horas por siete días. Para el tratamiento de uretritis gonocócica se debe usar ceftriaxona 500 mg IM y azitromicina dos g en dosis oral única. Cuando existe antecedentes de anafilaxia a la penicilina se puede usar espectinomicina 2 gr IM dosis única combinada con azitromicina dos gr VO en dosis única. Una alternativa a la espectinomicina es la gentamicina 240 mg por IM combinada con azitromicina dos g VO, en dos o tres semanas se debe hacer un seguimiento para ver la adherencia al tratamiento y la resolución del cuadro, además los contactos sexuales en la uretritis infecciosa deben ser tratados (79).

En varios casos el diagnóstico de uretritis y cervicitis asintomática en mujeres se realiza en un examen ginecológico de rutina principalmente causado por *gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, cuando se manifiesta sintomatología es con aumento en el flujo vaginal, sangrado intermenstrual, dispareunia o con las relaciones sexuales o dolor abdominal bajo, cuando progresa puede generar enfermedad inflamatoria pélvica manifestándose con dolor abdominal, fiebre y aumento de flujo vaginal. Al examen físico se halla un cérvix friable con exudado purulento, las secuelas que puede provocar son infertilidad de causa tubárica, embarazos ectópicos o dolor abdominal crónico (79).

Cervicitis: Es una infección provocada principalmente por *Chlamydia trachomatis*, gonococo y en menor frecuencia por *Trichomona* o virus del herpes simple (68), afectando en su mayoría a menores de 25 años (68), La clínica se presenta con flujo

mucopurulento cervical y vaginal, friabilidad cervical, cérvix en fresa, otros síntomas asociados son: dispareunia y disuria, la infección por *Chlamydia trachomatis* en un 70% es asintomática (68). El flujo vaginal referido por la paciente y encontrado en el examen físico es el signo de mayor sensibilidad para el diagnóstico sindrómico con un 49,7 de sensibilidad y 78,3% de especificidad (68).

El manejo terapéutico se realizará con azitromicina un gramo vía oral, dosis única, más ceftriaxona 500 mg IM, dosis única. Cuando la infección se ha confirmado con *Chlamydia trachomatis* se usará azitromicina un gramo vía oral, dosis única como primera opción, doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por siete días como segunda opción cuando exista contraindicación a la azitromicina (68).

Para el tratamiento de la cervicitis por *Neisseria gonorrhoeae* se utilizará como ceftriaxona 500 mg IM, dosis única como primera opción, cefixime 400 mg vía oral, dosis única como segunda opción, y como tercera opción espectinomicina dos gramos IM cuando existe sensibilidad a las penicilinas. Como secuelas de la infección no tratada se pueden presentar complicaciones como enfermedad pélvica inflamatoria, causa infertilidad tubárica, embarazos ectópicos y dolor pélvico crónico (68).

Sífilis: Es una enfermedad de transición sexual de carácter crónico causada por *Treponema pallidum* subsp. *Pallidum*, se suele transmitir a través del contacto sexual con una lesión de la mucosa o la piel abrasionada, también por vía transplacentaria. En el punto de la inoculación tiene preferencia la multiplicación bacteriana dando origen a una úlcera genital tras un periodo de incubación de nueve a 90 días (81).

En el punto de inoculación del treponema aparece la primera manifestación clínica el chancro primario como erosión que posteriormente se ulcera, es única, indolora, bien definida, base indurada con la presencia de exudado seroso en la superficie, se encuentra asociada la adenopatía regional no dolorosa sea única o múltiple, sin tratamiento desaparece entre tres a ocho semanas. En el hombre se localiza principalmente en el surco balanoprepucial, el glande y el cuerpo del pene, en la mujer se localiza en la vulva, paredes vaginales o cuello uterino, en algunos casos se puede presentar en el ano, labios y mucosa oral (69), el 33% de los pacientes que no reciben tratamiento desarrollan un secundarismo luético coincidiendo con la diseminación de la bacteria a los tejidos, siendo

la manifestación más frecuente el exantema maculo papular principalmente en palmas y plantas (79).

La sífilis secundaria se puede manifestar con hepatitis, glomerulonefritis y esplenomegalia rara vez presenta sintomatología neurológica, la sífilis terciaria se puede presentar en el 10% que no recibió tratamiento con múltiples manifestaciones como las gomas sifilíticas, manifestaciones neurológicas generalmente paresia, tabes dorsalis también presenta manifestaciones cardiovasculares como insuficiencia aórtica o aneurismas aórticos, presentan periodos de latencia. Cuando las manifestaciones se dan antes del año se denomina sífilis precoz y cuando se manifiestan después se conoce como sífilis tardía (79). Se puede diagnosticar a través de la treponemoscopia que es visualización por campo oscuro de las lesiones húmedas y por exámenes serológicos como las pruebas no treponémicas: VDRL cuantitativa, útil para detección de casos y TPPA (aglutinación de partículas para *Treponema pallidum*) o FTA-abs (inmunofluorescencia) denominadas pruebas treponémicas que se solicitan para confirmar una VDRL reactiva (68),

El tratamiento en la sífilis precoz es 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatina IM dosis única, en la sífilis de duración indeterminada latente tardía y terciaria se usará 2.4 millones de unidades de penicilina G benzatina intramuscular cada semana por tres semanas, en la neurosífilis y sífilis ocular usaremos penicilina acuosa cristalina, de 18 a 24 millones de unidades intravenosas por día se administraran tres a cuatro millones de unidades cada cuatro horas, también se puede administrar en infusión continua por 14 días. Cuando no existan otras alternativas por la resistencia creciente se puede usar penicilina G procaína, doxiciclina, ceftriaxona o macrólidos. En embarazadas el único tratamiento eficaz es la penicilina G parenteral (69).

Es importante un seguimiento del paciente por un año a pacientes sin VIH y durante dos años cuando tienen VIH con el fin de detectar recaídas, reinfecciones, determinar la respuesta al tratamiento, siendo buena cuando existe reducción de dos diluciones del título de reagínicas a los seis meses de tratamiento. En todos los pacientes que han sido diagnosticados de sífilis se debe descartar otras ITS principalmente VIH ya que el 30% de los pacientes infectados presentan también VIH (79)

Linfogranuloma Venereo: Es una enfermedad de transmisión sexual típicamente en países tropicales y subtropicales causada por la *Chlamydia trachomatis*, y sus serovariedades L1, L2, L2a, L2b, L3 (69), distintos a los que provocan uretritis y cervicitis o tracoma (69). Clásicamente se manifiesta con la presencia de una úlcera genital fugaz, seguida de aparición de adenopatías inguinales y femorales las cuales se pueden fistular. La localización más frecuente es el área rectal, seguido de faringe y uretra. Sin tratamiento se puede complicar con cicatrices, fístulas y linfedema genitocrural. En algunos casos no presentan sintomatología estos pacientes contribuyen a diseminar la infección (69). El diagnóstico se realiza con las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos, una vez establecido el diagnóstico se tratará con doxiclina 100 mg cada 12 horas por 21 días, como segunda opción se ha propuesto el uso de eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 21 días, ciertos autores favorecen el uso de azitromicina 1 gr vía oral cada semana por tres semanas (79).

Herpes Genital: El herpes genital es causada por el virus del herpes 1 y 2 (82), es una infección crónica, constituye un problema mundial, aproximadamente 400 millones de personas se encuentran infectadas de esta enfermedad, y cada año se infectan 20 millones más, se presenta principalmente en adolescentes, siendo este grupo de mayor susceptibilidad. La principal vía de transmisión es sexual por contacto directo con superficies genitales, piel vesículas, o exudados de pacientes infectados que incluso se encuentren asintomáticos es decir se puede transmitir a partir de superficies genitales de aspecto normal (68).

La infección primaria generalmente es asintomática con periodos de latencia y posteriores reactivaciones, en la primoinfección se transmite por contacto directo de piel y mucosas, penetrando el virus a través de microabrasiones o soluciones de continuidad en la piel o las mucosas, tiene un periodo de incubación de dos a 20 días, en promedio siete días. Cuando se presenta sintomatología es con un periodo prodrómico con prurito y ardor, se asocia a una placa eritematosa que posteriormente aparecen vesículas de uno a tres mm, se puede presentar fiebre, linfadenopatía regional, decaimiento, disuria. En el hombre las vesículas se localizan a nivel del glande, prepucio o cuerpo del pene, y en la mujer en la vulva o cuello uterino, la ruptura de las vesículas provoca erupciones superficiales dolorosas, la resolución de esta lesiones es de 10 a 14 días (69).

En más del 80% se presenta recurrencia, con una clínica más atenuada, en algunos casos no presentan síntomas, pero pueden transmitir la enfermedad. El estrés físico y emocional, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, relaciones sexuales, inicio del ciclo menstrual y fiebre mantenida pueden ser desencadenantes de las recurrencias (68). Cuando se presentan más de 6 episodios de herpes genital al año se denomina recidivante, casos donde se aplica la terapia de supresión. El diagnóstico es clínico se pueden realizar exámenes de apoyo como Test de Tzanck esta prueba identifica el efecto citopatogénico del virus, visualizándose en el líquido de las vesículas células gigantes multinucleadas, la especificidad es baja. El examen de serología con la identificación de los anticuerpos IgG e IgM. El PCR en lesiones activas y exámenes como inmunofluorescencia directa, cultivo viral (69).

El tratamiento en la primoinfección se realizar con Aciclovir 400 mg. Vía oral cada 8 horas por siete días o usando Valaciclovir un gramo. oral cada 12 horas por siete días. En los casos de recurrencia prescribir Aciclovir 400 mg. Vía oral cada ocho horas por cinco días o Valaciclovir 500 mg. oral cada 12 horas por cinco días. En el Herpes recidivante como se indicó anteriormente está indicada la terapia de supresión, si durante la terapia existen recurrencias, se suspenderá la terapia temporalmente, se prescribirá Aciclovir 400 mg. oral cada 12 horas por ocho meses o Valaciclovir 500 mg. oral cada 24 horas por ocho meses después se retomará la terapia de supresión (69).

Tricomoniasis: La tricomoniasis es una infección de transmisión sexual causada por el protozoo flagelado *Trichomonas vaginalis* (69), existen aproximadamente 180 millones de infectados nuevos al año, se presenta principalmente en mujeres de edad fértil, se estima que entre el 10% al 30% presentan la infección (69). Este parásito se transmite durante relaciones sexuales, es raro la transmisión no sexual (68). Para que se produzca la infección por *T. vaginalis* el pH alcalino es ideal, durante el acto sexual la mujer secreta fluidos aumentando el pH vaginal que normalmente es ácido de dos a 4,8 además el semen que es alcalino facilita la transmisión del parásito. En algunos estudios de métodos anticonceptivos como el anillo vaginal, se observa que al aumentar la cantidad de *Lactobacillus acidophilus* protege contra la infección contra este protozoo (69).

Cuando toma contacto con la mucosa vaginal aumenta el pH esto libera sustancias que provocan grietas e inflamación en el epitelio (69). La patogenidad puede ser dependiente

del contacto cuando existe unión del parásito y la célula epitelial, también puede ser independiente del contacto cuando interviene el factor de desprendimiento celular (CDF), desechos de este parásito y en la vagina la merma de la concentración de estradiol, cuando el CDF interactúa con la célula del epitelio introduciendo su desprendimiento, en la menstruación aumenta la concentración de CDF dando origen a la sintomatología (83). La infección por este parásito se asocia a un mayor riesgo de adquirir una infección por VIH, siendo también un factor de riesgo para parto prematuro (69). La infección por *Trichomona vaginalis* en la mujer puede comprometer la vagina, el cuello uterino y la uretra, en el hombre la próstata y uretra (68).

En las mujeres con la infección del 10 al 50% no presenta sintomatología, cuando la infección es aguda presenta manifestaciones clínicas como leucorrea, descarga vaginal mucopurulenta amarillo verdosa con mal olor, sangrado ocasional anormal o postcoital, descarga vaginal de color café y prurito, otros síntomas que sugieren la infección el eritema vulvar y leucocitosis vaginal, menos del dos por ciento de infecciones presentan cuello de fresa. Cuando la infección es crónica se presentan síntomas moderados acompañados de prurito y dispareunia (68). En los hombres la mayoría son asintomáticos, cuando presenta clínica es con uretritis leve y transitoria con escasa secreción uretral principalmente en la mañana con irritación uretral y balanitis (69). El diagnóstico se puede realizar por microscopia al fresco (wet mount) siendo este método de mayor utilización, con especificidad del 100%, pero baja sensibilidad 30-80%. El cultivo tiene una sensibilidad del 84% al 98% y una especificidad de 100%. La PCR es la técnica de mayor uso sensibilidad del 84% y una especificidad de 94%. El tratamiento se lo realiza mediante combinación de terapia oral y local el primer esquema con Metronidazol dos gramos. Vía oral dosis única y Metronidazol 500 mg, más un óvulo vaginal cada noche por siete noches, el segundo esquema consiste en tinidazol dos gramos. Vía oral dosis única (69).

VIH-SIDA: La infección por VIH o virus de la inmunodeficiencia humana crónica, su atención involucra aspectos clínicos, sociales, económicos, para lograr su control se requiere de acciones tanto de gobiernos y autoridades de salud. Cuando se adquiere la infección por VIH el virus destruye principalmente a los linfocitos CD4, inicialmente no presenta sintomatología, pero cuando existe un grave deterioro del sistema inmunológico se presenta sintomatología con enfermedades como candidiasis oral, neumonías,

tuberculosis, diarreas, etc. (84). El estadio final de la infección por VIH es el SIDA, mientras más elevada es la replicación viral aparecerán más enfermedades oportunistas y algunos tipos de tumores (68).

Actualmente el VIH es un problema mundial, en el 2016 la ONUSIDA afirmó que 35 millones de personas vivían con esta infección, existiendo 2.1 millones de infecciones nuevas, en América Latina en el 2013 se reportó 1.6 millones de personas que vivían con VIH, el 60% hombres encontrándose principalmente en países como México, Brasil, Colombia, Argentina y Venezuela (85). En el Ecuador durante los años 1984-2010 se confirmaron 18.739 casos de VIH, las personas que desarrollaron SIDA fueron 8.338, además se registraron 7.030 defunciones a causa de esta enfermedad. Durante el 2010 se registraron 3.966 casos nuevos confirmados de VIH. La tasa de incidencia por VIH es de 27,38 por cada 100.000 habitantes y de SIDA es de 9,09 por cada 100.000 ecuatorianos.

De las personas que presentan VIH el 83.15% se encuentran entre las edades de 15 a 54 años, mientras que las personas que ya han desarrollado SIDA el 82,86% se encuentran entre las edades 20 a 49 años. Los casos confirmados deben ser reportados obligatoriamente por laboratorios y las unidades de salud pertenecientes al MSP y a la red de salud pública (86).

Patogenia: Una vez que existe la infección por VIH, las células más afectadas son los linfocitos T CD4+ colaboradores, también afecta otras células como las células dendríticas, monocitos y los macrófagos, esta infección gradualmente disminuye el conteo de linfocitos TCD4 provocando un estado grave de inmunosupresión, por la replicación viral dentro de ellos, de tal manera que los microorganismos que habitualmente no provocan infecciones dan origen a enfermedades oportunistas siendo estas las principales causas de mortalidad en las personas infectadas si no reciben terapia antirretroviral altamente activa (TARAA), a través del tratamiento se evita que la persona llegue a la etapa terminal que es el SIDA(87). Desde que el virus entra en el organismo la inmunidad celular trata de deshacerse de este, montando una respuesta inmune parecida a la que se activa cuando existe infección por otras enfermedades, pero el VIH sigue agotando las reservas inmunes del cuerpo, después de varios años la persona muere por SIDA, o por alguna complicación de las enfermedades oportunistas, similar al estado de las personas que padecen enfermedades proinflamatorias crónicas (87).

Vías de transmisión

Vía sexual: Se produce por relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal u oral) sin protección, una vez adquirida la infección por VIH puede transmitirlo a otras personas así no presente ninguna sintomatología, puede que no se detecte carga viral en sangre pero el virus puede estar presente en los fluidos genitales (84). El riesgo aumenta si existe al mismo tiempo alguna infección de transmisión sexual (87).

Uso de sangre y hemoderivados contaminados: La transmisión se puede producir por intercambiar agujas, jeringuillas, al compartir cuchillas de afeitar cepillos de dientes o juguetes sexuales que han estado en contacto con sangre de personas con VIH, el uso de instrumentos para perforar la piel como agujas de acupuntura, tatuajes, perforación de orejas (piercing) que no se han esterilizado adecuadamente (84). Actualmente existe un control estricto de los hemoderivados pero no se elimina por completo la posibilidad de infectarse ya que existe un periodo de ventana durante los primeros meses de la enfermedad donde las pruebas de serología resultan negativas por ausencia de anticuerpos (88).

Trasmisión de la madre al feto o trasmisión vertical: Se puede transmitir durante 3 momentos, transplacentaria, durante el trabajo de parto y por la lactancia materna. El riesgo de este tipo de infección varia de 15 a 45%, con tratamiento adecuado este riesgo disminuye al 1% con el uso combinado de 3 drogas zidovudina, nevirapina y lamivudina para mayor protección se recomienda lopinavir-ritonavir (Kaletra) desde las 14 semanas de embarazo, realizar cesárea electiva, administrar zidovudina IV antes del parto. Administrar zidovudina al lactante por 6 semanas prohibir la lactancia materna (87).

Manifestaciones clínicas

I. Fase de infección aguda retroviral: Se caracteriza por el ingreso del virus al paciente, en la mayoría de casos puede ser asintomática o presentar clínica general como fiebre, linfadenopatías, faringitis, artralgias, mialgias, pérdida de peso, sintomatología dermatológica como urticaria difusa, erupción eritematosa maculopapular y alopecia, síntomas gastrointestinales como nauseas, vómito, ulceraciones mucocutáneas, diarrea, síntomas neurológicos, dolor retro orbitario, meningoencefalitis, cefalea, radiculitis, neuropatía periférica y síndrome de Guillain-Barré. Este periodo dura aproximadamente

6 a 8 semanas requiriendo tratamiento sintomático, la serología es negativa aunque existen antígenos virales positivos (84).

II. Fase asintomática de la infección por VIH u oportunistas menores: Esta fase se menciona del portador asintomático, que puede ser de 1 a 8 años que con tratamiento adecuado se prolonga cada vez más. Puede presentar síntomas como un síndrome adénico más de tres meses de evolución. Se denomina linfadenopatía generalizada persistente puede haber esplenomegalia, el diagnóstico es por serología (87).

III. Fase sintomática de la infección por VIH u oportunistas menores: Esta fase sintomática es un periodo intermedio entre la fase asintomática y el SIDA. Aparecen los síntomas primeros de la enfermedad relacionados con la inmunodeficiencia, pueden presentar clínica general malestar general como astenia persistente, pérdida de peso que puede llegar a 10%, síndrome febril prolongado, acompañado de sudoración nocturna; clínica hematológicas con anemia, trombocitopenia, puede hacer síndrome purpúrico; clínica de linfadenopatía pueden disminuir los ganglios linfáticos; síntomas respiratorios como tos seca, síntomas digestivos como diarrea persistente; clínica dermatológica con dermatitis seborreica, candidiasis bucal, herpes simple recidivante anal o genital, herpes zóster también verrugas genitales, los síntomas neurológicos incluyen polineuropatía, meningitis aséptica, síndrome ansioso depresivo (84).

IV. Fase sida u oportunistas mayores: Es la fase final de la infección caracterizada por aparición de infecciones oportunistas como, tuberculosis pulmonar, neumonía por *Pneumocystis Jirovesi* y sinusitis repetitivas, meningitis aséptica típica, mielopatía vascular, meningoencefalitis por neurotoxoplasmosis papilomavirus, *Cryptococcus neoformans*, y ciertos tumores como sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin y linfoma primario del sistema nervioso central

Otras afecciones que se deben tomar en cuenta son: herpes zóster, multidermatoma, leucoplasia vellosa, candidiasis bucal, hiperpigmentación cutánea, dermatitis seborreica, trombocitopenia asociada al VIH, tipos de nefropatías. En esta fase existe una inmunosupresión severa por la destrucción de los linfocitos CD4, con alta replicación viral, clínicamente se puede diagnosticar por las diversas infecciones oportunistas o por serología con CD4 menor de 200mm³ (87).

Diagnóstico: El diagnóstico se puede realizar a través de métodos indirectos y directos. Los métodos indirectos manifiestan anticuerpos específicos anti-VIH. Estos exámenes son ELISA o micro ELISA (enzimo inmunoanálisis) prueba de despistaje, cuando es positiva es necesario realizar la prueba confirmatoria que es el western-blot. Los métodos directos permiten el aislamiento de virus o sus componentes (proteínas y ácido nucleico) como antigenemia P24, cultivo viral y reacción en cadena de la polimerasa, para la detección específica del antígeno p24 y ARN del virus determinando la carga viral (69).

Tratamiento: No existe cura para la enfermedad, el tratamiento que se emplea mediante antirretrovirales permite que los pacientes con VIH y SIDA vivan más años, con una calidad de vida buena. El tratamiento tiene por objetivo disminuir la replicación del virus hasta límites indetectables, logrando restauración del sistema inmunológico. Se puede iniciar tratamiento antirretroviral en pacientes con conteo de linfocitos CD4 menores de 200/mm³, o cuando el conteo este entre 200–350/mm³, en mujeres embarazadas, pacientes que tengan nefropatías, coinfección con hepatitis B o C, cuando la carga viral es más de 100.000 UI, cuando existe una rápida disminución de los linfocitos CD4 más de 100 células al año, cuando el paciente tiene riesgo alto de enfermedad cardíaca, más de 50 años con conteo de linfocitos CD4 sea más de 350 y menos de 500 células (87).

El esquema de preferencia es la combinación de tres medicamentos en un comprimido, una toma diaria, en el Ecuador se dispone de los siguientes antirretrovirales Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), Abacavir (ABC), Tenofovir (TDF), Emtricitabina (FTC), Efavirenz (EFV), Nevirapina (NVP), Etravirina (ETV), Lopinavir + Ritonavir (LPV/RTV), Saquinavir

Uso De La Doble Protección Anticonceptiva

Una forma de prevenir un embarazo no planificado e ITS, es la doble protección que es el uso combinado de anticonceptivos hormonales más el preservativo, ésta es una forma de sexo más seguro para las parejas y requiere del acuerdo e involucramiento de ambos miembros de la pareja (89), La salud sexual y reproductiva involucra varios aspectos de la vida de las personas y el entorno con la sociedad (90), se reconoce no solo como una intervención clave desde el sector salud para prevención del embarazo sino también como un derecho humano (3). El objetivo es que las mujeres y los hombres disfruten de su vida sexual segura, responsable y satisfactoria, sin consecuencias (8).

2.6 Hipótesis

Los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre anticoncepción influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato

2.7 Señalamiento De Variables

Variable independiente: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre anticoncepción

Variable dependiente: Uso de la doble protección anticonceptiva

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

La investigación que se llevó a cabo tiene un enfoque mixto: cuantitativo y cualitativo, a través de ella se busca conocer como los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre anticoncepción influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva en los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato. Esta investigación tiene una perspectiva interpretativa, fundamentalmente centrada a entender el significado de las acciones de los seres humanos, de comprender situaciones particulares y únicas, busca el sentido que les dan a los hechos o experiencias los individuos o grupos sociales (91).

A través de esta investigación de tipo cualitativo se trata de descubrir la esencia para la toma de una decisión sin influencia de diversas teorías establecidas previamente, a través de ella se trata de ver la realidad humana que no ha sido documentada, es decir que no existe una teoría formal desarrollada, en este tipo de investigación se pueden realizar preguntas subjetivas, de tipo cultural, del proceso de la sociedad, del significado individual o colectivo tratando de descubrir desde la lógica interna fenómenos y realidades de diversa naturaleza (92).

Además, por medio del componente cuantitativo se pretende medir los fenómenos de una manera más precisa; por medio de técnicas estadísticas las cuales permitirán validar las hipótesis planteadas con la finalidad de generalizar los resultados obtenidos y que estos puedan ser inferidos a otras poblaciones con características similares (93).

3.2 Modalidad Básica De La Investigación

Es una investigación de campo ya que el estudio se realizó en contacto directo con el objeto de estudio, en nuestro caso los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato con datos reales que recopilados mediante una encuesta etnográfica. Esta investigación sigue un procedimiento técnico, sistemático y analítico, sin manipular o controlar variable alguna (94).

La encuesta etnográfica toma como eje básico de análisis dimensiones culturales de la realidad humana que es sometida a investigación (95). En este sentido, el diseño

etnográfico pretende explorar, examinar y entender los sistemas sociales, con la finalidad de producir interpretaciones y significados culturales profundos desde el punto de vista de los encuestados (93). Una investigación que incluye a la modalidad etnográfica dentro de la base de su fundamentación reconoce la importancia de este componente dentro del proceso educativo, mismo que ha aportado directrices para comprender la dinámica escolar, permite explorar perspectivas, estrategias y culturas entre maestros, alumnos y el conocimiento (96).

3.3 Nivel De Investigación

Es un estudio transversal, que se realizó a los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato en un periodo determinado, a través de la recolección de información por medio de encuestas previamente desarrolladas en un solo momento. Un estudio transversal es este estudio se examina la presencia o la ausencia de una enfermedad en particular u otro resultado de interés de la investigación en relación con una exposición, en un tiempo determinado en una población específica, de tal manera que estos estudios proveen una fotografía de una situación en particular así como de las características que se relacionan con esta (97).

3.4 Población Y Muestra

La población o universo objeto de este estudio corresponde a los estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

3.4.2 Muestra

La muestra está conformada por un subconjunto de la población, la misma debe ser representativa (98), la obtención de la muestra se realizó mediante muestreo no probabilístico intencional. En este estudio los elementos se seleccionan en base a juicios o criterios del investigador (99).

En este estudio la muestra está conformada por los estudiantes de primer semestre, sexto semestre y décimo semestre de la carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

3.5 Criterios De Inclusión

- Estudiantes de Medicina de la Universidad Técnica De Ambato
- Estudiantes de primer semestre, sexto semestre y décimo semestre de la Carrera de Medicina
- Hombres y mujeres
- Entre 18 a 30 años
- Estado civil de cualquier índole
- Consentimiento informado

3.6 Criterios De Exclusión

- Estudiantes que no desean participar en el estudio
- Estudiantes que no se encuentren en la universidad durante la recolección de datos
- Encuestas no contestadas en su totalidad

3.7 Criterio Ético

La presente investigación reconoce la importancia de cumplir las decisiones del Comité de Ética de la investigación en seres humanos, la cual se encuentra orientada en garantizar la adecuación de criterios metodológicos, éticos y jurídicos que impliquen intervenciones en Seres Humanos (100). En este sentido, la investigación reconoce el contraste metodológico donde el objeto de estudio se presenta a través de sujetos humanos; el interés está centrado en la dinámica social; donde los estudiantes de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato participan como informantes.

La investigación acoge un mecanismo formal de control y garantía para el correcto desarrollo del estudio, bajo el firme propósito de precautelar los derechos de las individuos implicados: respeto, seguridad y bienestar (100). La información que se maneja en torno a la problemática de los involucrados es confidencial y su uso se rige a fines netamente académicos; dejando de lado la falsificación de información y el uso de datos falsos (101). Esta investigación fundamenta su criterio ético en base a los principios bioéticos universales, convenios internacionales que promueven la libertad de la investigación. En esta investigación no existe conflictos de intereses.

3.8 Descripción De Los Instrumentos Utilizados

Los instrumentos utilizados fueron planteados por el investigador del presente trabajo. El mismo se encuentra expuesto en el Anexo 2.

Este instrumento evalúa por medio de preguntas el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas de los participantes del presente proyecto; el mismo se compone de cuatro bloques de preguntas (I-IV). El primer bloque (I) consta de 21 preguntas con un enfoque de verdadero / falso; el segundo bloque (II) consta de 8 preguntas con diferentes opciones de respuesta; donde solo una corresponde a la respuesta correcta; el tercer bloque (III), se encuentra compuesto por seis preguntas de opción múltiple; y por último el cuarto bloque (IV) comprenden 9 preguntas cerradas y una de opción múltiple. De esta manera, el instrumento consta con un total de 47 preguntas; de las cuales; 27 corresponden a conocimientos, 11 corresponden a actitudes y 9 a prácticas. La distribución de las preguntas para cada componente en cada uno de los bloques es la siguiente:

- Conocimientos: I.1, I.2, I.3, I.4, I.5, I.6, I.7, I.8, I.9, I.10, I.11, I.12, I.13, I.14, I.15, I.16, I.17, I.18, I.19, I.20, I.21, II.2, II.4, II.6, II.7, III.1, III.3.
- Actitudes: II.1, II.3, II.5, II.8, III.2, III.4, III.5, III.6, IV.4, IV.5, IV.9.
- Prácticas: IV.1, IV.2, IV.3, IV.6, IV.7, IV.8, IV.10, IV.11, IV.12.

3.9 Operacionalización De Las Variables

Tabla 1. Operacionalización de variables – Variable Independiente

VARIABLE	COMPONENTE	ÍTEM	CATEGORÍAS	ESCALA	MEDICIÓN	
<p>Conocimiento: s Suma de hechos y principios que se adquieren y retiene a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes relacionados a la anticoncepción e infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Actitudes: Conjunto de acciones expresadas por los individuos en aspectos relacionados a la anticoncepción e infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Prácticas: Conjunto de procederes adoptados por los individuos en la práctica de la vida sexual.</p>	Datos Generales	Sexo	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa, nominal, dicotómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)	
		Edad	18-28 años	Cuantitativa, discreta	Número de casos	
		Estado Civil	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)	
		Semestre	1. Primero 2. Sexto 3. Décimo	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)	
	Conocimiento	I.1	0. Falso 1. Verdadero		Cualitativa, nominal, dicotómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
		I.2				
		I.3				
		I.4				
		I.5				
		I.6				
		I.7				
		I.8				
		I.9				
		I.10				
		I.11				
		I.12				
		I.13				
		I.14				
		I.15				
		I.16				
		I.17				
I.18						
I.19						
I.20						
	I.21					

VARIABLE	COMPONENTE	ÍTEM	CATEGORÍAS	ESCALA	MEDICIÓN
VARIABLES INDEPENDIENTES: Conocimiento: s Suma de hechos y principios que se adquieren y retiene a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes relacionados a la anticoncepción e infecciones de transmisión sexual. Actitudes: Conjunto de acciones expresadas por los individuos en aspectos relacionados a la anticoncepción e infecciones de transmisión sexual. Prácticas: Conjunto de procedimientos adoptados por los individuos en la práctica de la vida sexual.	Actitudes	II.1 ¿Si usted usa preservativo ayuda a evitar?	1. Embarazo 2. ETS 3. Embarazo y ETS	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Conocimiento	II.2 ¿De acuerdo a su experiencia la información y apoyo que se brindó en el colegio referente a métodos anticonceptivos fue?	0. No he recibido información 1. Mala 2. Insuficiente 3. Buena 4. Excelente	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Actitudes	II.3 ¿Considera importante el uso del preservativo?	0. No 1. A veces 2. Si	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Conocimiento	II.4 ¿Qué tipos de preservativo conoce?	1. Masculino 2. Femenino 3. Masculino y femenino	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Actitudes	II.5 ¿Qué entiende sobre la doble protección?	1. Uso de 2 condones simultáneamente 2. Usar dos métodos de barrera 3. Usar un método hormonal más un método de barrera 4. Uso de preservativo ya que este previene tanto embarazos como ITS 5. Ninguno	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Conocimiento	II.6 ¿Usted cree que la doble protección previene?	0. Ninguna 1. ITS 2. Embarazo 3. Embarazo e ITS	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
		II.7. ¿Cómo autoevaluarías tus conocimientos sobre educación sexual?	0. Malo 1. Regular 2. Bueno 3. Excelente	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Actitudes	II.8 8. ¿Cómo individuo eres capaz de comunicarte con otras personas sobre educación sexual?	0. No 1. Si	Cualitativa, nominal, dicotómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Conocimiento	III.1 ¿En qué lugar escuchó hablar sobre el método de la doble protección?	1. En el colegio 2. En la universidad 3. En el internet, televisión, radio. 4. Me contaron mis amigos 5. Desconozco sobre el tema	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)

VARIABLE	COMPONENTE	ÍTEM	CATEGORÍAS	ESCALA	MEDICIÓN
VARIABLES INDEPENDIENTES: Conocimiento: Nivel de conocimiento sobre anticoncepción e infecciones de transmisión sexual. Actitudes: Conjunto de acciones expresadas por los individuos en aspectos relacionados a la anticoncepción e infecciones de transmisión sexual. Prácticas: Conjunto de procedimientos adoptados por los individuos en la práctica de la vida sexual.	Actitudes	III.2	1. Tener conocimiento sobre las infecciones 2. No tener relaciones sexuales 3. Fidelidad a su pareja 4. Escoger bien la pareja 5. Usar condón en todas las relaciones sexuales 6. Tener relaciones sin penetración 7. Usar la doble protección anticonceptiva	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Conocimiento	III.3	1. Televisión 2. Radiodifusión 3. Internet 4. Colegio 5. Conversaciones en el hogar 6. Conversaciones con los amigos 7. Libros /revistas 8. Personal de salud	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Actitudes	III.4	1. Por pena 2. Por costo 3. Difícil acceso 4. No le interesa 5. Otro	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Actitudes	III.5	1. Precio 2. Estoy embarazada 3. Mi pareja no quiere 4. Dificultad de acceso a los métodos 5. Temor a efectos secundarios 6. Deseo de tener hijos 7. No tengo relaciones sexuales 8. Todos me sientan mal 9. Me prohíben mis creencias 10. Ninguna	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Actitudes	III.6	1. No siempre se tiene a la mano 2. Es engorroso, incómodo, complicado de usar 3. Crea dudas en el otro acerca de tu estado de salud 4. Se rompe fácilmente 5. Rompe con el romanticismo de la situación 6. Se corta la relación al decir "hay que ponerlo" 7. Disminuye el placer 8. Me siento incómodo/culpable de andar con ellos 9. Me da vergüenza comprarlo 10. Los hombres que los tienen dan la sensación de querer llegar a la relación sexual siempre 11. El hombre es menos "macho" si usa condón	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)

VARIABLE	COMPONENTE	ÍTEM	CATEGORÍAS	ESCALA	MEDICIÓN
VARIABLES INDEPENDIENTES: Conocimiento: Nivel de conocimiento sobre anticoncepción e infecciones de transmisión sexual. Actitudes: Conjunto de acciones expresadas por los individuos en aspectos relacionados a la anticoncepción e infecciones de transmisión sexual. Prácticas: Conjunto de procedimientos adoptados por los individuos en la práctica de la vida sexual.	Prácticas	IV.1	1. 16-17 2. 18-21 3. 22-25 4. 25 o más	Cuantitativa continua	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
		IV.2	0. No 1. Si	Cualitativa, nominal, dicotómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
		IV.3	0. Si 1. No	Cualitativa, nominal, dicotómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Actitudes	IV.4	1. Yo tengo que cuidarme 2. Él tiene que cuidarse 3. Ella tiene que cuidarse 4. Tenemos que cuidarnos	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
		IV.5	1. Si 2. No	Cualitativa, nominal, dicotómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Prácticas	IV.6	1. Una 2. 2-3 3. 4 a más	Cuantitativa continua	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
		IV.7	0. No 1. Si	Cualitativa, nominal, dicotómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
		IV.8	0. Nunca 1. Pocas veces 2. Siempre	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Actitudes	IV.9	1. Por propia iniciativa 2. Por iniciativa de su compañero 3. Temor a quedar embarazada 4. Temor de contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
	Prácticas }	IV.10	0. Nunca 1. Algunas veces 2. Siempre	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)
		IV.11	A. Inyección 1. Condón 2. Coito interrumpido 3. Moco cervical 4. Anticonceptivos orales 5. Dispositivo intrauterino 6. Píldora del día después 7. Calendario 8. Temperatura basal 9. Implante intradérmico 10. Ninguno	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F) Porcentaje (P)

Tabla 2. Operacionalización de variables – Variable Dependiente

VARIABLE	COMPONENTE	ÍTEM	CATEGORÍAS	ESCALA	MEDICIÓN
<p>Variable Dependiente:</p> <p>Uso de la doble protección anticonceptiva: Procedimiento que consiste en usar un método hormonal más un método de barrera con el objetivo de prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual durante el acto sexual.</p>	Prácticas	¿Ha puesto en práctica el método de la doble protección?	0. Nunca 1. Pocas veces 2. Siempre	Cualitativa, nominal, politómica	Frecuencia (F), porcentaje (P)

3.10 Plan De Recolección De Información

La recolección de la información se puede realizar mediante la aplicación de diversos instrumentos como observación, entrevista, encuesta, test, cuestionarios entre otros (92), en éste estudio se utilizó una encuesta estructurada referente al tema de investigación. Se siguió un plan específico que muestra el procedimiento para la recolección de datos, se incluye en este apartado ubicación de la fuente de la información, el lugar donde se realizó la investigación, el consentimiento informado, así también la manera de cómo se abordó El proceso que siguió en esta investigación es el siguiente:

1. Autorización previa del Comité de Bioética de la Universidad Técnica de Ambato
2. Autorización previa del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
3. Consentimiento informado de los participantes
4. Aplicación del cuestionario

3.11 Plan De Procesamiento De La Información

Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información recogida, se creó una base de datos a partir de esta se realizó todos los cálculos estadísticos considerando las variables de la investigación. Esta base de datos se manejó en Excel 2016, para poder depurar la información disponible. Luego, se cargó esta base de datos a SPSS v. 22, en donde se obtuvieron los resultados.

Análisis de Datos.

Una vez que se han recolectado los datos, se realizó actividades previas al análisis de los datos, se examinó cada cuestionario, con el fin de descubrir incongruencias, errores u omisiones, se revisó la información disponible, en base a la calidad y confianza, seleccionando las que se incluirán en la investigación. En la presente investigación se realizó el análisis de los datos de la siguiente manera:

1. Se procedió a revisar las encuestas que se aplicó a los estudiantes de la carrera de Medicina tomando en cuenta que las preguntas estén llenas en su totalidad, descartando aquellas que se encuentren incompletas.
2. Se realizó un análisis descriptivo de acuerdo a las variables de la investigación.
3. Se elaboró diversas tablas con datos significativos de la investigación para una mejor interpretación y el análisis de los mismos.

4. En el manejo de información se realizó el reajuste de cuadros con casillas vacías o datos que no influyeron significativamente en el análisis.

3.12 Técnicas Estadísticas

Las técnicas estadísticas utilizadas para el procesamiento de la información constituyen dos partes: estadística descriptiva y estadística inferencial. Por un lado, la estadística descriptiva permitió cuantificar el número de casos que cumplen un determinado criterio, por medio de frecuencias y porcentajes, se ajusta a la totalidad de las variables que se maneja dado que se está trabajando únicamente con variables categóricas (92). Por otro lado, se hizo uso de la estadística inferencial, la cual ayudó a validar las hipótesis planteadas por medio de la prueba estadística de Chi-Cuadrado, cuyos resultados fueron expresados con un nivel de confianza del 95% ($\alpha=0,05$). La prueba de Chi-Cuadrado ayuda a validar la hipótesis nula: **H₀**: Las variables son independientes; frente a la alternativa: **H_a**: Las variables no son independientes, existe asociación (102). Esto permitió establecer de una manera acertada la validez de la hipótesis planteada en el presente trabajo:

H₀: Los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre anticoncepción no influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

a. Análisis De Los Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas anticonceptivas y su influencia en el uso de la doble protección anticonceptiva como método de prevención del embarazo e ITS en estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato. Para ello, se cuenta con un total de 230 participantes (Tabla 3); 79 (34%) de primer semestre; 80 (35%) de sexto semestre y 71 (31%) de décimo semestre.

Tabla 3. Distribución de los participantes del estudio por semestre

Semestre	Frecuencia	Porcentaje
Primero	79	34,3%
Sexto	80	34,8%
Décimo	71	30,9%
Total	230	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

Se ha precisado en agrupar a los participantes por semestres con la finalidad de observar cómo evoluciona el comportamiento de las variables de interés en función del tiempo que llevan los estudiantes en la carrera.

i. Datos Generales Del Participante

Tabla 4. Datos generales de los participantes de primer semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

Información	Frecuencia	%	
Edad	18	16	20,3
	19	54	68,4
	20	6	7,6
	21	3	3,8
Sexo	Masculino	21	26,6
	Femenino	58	73,4
Estado Civil	Soltero	74	93,7
	Casado	5	6,3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

El primer punto por describir es la información general de los estudiantes, referente a edad, sexo, estado civil. En este sentido, en la Tabla 4 es posible observar que, los 79

estudiantes de primer semestre tienen edades entre 18 y 21 años; con una mayor proporción de estudiantes (68%) de 19 años seguido de los estudiantes del 20% de estudiantes con 18 años. Además, se tiene una mayor cantidad de participantes de sexo femenino (73%), y la mayor parte de los estudiantes son solteros (94%).

Tabla 5. Datos generales de los participantes de sexto semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

Información		Frecuencia	Porcentaje
Edad	21	49	61,3%
	22	27	33,8%
	25	1	1,3%
	28	3	3,8%
Sexo	Masculino	38	47,5%
	Femenino	42	52,5%
	Soltero	73	91,3%
Estado Civil	Casado	6	7,5%
	Unión libre	1	1,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

A partir de los resultados de la Tabla 5, de los 80 estudiantes de sexto semestre tienen edades entre 21 y 28 años; los estudiantes con 21 años comprenden el 61%, seguido del 34% de estudiantes con 22 años. También, se tiene una cantidad ligeramente mayor de participantes de sexo femenino (53%); y también, la mayor parte son solteros (91%).

Tabla 6. Datos generales de los participantes de décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

Información		Frecuencia	Porcentaje
Edad	22	9	12,7%
	23	48	67,6%
	25	7	9,9%
	26	4	5,6%
	27	1	1,4%
	28	2	2,8%
Sexo	Masculino	26	36,6%
	Femenino	45	63,4%
	Soltero	63	88,7%
Estado Civil	Casado	6	8,5%
	Unión libre	2	2,8%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

En los resultados de la Tabla 6, de los 71 estudiantes de décimo semestre tienen edades entre 22 y 28 años; los estudiantes con 23 años comprenden el 68%, seguido del 10% de estudiantes de 25 años. Asimismo, se tiene una cantidad mayor de participantes de sexo

femenino (63%); y también, la mayor parte son solteros (89%), y aparece un 9% de estudiantes con estado civil casado.

ii. Conocimientos

El nivel de conocimientos de los participantes del estudio como se ha descrito en la metodología (operacionalización de variables y análisis de datos), se mide por medio de 27 preguntas; las cuales se enfocan en estimar cuánto conocen los estudiantes con relación a las prácticas anticonceptivas. En la siguiente sección se calificará a cada participante para determinar su nivel de conocimiento, categorizándolo en “Alto”, “Medio” y “Bajo”, tomando en consideración las preguntas que se han contestado correctamente.

Primero, se realiza una descripción expedita de los resultados correctos en cada una de estas preguntas. En este sentido, en el primer grupo de preguntas (Figura 1), las cuales se tratan de verdadero o falso, el porcentaje de participantes que contestan correctamente es relativamente alto. En todas las preguntas en porcentaje de respuestas correctas es mayor al 50% en todos los semestres; estos porcentajes llegan hasta el 100%; es ciertas preguntas, en el caso del décimo semestre. Además, se puede ver que 13 preguntas (I.1, I.2, I.3, I.7, I.8, I.9, I.13, I.16, I.17, I.18, I.19, I.20, I.21) fueron correctamente contestadas en mayor proporción por estudiantes de décimo semestre, seguidas de estudiantes de sexto y luego los de primer semestre. Por otro lado, 6 preguntas (I.4, I.5, I.6, I.11, I.12, I.14) se contestan correctamente, mayoritariamente por participantes de décimo semestre, seguido de aquellos de primer semestre y luego los de sexto semestre.

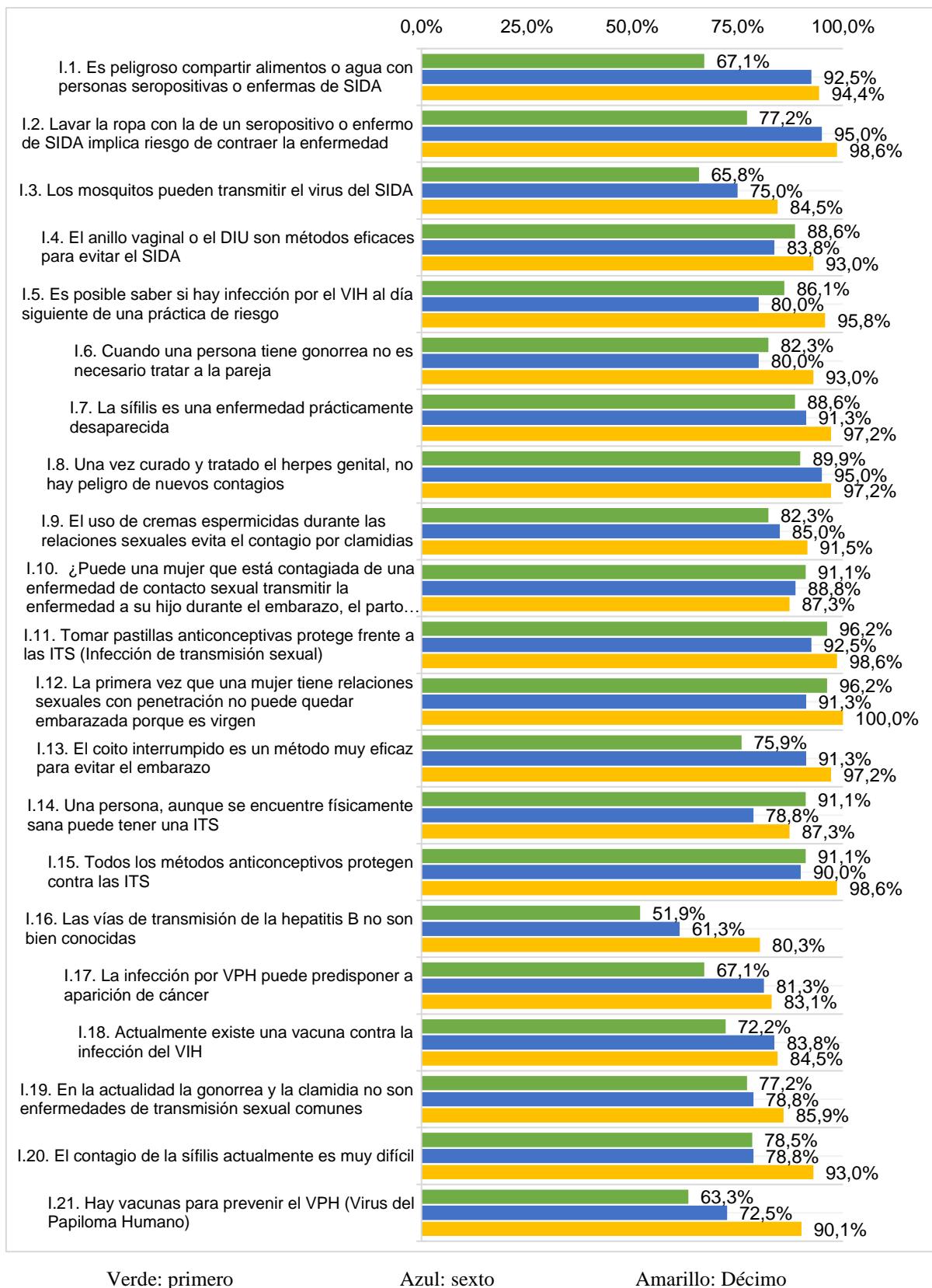


Figura 1. Conocimiento general sobre ITS en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

Finalmente, se tiene a la pregunta I.10, la cual es contestada correctamente por una mayor proporción de estudiantes de primer semestre, seguido de los estudiantes de sexto y luego los de décimo; y a la pregunta I.14, la cual se responde de manera correcta con una proporción mayor por estudiantes de primero, seguido de estudiantes de décimo, y luego los estudiantes de sexto semestre.

Ahora, se procede a describir 6 preguntas adicionales concernientes a los conocimientos adquiridos por los participantes con relación a la anticoncepción e ITS.

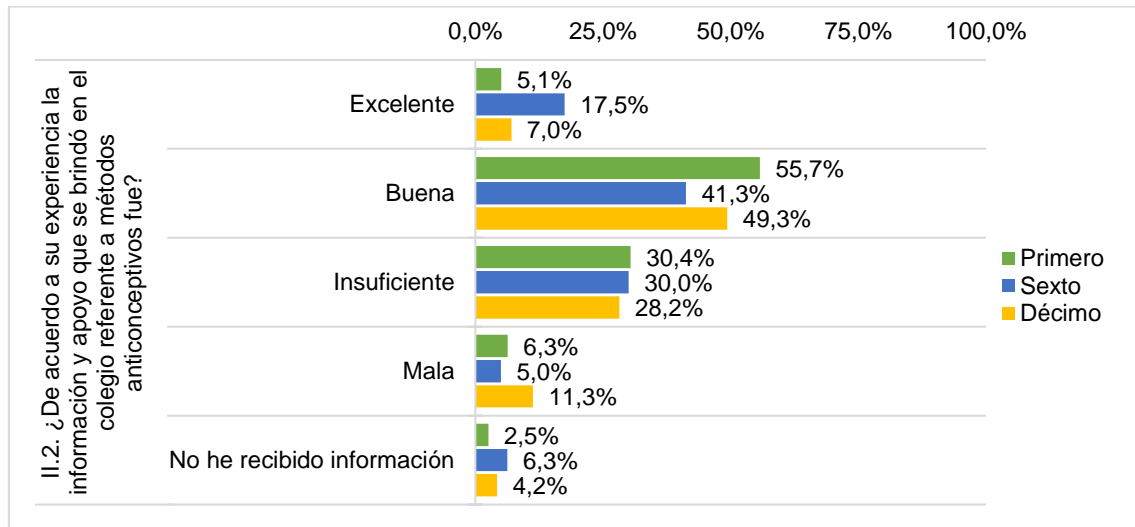


Figura 2. Conocimiento brindado por el colegio a los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

Es posible observar que, de acuerdo con la Figura 2, la mayor parte de los participantes consideran que la información y apoyo brindado por parte de los colegios en relación a los métodos anticonceptivos fue buena, seguido de las opiniones que sugieren que esta información fue insuficiente. En la calificación de buena, se encuentra en mayor proporción los estudiantes de primer semestre (56%); seguido de los estudiantes de décimo semestre con el 49%; y luego los estudiantes de sexto semestre (42%). Entre aquellos que califican como insuficiente, se encuentran el 30% de estudiantes de primer semestre, el 30% de estudiantes de sexto, y el 28% de estudiantes de décimo semestre. En general, es posible observar proporciones relativamente bajas de estudiantes de los tres semestres que consideran que la información y apoyo haya sido malo o excelente, o que no la hayan recibido.

Ahora, se describe la proporción de participantes de cada semestre que conocen preservativos masculinos o femeninos.

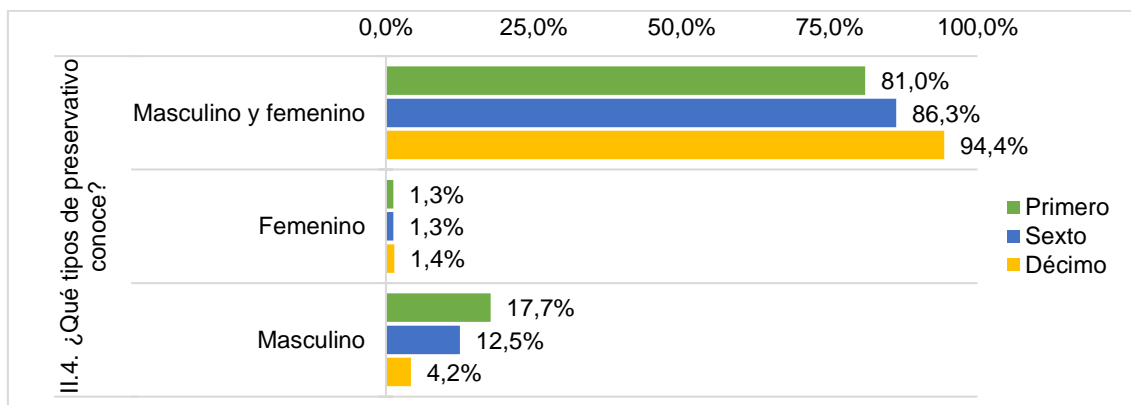


Figura 3. Tipo de preservativo conocido por los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

La Figura 3 muestra que, la mayor parte de los participantes conoce sobre el preservativo tanto femeninos como masculinos; en este caso, se puede ver una mayor proporción de los estudiantes de décimo semestre (94%) que indican conocer los dos tipos de preservativos, seguidos de los estudiantes de sexto (86%) y por último los estudiantes de primero (81%). En contraposición, se puede ver que una mayor proporción de estudiantes de primer semestre que solo conocen preservativos masculinos. Además, la proporción de participantes que solo conocen preservativos femeninos es baja (1%).

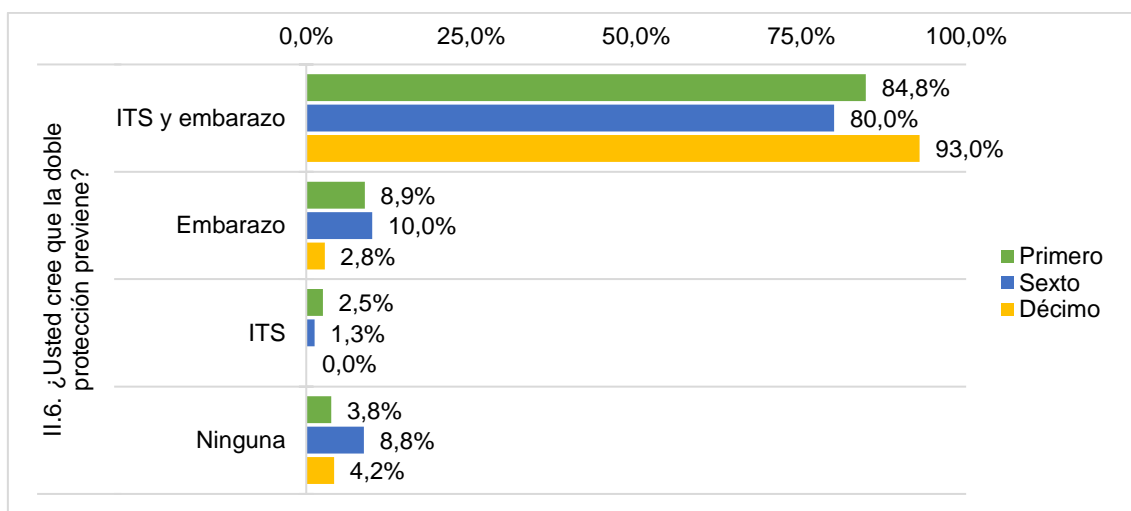


Figura 4. Criterio sobre la doble protección de los participantes de la UTA de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina

En la Figura 4, se describe también la proporción de participantes de cada semestre que conocen el uso de la doble protección como método de prevención del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual. La mayor parte de los participantes consideran que la doble protección previene tanto el embarazo como enfermedades de transmisión sexual. En este sentido, se puede ver una mayor proporción de los estudiantes de décimo

semestre (93%) que señalan a la doble protección como método para prevenir embarazos e ITS, seguidos de los estudiantes de primero (85%) y por último los estudiantes de sexto (80%).

Ahora, se describe la autoevaluación de los participantes con relación a los conocimientos que tienen sobre educación sexual.

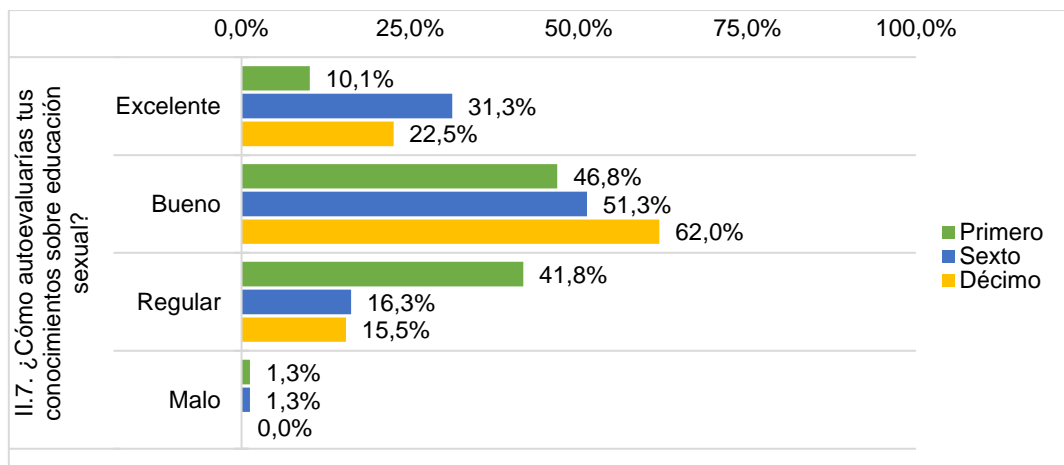


Figura 5. Autoevaluación de conocimiento sobre educación sexual en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

La Figura 5, muestra que la mayor parte de los participantes consideran que su nivel de conocimientos es bueno, excelente, regular y por último malo. En el caso de los participantes que consideran tener un nivel bueno, se puede ver una mayor proporción de los estudiantes de décimo semestre (62%), seguidos de los estudiantes de sexto (51%) y luego los estudiantes de primero (47%).

De acuerdo con la Tabla 7, la mayor parte de los estudiantes que consideran tener un nivel bueno de conocimientos, no señalan un motivo que justifique su respuesta; y entre los motivos mencionados con mayor frecuencia se encuentran aspectos relacionados a: conocimiento, capacitación, y a la carrera.

Tabla 7. Razones sobre la autoevaluación de conocimientos en los participantes de la UTA de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina

II.7. ¿Cómo autoevaluarías tus conocimientos sobre educación sexual?		Frecuencia	Porcentaje
Excelente	No menciona	25	51,0%
	Conocimiento del tema	8	16,3%
	Capacitación / Educación Sexual	3	6,1%
	Carrera	5	10,2%
	Universidad	3	6,1%
	Autoaprendizaje	2	4,1%
	Importancia del tema	1	2,0%
	Experiencia	2	4,1%
Bueno	No menciona	36	29,5%
	Conocimiento del tema	35	28,7%
	Falta de conocimiento	11	9,0%
	Capacitación / Educación Sexual	16	13,1%
	Carrera	7	5,7%
	Falta de información	3	2,5%
	Universidad	6	4,9%
	Autoaprendizaje	5	4,1%
Regular	No menciona	19	33,3%
	Falta de conocimiento	13	22,8%
	Capacitación / Educación Sexual	1	1,8%
	Falta de información	8	14,0%
	Desconoce	10	17,5%
	Autoaprendizaje	2	3,5%
	No experiencia	3	5,3%
	Religión	1	1,8%
Malo	Falta de información	1	50,0%
	Desconoce	1	50,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

Ahora, se describe los resultados relacionados a los medios en los cuales se ha escuchado hablar sobre el método de la doble protección.

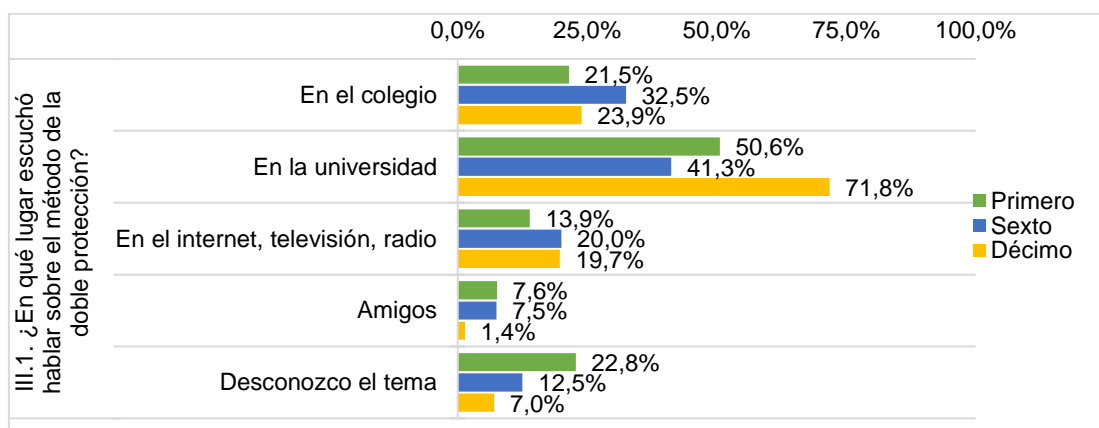


Figura 6. Camino por medio del cual los participantes de la UTA de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina conocen sobre la doble protección

En la Figura 6, se observa que la mayor parte de los participantes han escuchado hablar sobre el método de la doble protección en la universidad, colegio, internet-televisión-radio, y por último amigos. En el caso de los participantes que indican haber escuchado sobre el método de la doble protección en la universidad, se observa una mayor proporción de los estudiantes de décimo semestre (72%), seguidos de los estudiantes de primero (51%) y por último los estudiantes de sexto (41%). En el caso de quienes lo han escuchado en el colegio, se encuentra en primer lugar los estudiantes de sexto (33%), seguidos de los estudiantes de décimo (24%) y por último los estudiantes de primero (22%). En el caso de los participantes que han utilizado el internet, la televisión o radio para conocer sobre el tema, se observa una mayor proporción de los estudiantes de sexto semestre (20%), seguidos de los estudiantes de décimo (20%) y por último los estudiantes de primero (14%).

Finalmente, entre los resultados concernientes a conocimientos, se describe los medios utilizados para acceder a información sobre ITS.

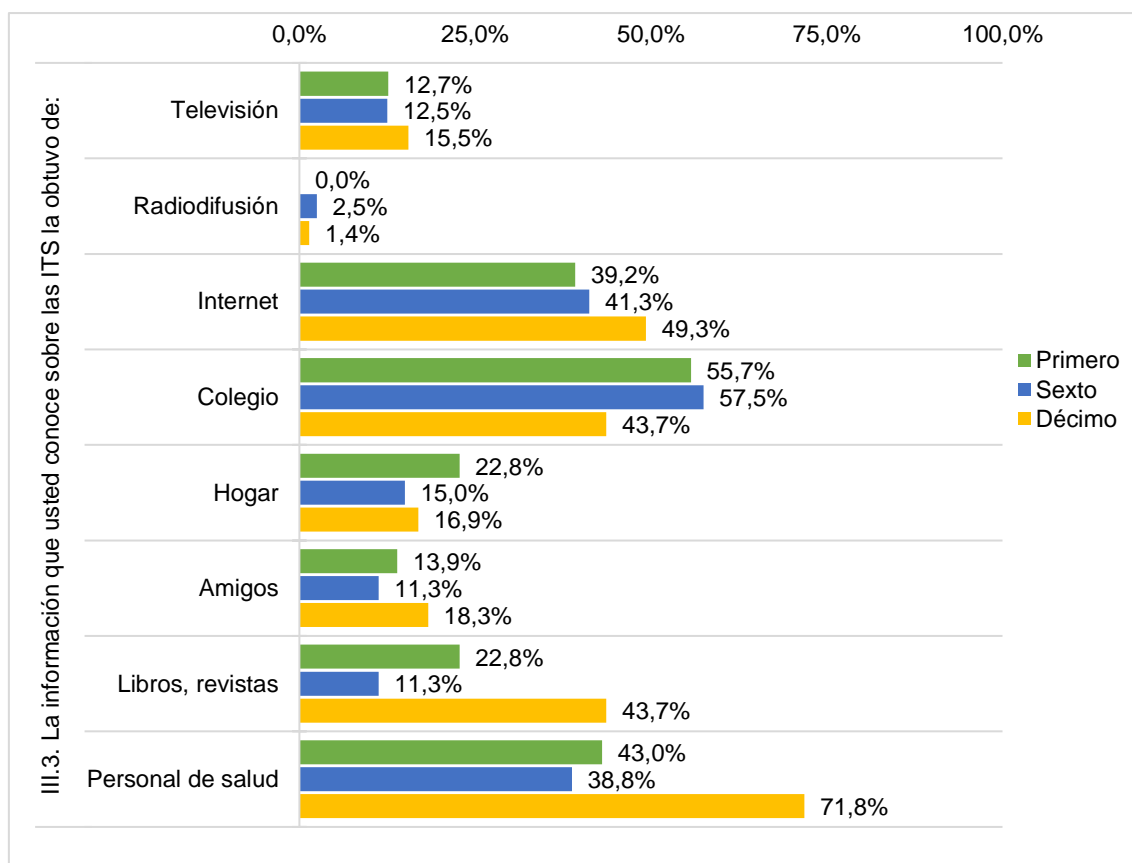


Figura 7. Medio utilizado por los participantes de la UTA de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA para conocer sobre las ITS

En la Figura 7, se puede observar que los estudiantes de primer semestre en mayor proporción mencionan haber adquirido la información que conocen sobre ITS del colegio

en el cual estudiaron (56%), seguido del personal de salud (43%), internet (40%), hogar (23%), libros-revistas (23%). En el caso de los estudiantes de sexto semestre, se puede ver que se igual manera, una mayor proporción indica que la información que conocen sobre las ITS fue la proporcionada por parte de los colegios (56%), seguido del internet (41%), personal de salud (39%), hogar (15%). Por su parte, los estudiantes de décimo semestre indican en mayor proporción que la información la han obtenido por medio del personal de salud (72%), seguido del internet (49%), libros-revistas (44%), colegio (44%).

iii. Actitudes

Las actitudes de los participantes del estudio sobre anticoncepción se miden por medio de 11 preguntas; las cuales se enfocan en diagnosticar la actitud de los estudiantes en temas relacionadas a la prevención de embarazo e ITS. En la siguiente sección se apreciará la actitud de cada encuestado, categorizándolo en “Adecuada”, “Intermedia” e “Inadecuada”, tomando en consideración las preguntas que se han contestado de una manera apropiada.

Se parte desde la opinión que tienen los estudiantes en relación con el uso del preservativo y la ayuda que brinda como método anticonceptivo:

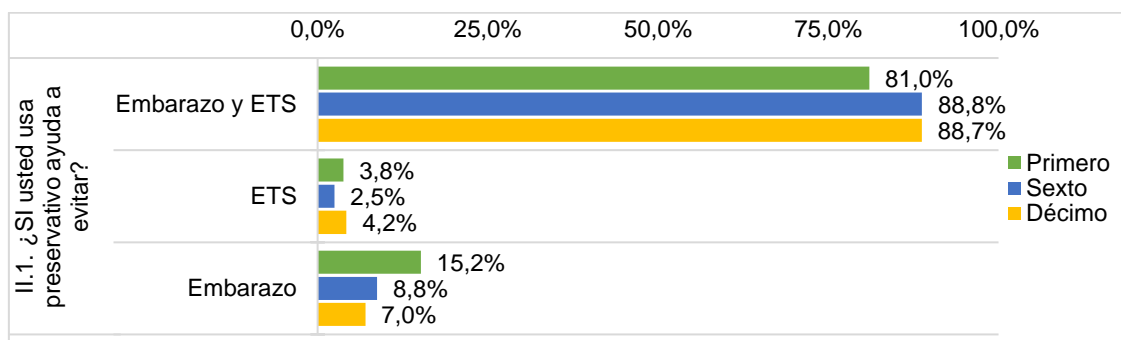


Figura 8. Uso preventivo del preservativo por los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

La Figura 8, muestra que la mayor parte de los estudiantes de los tres semestres señalan que cuando usan preservativo, éste les ayuda a evitar embarazos y ETS. Entre estos resultados, se observa una proporción mayor de estudiantes de sexto (89%) y décimo semestre (89%), seguido de los estudiantes de primer semestre con un 81%.

De igual manera, se cuestiona a los participantes sobre la importancia del uso del preservativo:

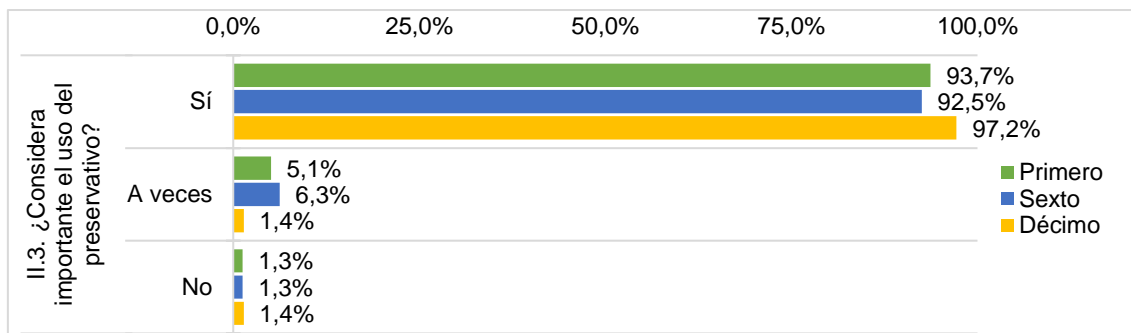


Figura 9. Importancia considerada por los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA sobre el uso del preservativo

La Figura 9, muestra que la mayor parte de los estudiantes de primero, sexto y décimo consideran que el uso del preservativo sí es importante. Entre estos resultados, se observa una proporción mayor de estudiantes de décimo (97%); seguido de los estudiantes de primer semestre (94%), y luego los estudiantes de sexto (93%).

En este caso, se discute la idea que tienen los participantes sobre la doble protección como método anticonceptivo

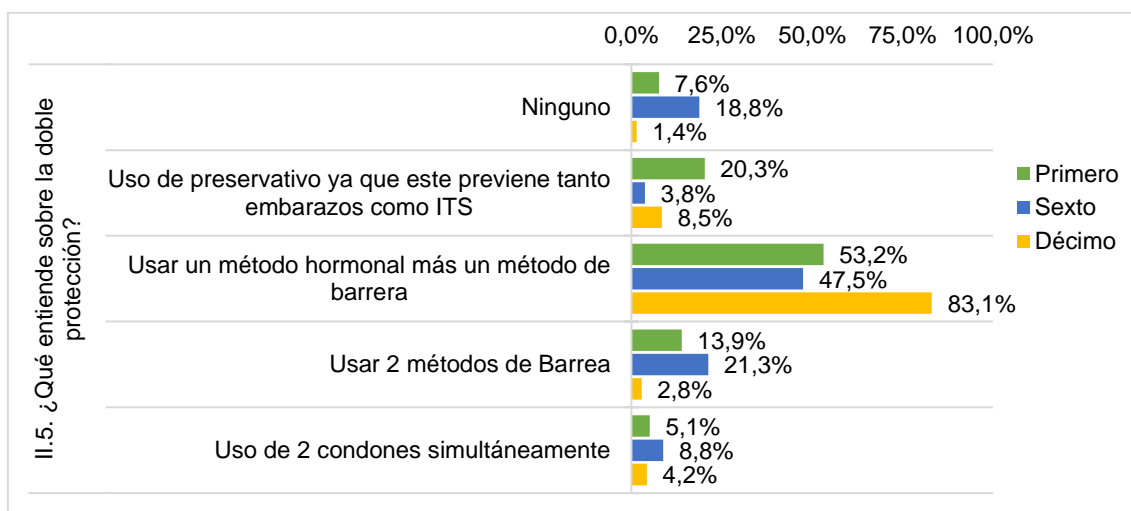


Figura 10. Criterio de los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA sobre la doble protección

Los resultados de la Figura 10, muestran que las proporciones más elevadas corresponden a estudiantes de primero, sexto y décimo semestre con un criterio acertado de lo que entienden por doble protección. Se puede ver que el 83% de los estudiantes de décimo semestre consideran que esto corresponde a usar un método hormonal más uno de barrera; el 53% de los estudiantes de primero y el 48% concuerdan con esta muy acertada opinión.

La capacidad de comunicación de los participantes en temas relacionados con la educación sexual se discute a continuación.

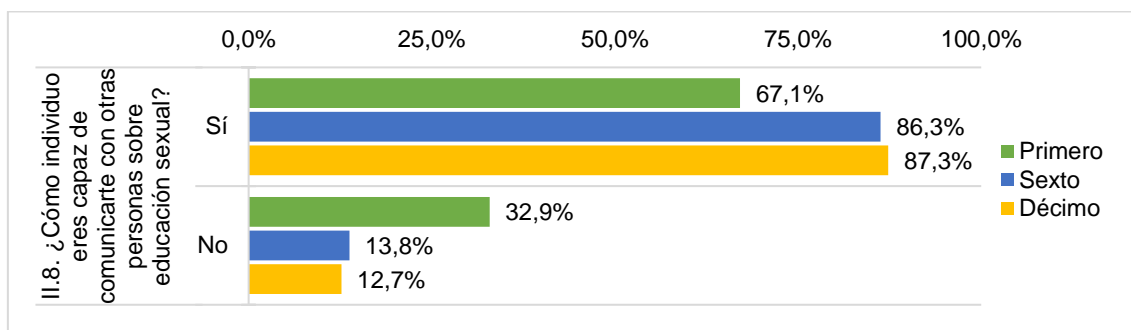


Figura 11. Capacidad de los participantes de primero, sexto y décimo semestre de Medicina de la UTA para comunicarse sobre educación sexual

En la Figura 11, se puede ver que entre los estudiantes de décimo semestre el 87% se consideran capaces de comunicarse con otras personas sobre educación sexual, el 86% de los estudiantes de sexto semestre coinciden en considerarse capaces; mientras que, en el caso de los estudiantes de primer semestre el 67%. De acuerdo con la Tabla 7 la mayor parte de los estudiantes que se consideran capaces de comunicarse, no señalan un motivo que justifique su respuesta; sin embargo, entre los motivos mencionados con mayor frecuencia se encuentran aspectos relacionados a: habilidad comunicativa, conocimiento del tema, importancia del tema, dejar de considerar al tema como un tabú, entre otros.

En el caso de los participantes que no se consideran capaces de comunicarse, donde se observa una mayor proporción de estudiantes de primer semestre (34%), 14% de estudiantes de sexto y 13% de estudiantes de décimo semestre; de igual manera la mayor parte de estos no señalan una razón específica; mientras que, entre las razones que se manifiestan se encuentran la consideración del tema como un tabú, cohibición, falta de conocimiento sobre el tema, falta de confianza, entre otras.

Tabla 8. Razones sobre la capacidad de comunicación en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

II.8. ¿Cómo individuo eres capaz de comunicarte con otras personas sobre educación sexual?		Frecuencia	Porcentaje	
Sí	No menciona	77	41,8%	
	Habilidad comunicativa	21	11,4%	
	Conocimiento del tema	19	10,3%	
	Importancia del tema	18	9,8%	
	No se debe considerar como tabú	16	8,7%	
	Socialización	13	7,1%	
	Exigencias de la carrera	7	3,8%	
	Cotidianidad del tema	6	3,3%	
	Comodidad con el tema	5	2,7%	
	Compartir experiencia	1	0,5%	
	Confianza	1	0,5%	
	No	No menciona	13	28,3%
		Consideran un tabú	8	17,4%
		Cohibición	5	10,9%
Falta de conocimiento		7	15,2%	
Desconfianza		8	17,4%	
Falta de oportunidad		3	6,5%	
Falta de interés		1	2,2%	
Incomodidad		1	2,2%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

A continuación, se presentan los resultados relacionados a los consejos que impartirían los encuestados a sus amigos o pacientes para no infectarse con un ITS.

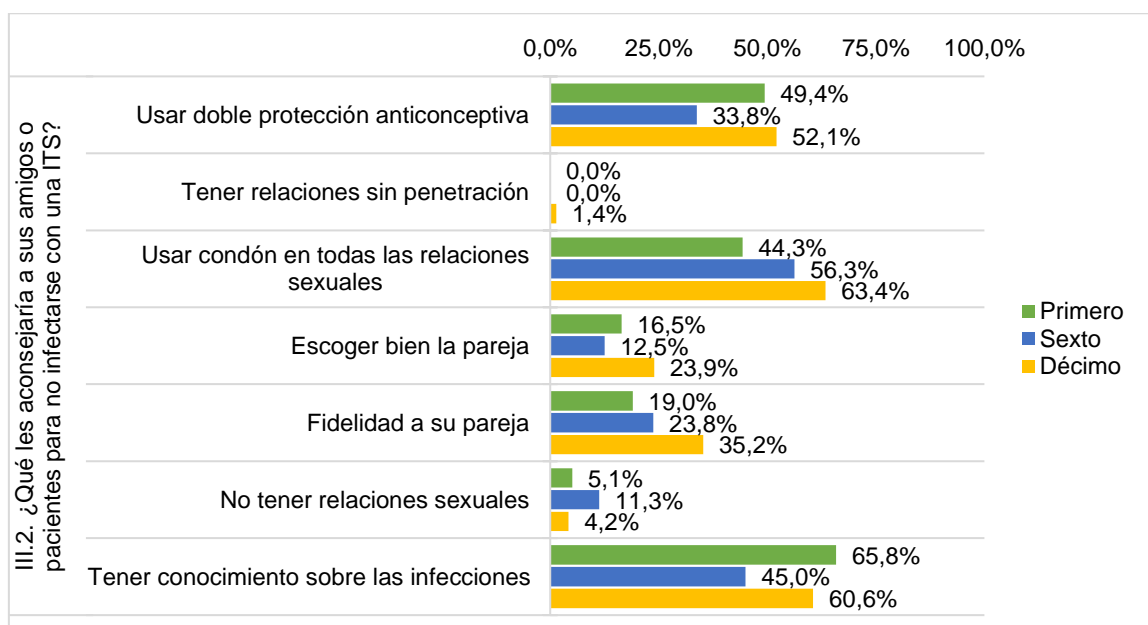


Figura 12. Consejos que impartirían los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA a sus amigos o pacientes para prevenir una ITS

De acuerdo a los resultados de la Figura 12, se determina que los estudiantes de primer semestre se inclinan en mayor grado por las siguientes recomendaciones: tener conocimiento sobre las infecciones (66%); usar doble protección anticonceptiva (49%); usar condón en todas las relaciones sexuales (44%). En el caso de los estudiantes de sexto semestre las recomendaciones que más optan son: usar condón en todas las relaciones sexuales (56%); tener conocimiento sobre las infecciones (45%); usar doble protección anticonceptiva (34%). Por otro lado, los estudiantes de décimo semestre recomendarían con mayor empeño: usar condón en todas las relaciones sexuales (63%); tener conocimiento sobre las infecciones (61%); usar doble protección anticonceptiva (52%); pero también se inclinan por: fidelidad a la pareja (35%); y escoger bien a la pareja (24%).

A continuación, se describe las razones que tienen los participantes para no acudir al médico o enfermera para la información o adquisición de algún método anticonceptivo.

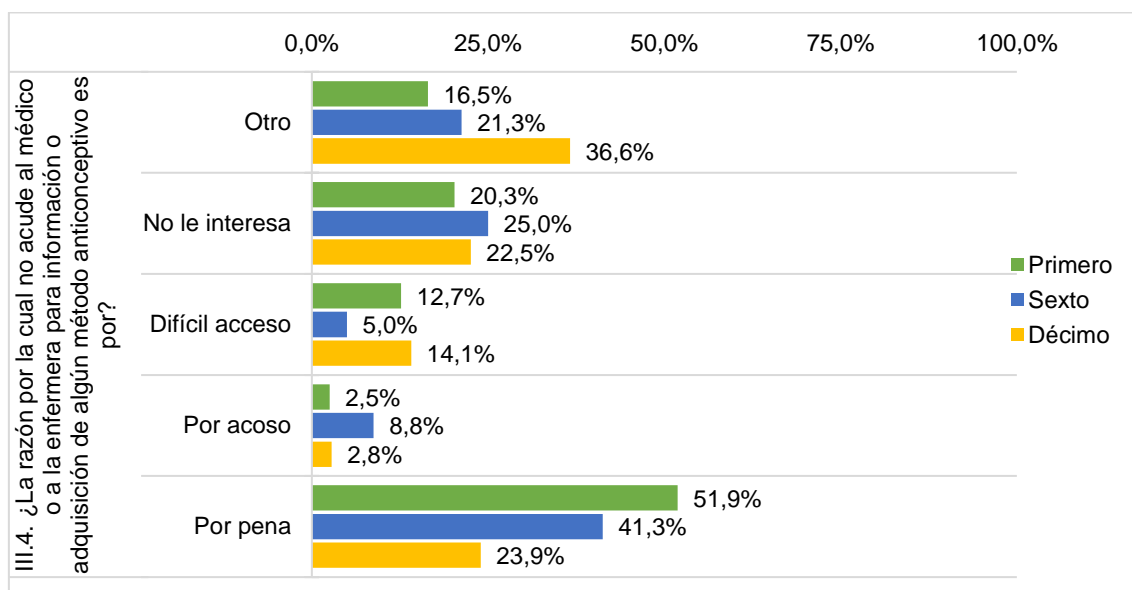


Figura 13. Razones de los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA para no acudir al médico en busca de información

De acuerdo a los resultados de la Figura 13, en el caso de los estudiantes de primer semestre, se puede ver que el 52% indica que no acude al médico o similares para información o adquisición de anticonceptivos por pena, el 20% indica que no le interesa obtener dicha información; en el caso de los estudiantes de sexto semestre, se puede ver que, el 41% indica que le da pena solicitar este tipo de información; al 25% no le interesa. Por otro lado, en el caso de los estudiantes de décimo, se tiene aún un 24% que tienen pena de solicitar la información; mientras que un 23% indica que no se encuentra

interesado en buscar información en este tipo de personas; pero, sobresale un 36% de estos estudiantes que indican tener otros motivos: entre lo que se menciona: conocimiento adecuado del tema; no disponibilidad de tiempo; entre otras.

En el siguiente resultado se describe las razones por las cuales no se debería usar métodos anticonceptivos

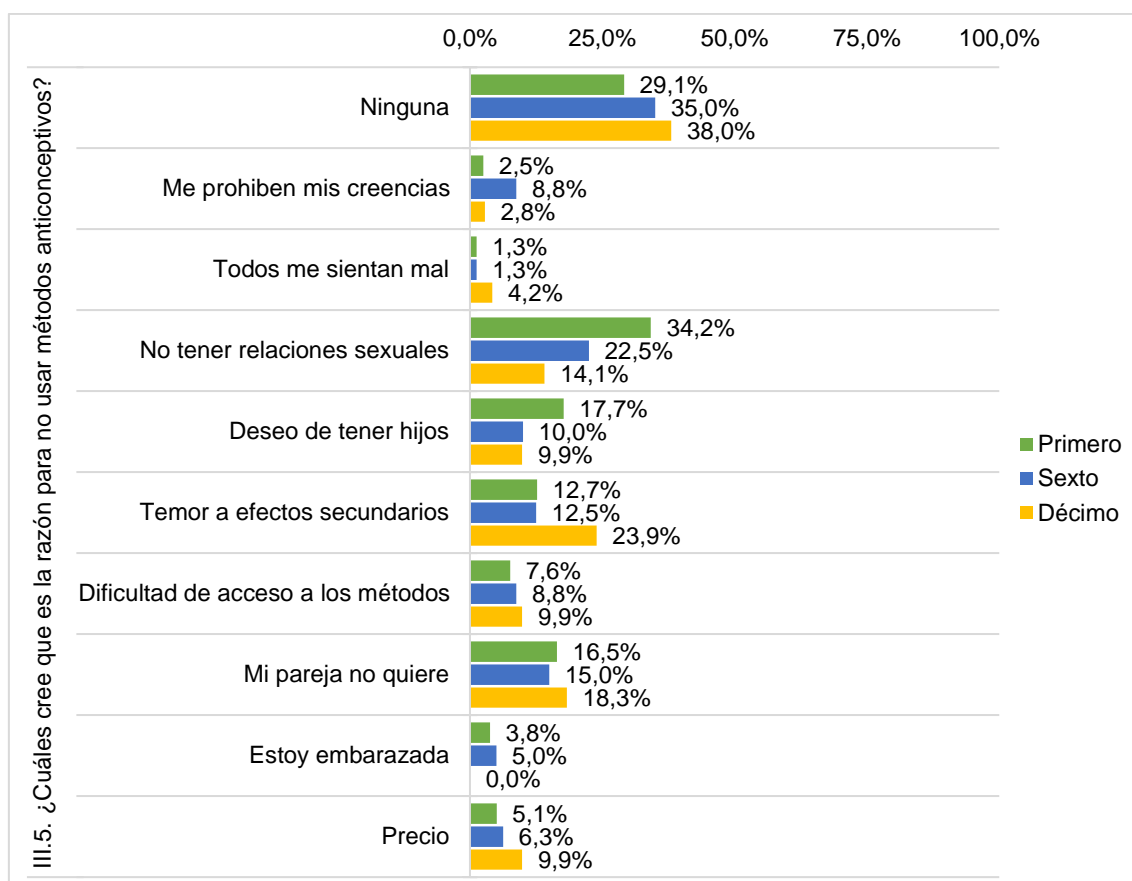


Figura 14. Razones consideradas por participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA para no usar métodos anticonceptivos

De acuerdo con la Figura 14, en los estudiantes de primer semestre, las razones más reconocidas para no usar métodos anticonceptivos son: no tener relaciones sexuales (34%); el 29% mencionan que no hay ninguna razón para no hacerlo; porque su pareja no quiere (17%). En el caso de los estudiantes de sexto semestre, el 41% indica que no hay ninguna razón para no usarlos; el 23% dicen no tener relaciones sexuales; y el 15% porque su pareja no quiere. En el caso de los estudiantes de décimo, se tiene 38% que señalan que no hay ninguna razón para no utilizar métodos anticonceptivos; el 24% sugiere que una de las razones puede ser los efectos secundarios; mientras que, un 18% manifiestan que es porque su pareja no quiere hacer uso de estos.

En el siguiente resultado se describe las razones por las cuales no se debería usar preservativo.

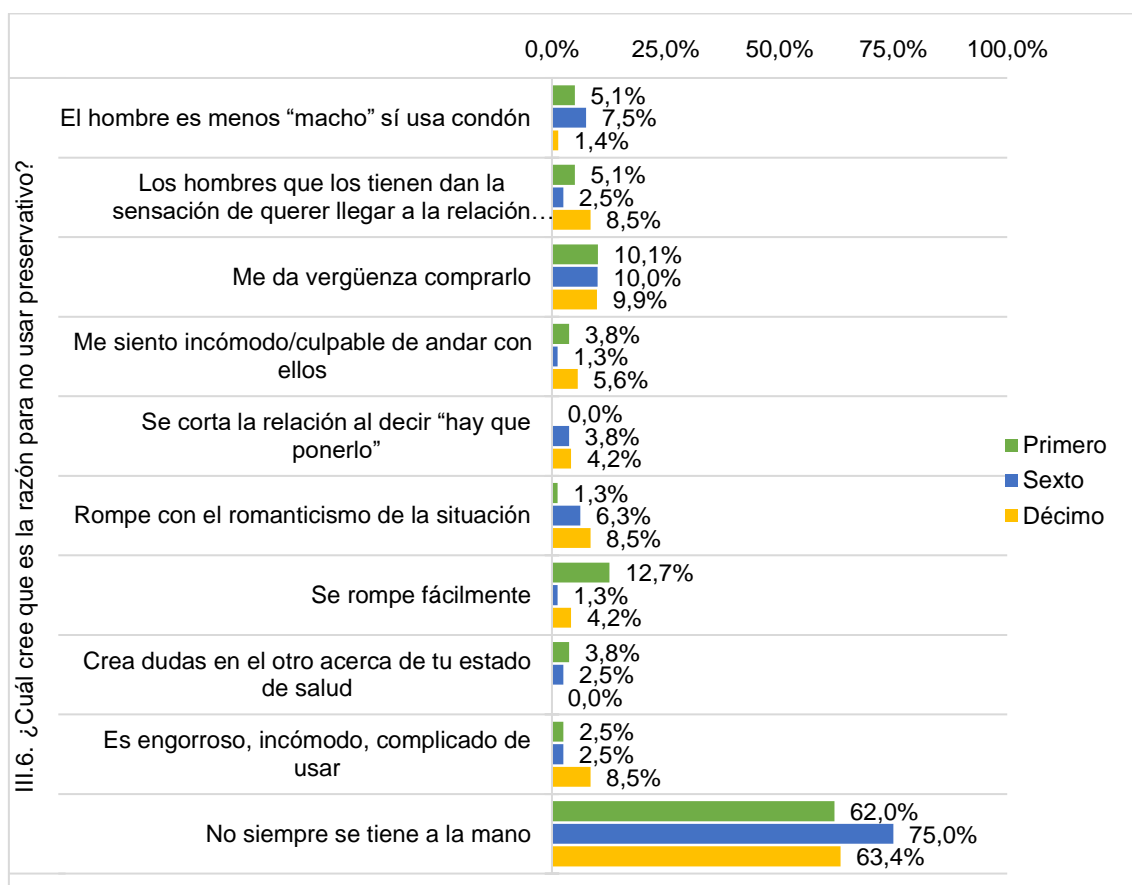


Figura 15. Razones consideradas por participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA para no usar preservativos

En base a la Figura 15, se tiene que los estudiantes de primer semestre consideran en mayor proporción que la razón principal para no usar preservativos es porque no siempre se tiene a la mano (62%); seguido del 13% que indica que no son confiables pues se rompen fácilmente; y el 10% porque les da vergüenza comprarlos. En el caso de los estudiantes de sexto semestre, el 75% indica que esto puede darse por no tener un preservativo a la mano; y el 10% porque sienten vergüenza para poder adquirirlos. En el caso de los estudiantes de décimo; un 63% indican que es por no tenerlos siempre a la mano; y un 10% manifiesta vergüenza para comprarlos.

Las siguientes tres preguntas correspondientes a actitudes de los participantes son contestadas únicamente por aquellos que han iniciado su vida sexual. En este sentido, se les interroga sobre lo que piensan cuando estos tienen una vida sexual.

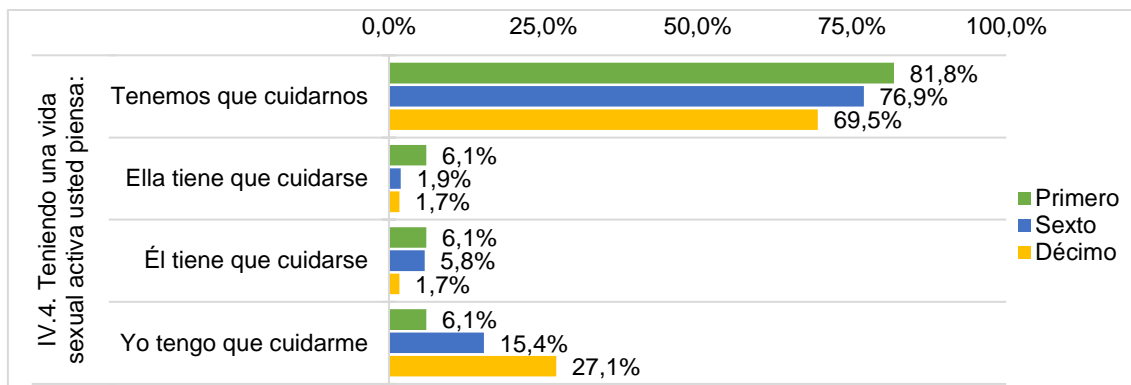


Figura 16. Los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA que han iniciado su vida sexual piensan

De acuerdo a los resultados de la Figura 16, se puede ver que los estudiantes de primer semestre que han iniciado su vida sexual piensan mayoritariamente (82%) en que deben cuidarse como pareja; el 77% de los estudiantes de sexto semestre comparten esta opinión, pero también existe un 15% que toman la responsabilidad en primera persona y piensan que son ellos los que deben cuidarse. En el caso de los estudiantes de sexto semestre de igual manera la mayor parte (70%) piensan en que los dos deben cuidarse: no obstante, un representativo 27% de estos toman de igual manera la responsabilidad en primera persona y piensan en cuidarse.

La penúltima pregunta correspondiente a las actitudes de los participantes se refiere a las dudas que se presentan en cada uno de estos sobre su pareja y las infecciones de trasmisión sexual.

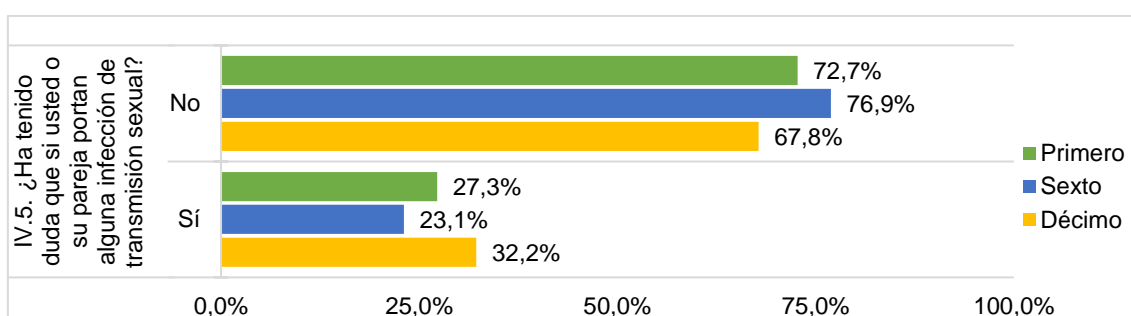


Figura 17. Dudas presentadas en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA sobre la presencia de ITS en la pareja

Los resultados de la Figura 17 muestran que, la mayor parte de los estudiantes de los tres semestres indican no tener dudas sobre la presencia de ITS en la pareja. No obstante, vale la pena referirse al 27% de los estudiantes de primer semestre que presentan dudas; el

23% de los estudiantes de sexto semestre y el 32% de los estudiantes de décimo semestre que han iniciado su vida sexual.

Al final de las preguntas relacionadas a las actitudes, se tiene la interrogante relacionada a la razón que propició el uso de métodos anticonceptivos.

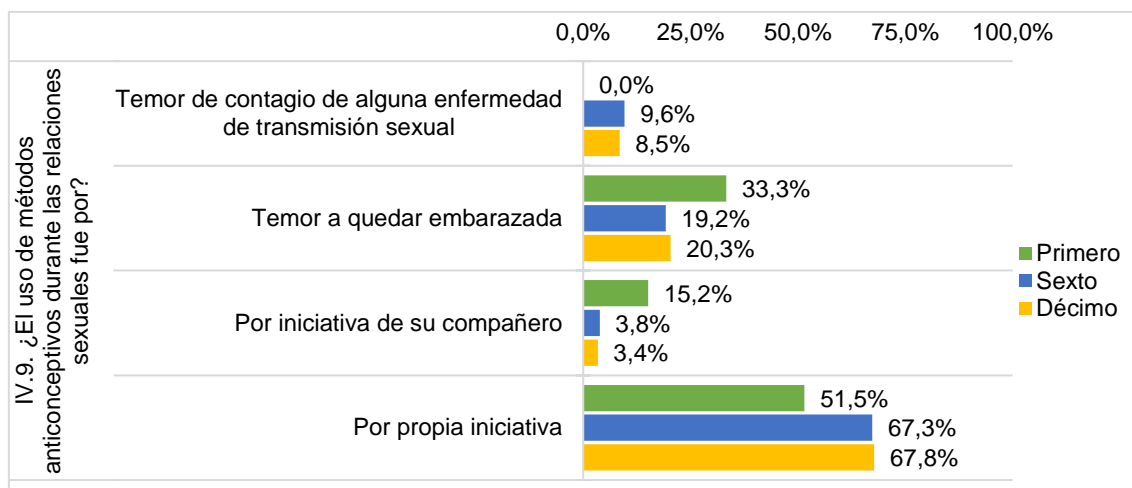


Figura 18. Medio utilizado por los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA para conocer sobre las ITS

Los resultados de la Figura 18 muestran que, entre los estudiantes de primer semestre, se menciona que, el uso de métodos anticonceptivos fue por iniciativa propia (52%); por temor a quedar embarazada (33%). En los estudiantes de sexto semestre: por iniciativa propia (67%), por temor a quedar embarazada (19%). En los estudiantes de décimo semestre: por iniciativa propia (68%), por temor a quedar embarazada (20%).

iv. Prácticas

Las prácticas de los participantes del estudio sobre anticoncepción se miden por medio de 9 preguntas, respondidas únicamente por aquellos que ya han iniciado su vida sexual; las cuales se enfocan en indagar cómo llevan su vida sexual. En la siguiente sección se valorará las prácticas de cada encuestado, y se les categoriza en “Adecuada”, “Intermedia” e “Inadecuada”, tomando en consideración la manera en la cual los encuestados responden las preguntas planteadas. En primer lugar, se describe la proporción de estudiantes que han iniciado su vida sexual.

Tabla 9. Participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA que han iniciado su vida sexual

IV.0. ¿Ha iniciado su vida sexual?		Frecuencia	Porcentaje
Primero	Sí	33	41,8%
	No	46	58,2%
Sexto	Sí	52	65,0%
	No	28	35,0%
Décimo	Sí	59	83,1%
	No	12	16,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

Los resultados de la Tabla 9 indican que el 42% de los estudiantes de primer semestre han iniciado su vida sexual; esto corresponde a 33 encuestados. El 65% de los participantes de sexto semestre han iniciado su vida sexual; lo cual corresponde a 52 estudiantes. El 83% de los estudiantes de décimo semestre han iniciado su vida sexual, lo cual corresponde a 59 encuestados.

El primer aspecto por revisar entre los estudiantes que han iniciado su vida sexual es la edad a la cual comenzaron esta práctica.

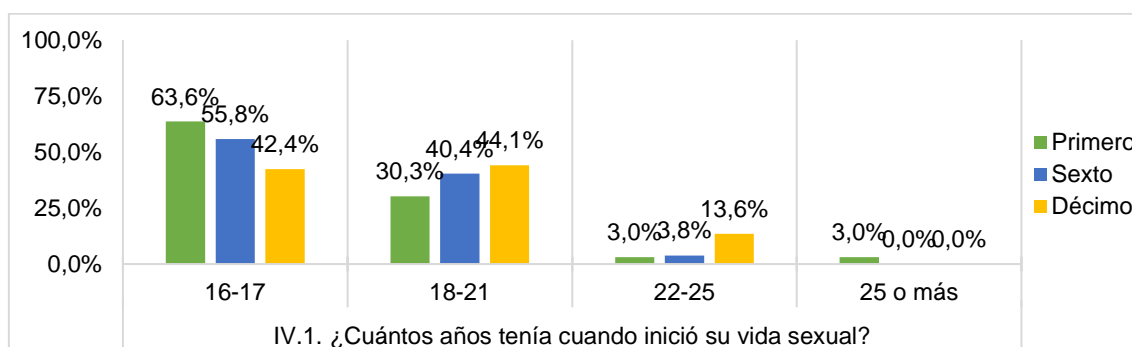


Figura 19. Edad a la cual los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA iniciaron su vida sexual

Los resultados de la Figura 19 muestran proporciones más elevadas en edades comprendidas entre 16-21 años en. Así, es posible ver que, el 64% de los estudiantes de primer semestre iniciaron su vida sexual entre los 16-17 años; y el 30% entre los 18-21 años. Entre los estudiantes de sexto semestre un 56% de estudiantes que señalan haber iniciado su vida sexual entre los 16-17 años; y un 40% entre los 18 a 21 años. Por su parte, los estudiantes de décimo semestre, el 42% indican haber iniciado su vida sexual entre los 16-17 años; el 44% entre los 18-21 años; y el 17% entre los 22-25 años.

Ahora, se analiza si los participantes han mantenido relaciones sexuales sin protección.

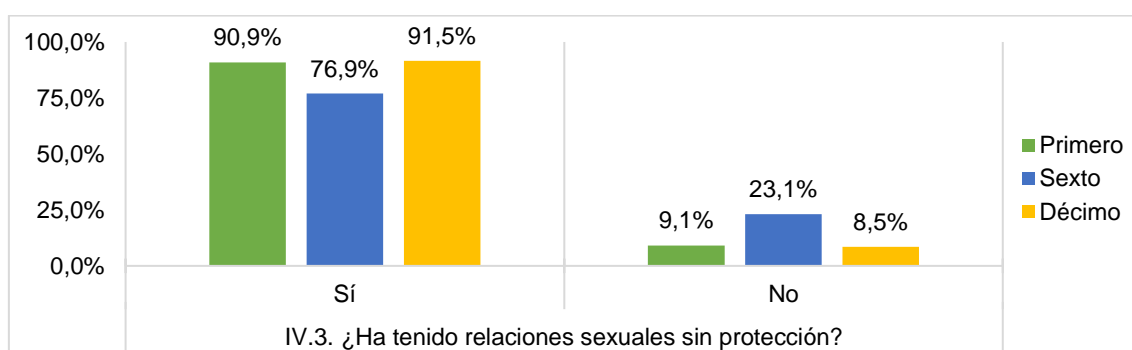


Figura 20. Relaciones sexuales sin protección entre los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA.

La Figura 20, muestra que la mayor parte de los estudiantes de primer (91%), sexto (77%); y décimo semestre (92%) han tenido relaciones sexuales sin protección.

En el siguiente resultado, se examina si los participantes han utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual:

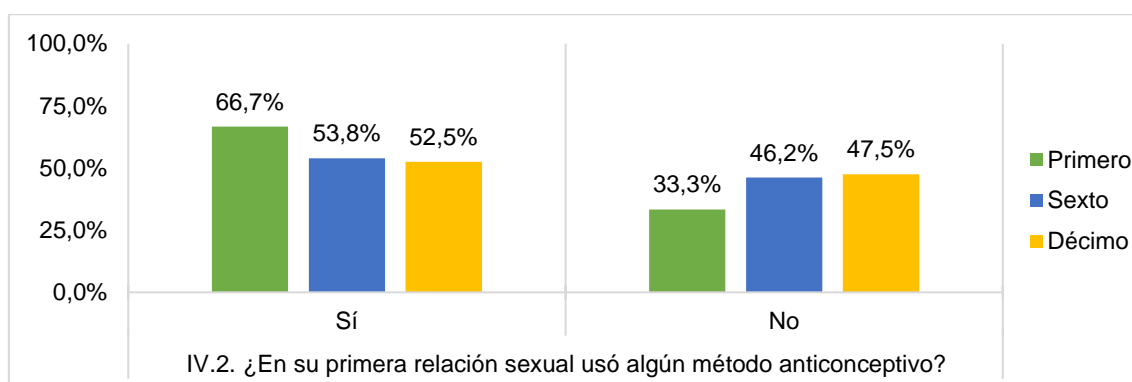


Figura 21. Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

De acuerdo con la Figura 21, se observa un ligero superioridad de estudiantes que si han utilizado algún método conceptivo en su primera relación sexual: en los estudiantes de primer semestre (67%), sexto semestre (54%); y décimo semestre (53%).

Tabla 10. Participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA que han iniciado su vida sexual

IV.2. ¿En su primera relación sexual usó algún método anticonceptivo?		Frecuencia	Porcentaje
Sí	No menciona	3	3,7%
	Condón	76	93,8%
	Inyección	2	2,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

De acuerdo con la Tabla 10, entre los encuestados que indican si haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, el condón figura como el método anticonceptivo más utilizado, seguido de la inyección.

En el siguiente resultado, se inspecciona la cantidad de parejas sexuales que han tenido los participantes que han iniciado su vida sexual.

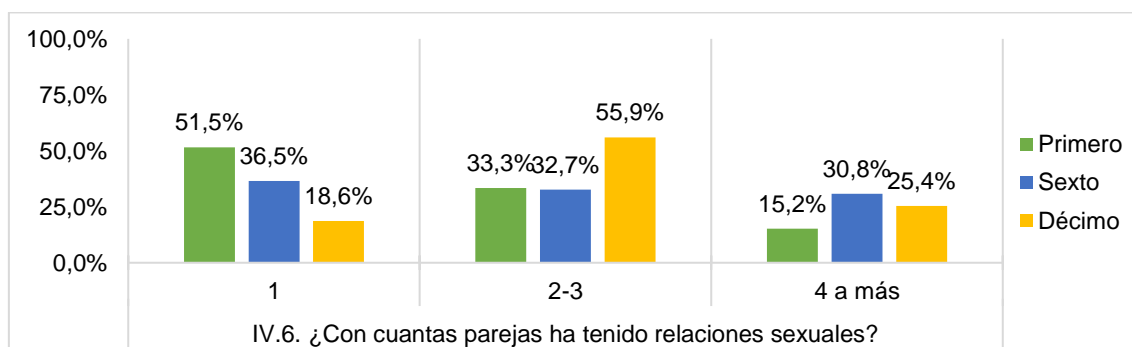


Figura 22. Cantidad de parejas sexuales de los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

De acuerdo con la Figura 22, en los estudiantes de primer semestre el 52% indican haber tenido una sola pareja sexual; el 33% 2-3 parejas sexuales; y el 15% 4 o más. En el caso de los estudiantes de sexto semestre se tiene un 36% que han tenido una pareja sexual; el 33% 2-3 parejas; y el 31% 4 o más. Por su parte, los estudiantes de décimo semestre: el 18% han tenido una sola pareja sexual; el 56% han tenido de 2-3 parejas sexuales y el 24% 4 o más.

En el siguiente resultado, se cuantifica a los participantes que han utilizado o no condón en su última relación sexual

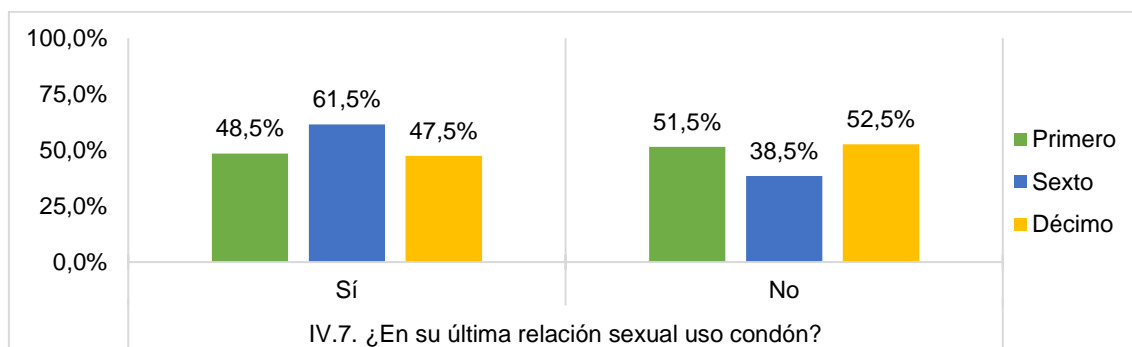


Figura 23. Uso de condón en la última relación sexual de los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

De acuerdo con la Figura 23, en los estudiantes de primer semestre el 49% indican haber utilizado condón en su última relación sexual; y el 52% no han utilizado preservativo. En el caso de los estudiantes de sexto semestre; el 62% han utilizado condón en su última relación sexual; mientras que, el 39% han practicado una relación sexual sin el uso de condón. Por su parte, los estudiantes de décimo semestre: el 48% han usado condón en su última relación sexual; y el 53% no han utilizado condón.

A continuación, se interroga a los participantes si han puesto la práctica el método de la doble protección. Esta es una de las preguntas más importantes pues corresponde a la variable dependiente dentro de la presente investigación.

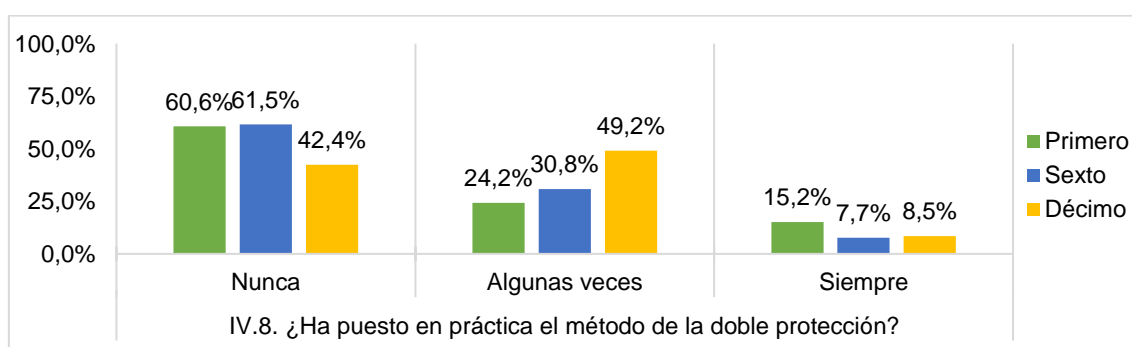


Figura 24. Práctica del método de la doble protección en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

Los resultados de la Figura 24, muestran que, en el caso de los estudiantes de primer semestre, el 61% nunca han puesto en práctica el método de la doble protección; el 24% lo han puesto en práctica algunas veces; y el 15% lo utilizan siempre. En el caso de los estudiantes de sexto semestre: el 62% nunca han puesto en práctica este método; el 31%

han utilizado algunas veces este método y el 8% lo utilizan siempre. Por su parte, entre los estudiantes de décimo semestre: el 42% nunca han usado el método de doble protección; el 49% lo han puesto en práctica algunas veces y el 9% lo practican siempre.

Ahora, se presenta los resultados concernientes a la frecuencia de uso del condón en los participantes.

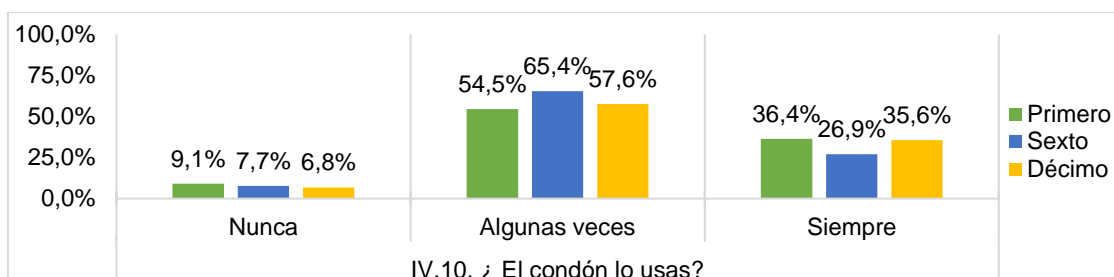


Figura 25. Práctica del método de la doble protección en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

La Figura 25, permite observar que, la mayor parte de los estudiantes de primer semestre (55%) usan el condón ocasionalmente; el 36% lo usan siempre; y el 9% nunca lo usan. En el caso de los estudiantes de sexto semestre, el 65% lo usan a veces, el 27% lo usan siempre; mientras que, el 8% no lo usan. Por otro lado, en el caso de los estudiantes de décimo semestre, el 58% usan ocasionalmente el condón; el 36% lo usan permanentemente; y el 7% no lo usan.

En el siguiente resultado, indaga entre los métodos anticonceptivos utilizados por los participantes que han utilizado o no condón en su última relación sexual.

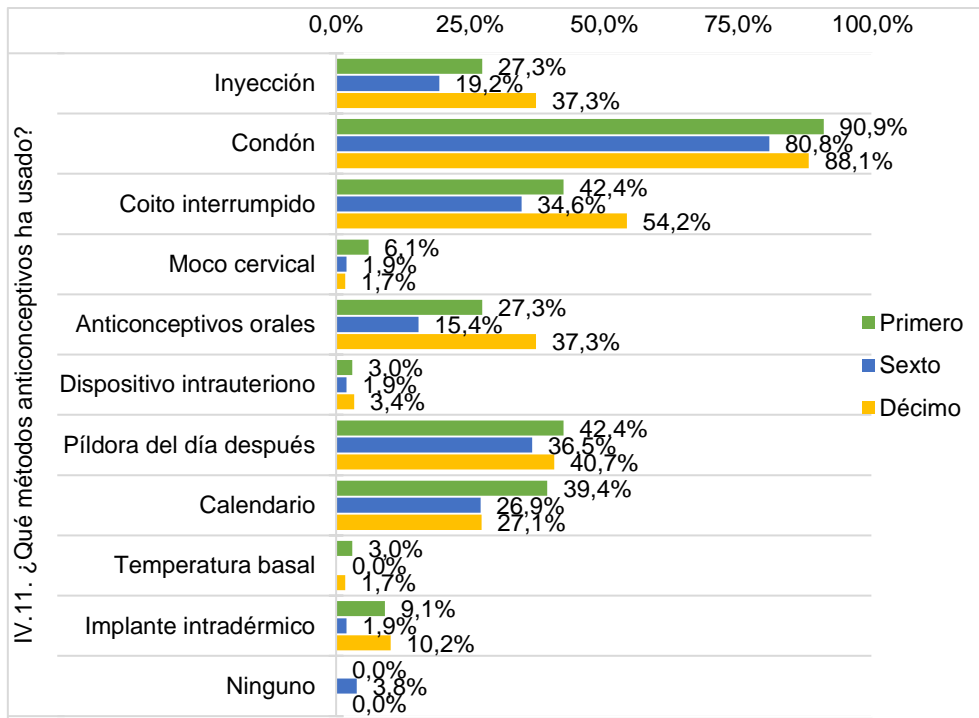


Figura 26. Métodos anticonceptivos usados por los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

La Figura 26, muestra que los métodos anticonceptivos más utilizados por los estudiantes de primer semestre son: condón (91%), píldora del día después (42%), coito interrumpido (42%), calendario (39%), anticonceptivos orales (27%) e inyección (27%). En el caso de los estudiantes de sexto semestre los métodos anticonceptivos más frecuentes son los siguientes: condón (81%), píldora del día después (37%), coito interrumpido (35%), calendario (27%) e inyección (19%). Asimismo, en el caso de los estudiantes de décimo semestre los métodos más usados son: condón (88%), coito interrumpido (54%), píldora del día después (41%), anticonceptivos orales (37%), e inyección (37%).

Finalmente, en el siguiente resultado, se identifica a los participantes que han sido diagnosticado con alguna infección de transmisión sexual.

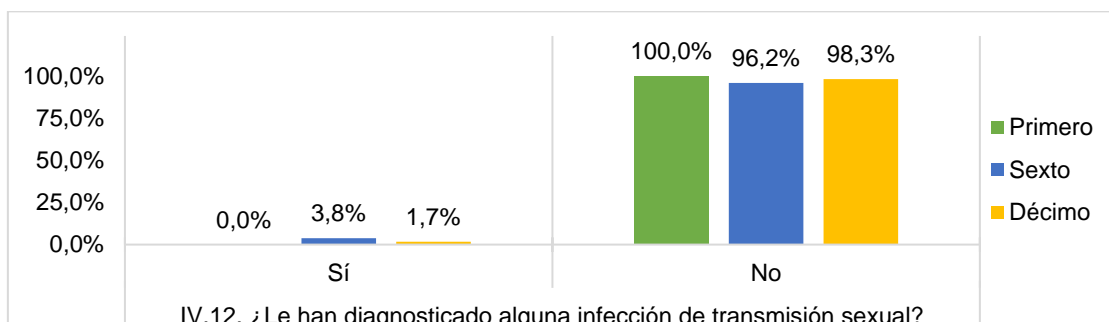


Figura 27. Antecedente de ITS en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

La Figura 27 muestra que, todos los estudiantes de primer semestre (100%) indican no haber sido diagnosticados con alguna infección de transmisión sexual. En el caso de los estudiantes de sexto semestre el 3,8% (2 personas) han sido diagnosticadas con alguna enfermedad de transmisión sexual; uno de estos no menciona cual es específicamente la enfermedad diagnosticada; mientras que el otro indica que esta es VPH. En el caso de los estudiantes de décimo semestre, el 1,7% (1 persona) ha sido diagnosticada con alguna enfermedad de transmisión sexual; no obstante, no se precisa la enfermedad diagnosticada.

b. Interpretación De Datos

En el presente apartado se describen los resultados concluyentes referentes al nivel de conocimientos, actitudes y prácticas; aspectos importantes dentro de la presente investigación pues constituyen las variables independientes. Vale la pena mencionar que estos resultados se encuentran en correspondencia con las respuestas vertidas por los participantes en las preguntas anteriormente descritas.

i. Nivel Conocimientos

En primer lugar se analizan los resultados obtenidos por los participantes en cuando al nivel de conocimiento, esta categorización se realizó tomando en consideración los aciertos en las preguntas, luego, se estima una puntuación total, la cual se reescala a un rango pertinente de 0-10 puntos, y estos se categorizan identificando con un nivel alto de conocimientos a aquellos con una puntuación mayor o igual a 8 puntos; con un nivel medio a aquellos con puntuaciones menores a 8 y mayor o iguales a 6,5; y con un nivel bajo a todos aquellos con puntuaciones menores a 6,5.

En los resultados descritos anteriormente por medio de frecuencias y porcentajes, se observó que la mayor parte de los encuestados contestaban de manera correcta las preguntas planteadas, los resultados se describen en la Tabla 11.

Tabla 11. Nivel de conocimiento de los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA sobre anticoncepción e ITS

Nivel de Conocimiento		Frecuencia	Porcentaje
Primero	Alto	14	17,7%
	Medio	33	41,8%
	Bajo	32	40,5%
Sexto	Alto	11	13,8%
	Medio	42	52,5%
	Bajo	27	33,8%
Décimo	Alto	21	29,6%
	Medio	44	62,0%
	Bajo	6	8,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

Los resultados de la Tabla 11, muestra que, en el caso de los estudiantes de primer semestre, el 18% tienen un nivel alto de conocimientos; el 42% tienen un nivel medio; mientras que, el 40% tienen un nivel bajo. Entre los estudiantes de sexto semestre; el 14% tienen un nivel de conocimiento alto; el 53% tienen un nivel medio; y el 33% tienen un nivel bajo. Por último, se puede ver que, el 30% de los estudiantes de décimo semestre tienen un nivel alto de conocimientos; el 62% tiene un nivel medio; y el 8% tienen un nivel bajo de conocimientos sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual.

A partir de estos resultados, es posible notar que, en los estudiantes de primer semestre solamente el 60% obtiene una calificación que supere los 6,5 puntos sobre 10 en cuanto a los conocimientos sobre anticoncepción e ITS; este porcentaje sube a 67% en los estudiantes de sexto semestre; y alcanza un 92% en el caso de estudiantes de décimo semestre. Esto permite establecer que, el paso del tiempo y la influencia de la carrera permite que los estudiantes adquieran mayor conocimiento sobre temas relacionados a la educación sexual y también logren fortalecer el conocimiento que a priori poseen los estudiantes.

ii. Actitudes

El segundo aspecto a tratar se refiere a los resultados obtenidos por los participantes en relación a las actitudes que tienen frente a la anticoncepción e ITS. De igual manera que en el nivel de conocimientos, se estima una puntuación total para cada encuestado, el cual se basa en apreciaciones adecuadas en las preguntas planteadas. Este puntaje total reescala a un rango de 0-10 puntos, se categorizan identificando con una actitud adecuada a aquellos con una puntuación mayor o igual a 8 puntos; con una actitud intermedia a

aquellos con puntuaciones menores a 8 y mayor o iguales a 6,5; y con una actitud inadecuada a aquellos con puntuaciones menores a 6,5.

Tabla 12. Actitudes de los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA sobre anticoncepción e ITS

Actitudes		Frecuencia	Porcentaje
Primero	Adecuada	6	7,6%
	Intermedia	28	35,4%
	Inadecuada	45	57,0%
Sexto	Adecuada	12	15,0%
	Intermedia	33	41,3%
	Inadecuada	35	43,8%
Décimo	Adecuada	14	19,7%
	Intermedia	39	54,9%
	Inadecuada	18	25,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

Los resultados de la Tabla 12, permiten observar que, en el caso de los estudiantes de primer semestre, el 8% adoptan actitudes adecuadas sobre anticoncepción e ITS; el 35% adoptan una actitud intermedia; mientras que, el 57% evidencian una actitud inadecuada. Entre los estudiantes de sexto semestre; el 15% establece actitudes adecuadas; el 41% llegan a ser determinar una actitud intermedia; es decir, puede considerarse como básica, pero no tiene el criterio suficiente para ser considerada adecuada; y el 44% presentan una actitud inadecuada. Por último, en el caso de los estudiantes de décimo semestre, el 20% describen una actitud adecuada; el 55% una actitud intermedia; y el 25% una actitud inadecuada.

A partir de estos resultados, es posible notar que, en los estudiantes de primer semestre solamente el 43% obtiene una apreciación que supere los 6,5 puntos sobre 10 en cuanto a las actitudes sobre anticoncepción e ITS; este porcentaje sube a 56% en los estudiantes de sexto semestre; y alcanza un 75% en el caso de estudiantes de décimo semestre. Esto permite establecer que, al igual que en el nivel de conocimientos, el paso del tiempo y la influencia de la carrera ayuda a los estudiantes a tener una mejor actitud frente a la anticoncepción y las ITS.

iii. Prácticas

El tercer aspecto por tratar se refiere a las prácticas que realizan los estudiantes que han iniciado su vida sexual; frente a la anticoncepción e ITS. De manera similar al nivel de conocimiento y actitudes, se obtiene una calificación total para cada encuestado, la cual se basa en apreciaciones pertinentes que estos sepan distinguir frente a las interrogantes

planteadas. Este puntaje total convierte a un rango 0-10 puntos, y se categorizan a cada participante de la siguiente manera: prácticas adecuadas a aquellos con una puntuación mayor o igual a 8 puntos; prácticas intermedias a aquellos con puntuaciones menores a 8 y mayor o iguales a 6,5; y prácticas inadecuadas a aquellos con puntuaciones menores a 6,5.

Tabla 13. Prácticas de los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA sobre anticoncepción e ITS

Prácticas		Frecuencia	Porcentaje
Primero	Adecuada	2	6,1%
	Intermedia	7	21,2%
	Inadecuada	24	72,7%
Sexto	Adecuada	0	0,0%
	Intermedia	5	9,6%
	Inadecuada	47	90,4%
Décimo	Adecuada	1	1,7%
	Intermedia	13	22,0%
	Inadecuada	45	76,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

Los resultados de la Tabla 13, permiten observar que, en el caso de los estudiantes de primer semestre, el 6% pueden ser catalogados como estudiantes con prácticas adecuadas de anticoncepción e ITS; el 21% como intermedia; mientras que, el 73% demuestran tener prácticas inadecuadas. Entre los estudiantes de sexto semestre; no se identifican a estudiantes que puedan ser clasificados con prácticas adecuadas; el 10% llegan a ser determinar una actitud intermedia; es decir, tienen adoptan prácticas elementales, pero no tiene el juicio suficiente para ser tratada como adecuada; y el 90% se distinguen como estudiantes con prácticas inadecuadas. Por último, en el caso de los estudiantes de décimo semestre, el 2% describen prácticas adecuadas; el 22% practicas intermedias; y el 76% practicas inadecuadas.

Estos resultados muestran que, en los estudiantes de primer semestre solamente el 27% obtiene superan los 6,5 puntos sobre 10 en cuanto a las prácticas sobre anticoncepción e ITS; este porcentaje baja drásticamente al 10% en los estudiantes de sexto semestre; y alcanza el 24% en el caso de estudiantes de décimo semestre. Esto permite establecer que, a diferencia del nivel de conocimientos y las actitudes, el paso del tiempo y las influencias de la carrera no precisan tener algún efecto sobre las prácticas de los estudiantes que forman parte del estudio.

c. Validación De Hipótesis

En el presente apartado, se realiza la verificación de las hipótesis que se refiere a establecer si los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre anticoncepción influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva en los estudiantes de medicina de la Universidad Técnica de Ambato. Para ello, se hizo uso de la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado, la cual ayuda a determinar si dos variables son o no independientes, los resultados se interpretan con un 95% de confianza.

Tabla 14. Pruebas de Chi-Cuadrado para el nivel de conocimientos sobre anticoncepción e ITS, según la práctica del método de la doble protección en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

Semestre	Conocimiento	IV.8. ¿Ha puesto en práctica el método de la doble protección?						Chi-Cuadrado (p-valor)
		Siempre		Algunas veces		Nunca		
		F	P	F	P	F	P	
Primero	Alto	1	20,0%	2	25,0%	2	10,0%	2,949 (0,566)
	Medio	3	60,0%	2	25,0%	11	55,0%	
	Bajo	1	20,0%	4	50,0%	7	35,0%	
Sexto	Alto	1	25,0%	5	31,3%	2	6,3%	8,538 (0,074)
	Medio	2	50,0%	9	56,3%	15	46,9%	
	Bajo	1	25,0%	2	12,5%	15	46,9%	
Décimo	Alto	1	20,0%	7	24,1%	8	32,0%	3,001 (0,558)
	Medio	3	60,0%	21	72,4%	14	56,0%	
	Bajo	1	20,0%	1	3,4%	3	12,0%	

F: Frecuencia

P: Porcentaje

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

A partir de los resultados de la Tabla 14, se pretende validar la siguiente hipótesis:

Ho: Los conocimientos no influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva

H1: Los conocimientos influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva

El componente que permite rechazar o no la hipótesis nula (Ho) corresponde al p-valor de la prueba Chi-Cuadrado, se puede ver que en todos los casos; es decir en primer, sexto y décimo semestre el p-valor es mayor a 0,05, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula. Es decir, se puede concluir que el nivel de conocimientos no influye sobre el uso de la doble protección anticonceptiva; estos resultados se mantienen en todos los semestres.

No obstante, el valor de $p=0.074$ que se observa en el caso del sexto semestre manifiesta una tendencia por parte del nivel de conocimientos a influir en el uso de la doble protección. Más precisamente, se puede asegurar con un 90% de confianza que en el caso del sexto semestre el nivel de conocimientos si influyen sobre el uso de la doble protección.

Además, dado que no fue posible rechazar la hipótesis nula, es posible aseverar que el nivel de conocimientos que posean los estudiantes de la carrera de medicina de la UTA no condiciona la preferencia o la frecuencia de uso del método de doble protección; salvo posiblemente en el caso de los estudiantes de sexto semestre.

Tabla 15. Pruebas de Chi-Cuadrado para las actitudes sobre anticoncepción e ITS, según la práctica del método de la doble protección en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

Semestre	Actitudes	IV.8. ¿Ha puesto en práctica el método de la doble protección?						Chi-Cuadrado (p-valor)
		Siempre		Algunas veces		Nunca		
		F	P	F	P	F	P	
Primero	Alto	0	0,0%	2	25,0%	4	20,0%	2,730 (0,604)
	Medio	3	60,0%	5	62,5%	13	65,0%	
	Bajo	2	40,0%	1	12,5%	3	15,0%	
Sexto	Alto	2	50,0%	5	31,3%	5	15,6%	3,927 (0,416)
	Medio	1	25,0%	9	56,3%	20	62,5%	
	Bajo	1	25,0%	2	12,5%	7	21,9%	
Décimo	Alto	1	20,0%	8	27,6%	5	20,0%	3,406 (0,492)
	Medio	4	80,0%	17	58,6%	13	52,0%	
	Bajo	0	0,0%	4	13,8%	7	28,0%	

F: Frecuencia

P: Porcentaje

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

A partir de los resultados de la Tabla 15, se pretende validar la siguiente hipótesis:

Ho: Las actitudes no influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva

H1: Las actitudes influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva

De manera similar, el mecanismo que permite rechazar o no la hipótesis nula (Ho) es el p-valor obtenido de la prueba Chi-Cuadrado, se puede ver que en todos los casos; es decir en primer, sexto y décimo semestre el p-valor es mayor a 0,05, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula. Es decir, se puede concluir las actitudes no influyen sobre el uso de la doble protección anticonceptiva; estos resultados se mantienen en todos los semestres.

De esta manera, dado que no fue posible rechazar la hipótesis nula, es posible aseverar que las actitudes que tienen los estudiantes de la carrera de medicina de la UTA, no condicionan la preferencia o la frecuencia de uso del método de doble protección, en todos los semestres.

Tabla 16. Pruebas de Chi-Cuadrado para las prácticas anticonceptivas e ITS, según la práctica del método de la doble protección en los participantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina de la UTA

Semestre	Prácticas	IV.8. ¿Ha puesto en práctica el método de la doble protección?						Chi-Cuadrado (p-valor)
		Siempre		Algunas veces		Nunca		
		F	P	F	P	F	P	
Primero	Alto	0	0,0%	0	0,0%	2	10,0%	9,591 (0,048)
	Medio	3	60,0%	3	37,5%	1	5,0%	
	Bajo	2	40,0%	5	62,5%	17	85,0%	
Sexto	Alto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,581 (0,748)
	Medio	0	0,0%	2	12,5%	3	9,4%	
	Bajo	4	100,0%	14	87,5%	29	90,6%	
Décimo	Alto	0	0,0%	1	3,4%	0	0,0%	2,057 (0,752)
	Medio	2	40,0%	6	20,7%	5	20,0%	
	Bajo	3	60,0%	22	75,9%	20	80,0%	

F: Frecuencia

P: Porcentaje

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la investigación

A partir de los resultados de la Tabla 16, se pretende validar la siguiente hipótesis:

Ho: Las prácticas no influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva

H1: Las prácticas influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva

El mecanismo que permite rechazar o no la hipótesis nula (Ho) es el p-valor de la prueba Chi-Cuadrado. En este caso, se obtiene un valor $p=0,048$, en los resultados del primer semestre, lo que permite rechazar la hipótesis nula. Esto indica que existe evidencia estadística suficiente para afirmar con un 95% que las prácticas sobre anticoncepción e ITS en estudiantes de primer semestre influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva. Por otro lado, en sexto y décimo semestre se tiene p valores superiores al 0,05; por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula. Es decir, se concluye que las actitudes en los semestres de sexto y décimo no influyen sobre el uso de la doble protección anticonceptiva.

De esta manera, en los resultados correspondientes al primer semestre fue posible rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, es posible aseverar que las prácticas sobre anticoncepción e ITS de los estudiantes de primer semestre de la carrera de medicina de la UTA condiciona la preferencia o la frecuencia de uso del método de doble protección. Estos resultados no se presentan en los semestres sexto y décimo; en donde se puede ver que las prácticas no condicionan el uso de la doble protección anticonceptiva.

d. Discusión

En el presente estudio la mayoría de estudiantes refiere que la información y apoyo brindado por parte de los colegios en relación a los métodos anticonceptivos fue buena. En la calificación de buena, se encuentra en mayor proporción los estudiantes de primer semestre (56%); seguido de los estudiantes de décimo semestre con el 49%; y luego los estudiantes de sexto semestre (42%), datos comparables pero superior al obtenido por el estudio de Rodríguez M, Muñoz R y Sánchez I publicado el 2016, en donde gran parte de los estudiantes evaluados 71.5% de los primeros semestre calificaron la educación en salud sexual y reproductiva recibida con una puntuación media de 7.5 sobre 10 (103).

En relación a los conocimientos de salud reproductiva más del 90% de los estudiantes de los tres semestres respondieron correctamente negando la siguiente afirmación “ La primera vez que una mujer tiene relaciones sexuales con penetración no puede quedar embarazada porque es virgen”, datos que tienen relación con el estudio de Vinuesa Moreano A; Ruiz Sosa C; Izquierdo Condoy J; Onofre Mafla K; Hidalgo, M; Yanchapaxi, P, et al. Estudio publicado el 2018, que se llevó a cabo en estudiantes de Medicina de la Universidad Central del Ecuador donde el 95.5% de estudiantes consideró que una mujer puede quedar embarazada en su primer encuentro sexual (104).

Los datos del estudio demuestran que las principales fuentes de información sobre uso de métodos anticonceptivos e ITS para los alumnos de primer, sexto y décimo semestre son la información recibida el colegio, el personal de salud que despeja sus dudas, y uso de internet. Datos que contrastan con los de León-Larios F y Gómez-Baya D, en donde más de la mitad el 63.3% de los estudiantes refiere que previo al ingreso a la universidad han adquirido información sobre salud sexual y planificación, las principales fuentes de esta información fueron el colegio, amigos, familiares, en el internet o libros, solamente el 12.3% acudía a un profesional de la salud para despejar sus dudas (105).

En cuanto al conocimiento sobre la doble protección anticonceptiva los datos del estudio demuestran que la mayor parte de estudiantes ha escuchado hablar sobre la doble protección anticonceptiva principalmente en la universidad, 72% los de décimo semestre, seguido por los de primero en un 51% y en un 41% los de sexto semestre, datos que difieren con el estudio de Rodríguez M, Muñoz R y Sánchez I, en donde solo el 27% de los estudiantes evaluados de los primeros semestres conocían sobre el doble método (106).

El nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva se fortalece con el tiempo y los años de estudio es así como lo demuestra la presente investigación en donde el 60% de los estudiantes de primer semestre, el 67% de los de sexto y el 90% de los de décimo semestre tienen niveles altos y medios de conocimientos relacionados a salud sexual y reproductiva, datos contrastan con los de Vinueza Moreano A; Ruiz Sosa C; Izquierdo Condoy J; Onofre Mafla K; Hidalgo, M; Yanchapaxi, P, et al. Donde el nivel de conocimiento general es alto, esto en base a que el 88.29% de estudiantes respondieron las preguntas de manera correcta, donde se demostró elevado conocimiento sobre distintos métodos anticonceptivos (107).

En la actualidad es evidente los cambios importantes en relación a conductas y actitudes, así como los valores referentes a sexualidad en adolescentes y jóvenes. La educación relacionada a salud sexual es responsabilidad de todos, iniciándose al nacimiento, en el grupo familiar, transcurriendo durante toda la vida, en los diferentes vínculos e interacción con diversos grupos (108). La adolescencia y la juventud se caracteriza por conductas de riesgo, las mismas que pueden ser responsables de alteraciones en la salud, dejando en muchos casos secuelas.

En cuanto al uso del preservativo; los estudiantes de sexto semestre 89%, los de décimo semestre 89% y los de primer semestre 81% señalan que este evita embarazos no planificados e ITS acotando que es importante su uso en más del 90% de estudiantes, datos que tienen relación con los resultados de Vinueza Moreano A; Ruiz Sosa C; Izquierdo Condoy J; Onofre Mafla K; Hidalgo, M; Yanchapaxi, P, et al. donde la relación entre el uso de métodos anticonceptivos e ITS fue alto, en donde el 96.3% refiere que el condón masculino es una opción adecuada para prevenir VIH y el resto de ITS (107).

Más del 50% de los estudiantes de primero, sexto y decimo refieren que el uso de métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales es por iniciativa propia, el 33% de estudiantes de primero, el 19% de sexto y el 20% de los estudiantes de décimo semestre refieren q para prevenir embarazos no planificados, un bajo porcentaje de estudiantes refieren que fue por iniciativa de su compañero, hay q resaltar que ningún estudiante de primer semestre considera el uso de métodos anticonceptivos para prevenir ITS. Datos que difieren con el estudio de Vinueza Moreano A; Ruiz Sosa C; Izquierdo Condoy J; Onofre Mafla K; Hidalgo, M; Yanchapaxi, P, et al. En donde la actitud ante la decisión del uso de métodos anticonceptivos fue que el 52% lo realizó junto a su pareja, el 30% fue por cuenta propia, el 4.7% consulto con terceras personas (107).

Las principales razones para no usar métodos anticonceptivos en los estudiantes de primer semestre son no tener relaciones sexuales 34.2%, el deseo de tener hijos en el 17.7%, y el 16.5% refiere que su pareja es la que no quiere. En los estudiantes de sexto semestre las razones son fueron similares. Mientras que en los de décimo semestre refieren como primer motivo el temor a afectos secundarios 23.9%, posteriormente porque su pareja no querer 18.3% y en tercer lugar el no tener relaciones sexuales en un 14.1%, un porcentaje alto en los tres semestres no refiere razones para no usar métodos anticonceptivos. Estos datos difieren a otros estudios como el de Vinueza Moreano A; Ruiz Sosa C; Izquierdo Condoy J; Onofre Mafla K; Hidalgo, M; Yanchapaxi, P, et al. Aquí las principales razones para no usar métodos anticonceptivos fueron el deseo de embarazo en un 35.4%, y el no tener una vida sexual activa en un 34.6%, mientras que la razones para el uso de los mismo son para prevenir ITS y SIDA en un 36.6%, prevención de embarazos 33.3%, razones económicas, por sus trabajos o estudios 27.2% (107).

La etapa de la adolescencia y juventud es donde se definen en su mayoría las prácticas que son determinantes de las opciones y estilos de vida que son bases de la autoconstrucción de la salud (108). La vulnerabilidad de los jóvenes se encuentra en relación a su historia anterior, sumándose a esto la susceptibilidad o fortalezas determinadas por cambios que se pueden presentar en relación a factores sociales, demográficos, políticas socioeconómicas, la familia, así como el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva (108).

En la investigación se puede ver que en su mayoría los estudiantes tanto de primero, sexto y décimo presentan prácticas inadecuadas, y elementales pero no tiene el juicio suficiente para ser tratada como adecuada; datos que concuerdan con un estudio realizado en el 2014 en una facultad de ciencias de la salud en la Babahoyo, en cuanto al comportamiento sobre salud sexual mostró niveles medios a bajos en la población estudiada, en este estudio la mayoría fueron varones, quienes piensan y opinan según lo que aprendieron en su hogar y en la calle, no respetando la sexualidad de las mujeres, así como la protección con el uso de condón (108). Además, tiene relación con el estudio de Rodríguez M, Muñoz R y Sánchez I, en donde se concluyó que los estudiantes presentan cierto déficit de conocimientos sobre las ITS además que presentan conductas sexuales de riesgo, dando énfasis a la necesidad de concientizar a la población sobre el uso de métodos anticonceptivos no solo para evitar embarazos, sino evitar también ITS (106).

En el presente estudio el porcentaje de estudiantes que iniciaron su vida sexual fue: 42% estudiantes de primer semestre, 65% los de sexto semestre, 83% los de décimo semestre, el inicio de vida sexual predomina a los 16-17 años, estos datos tienen relación con un estudio publicado el 2016, en donde se valora los conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de Grado en Educación Infantil y Primaria de la Universidad de Jaén, donde el 78% la población de estudio refiere que la edad de inicio de su vida sexual fue a los 16,15 años, de este grupo el 87.8% uso algún método anticonceptivo, en su mayoría el preservativo 92.2%, el motivo del mismo para evitar embarazos 56,9%, no tomando en cuenta el motivo para evitar ITS 9.5% (106). En el estudio de Leon-Larios F y Gómez-Baya D, llevada a cabo en estudiantes universitarios se determinó que la edad media para la primera relación sexual fue 17,03 en este grupo el 87% afirmó que ha tenido relaciones sexuales en alguna vez (109).

La mayoría de los estudiantes de los tres semestres usaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, sin embargo, un porcentaje alto 33.3% de primer semestre, 46.2% de sexto semestre y el 47.5% de décimo semestre no uso ningún método durante su primera relación sexual, datos que tienen relación con el estudio de Gutiérrez Rosa, Alarcón R, Cuadra M, Alarcón J y Rodríguez N, el 87.5% de los estudiantes universitarios ya habían iniciado su vida sexual, el 63.2% tuvo su primera relación sexual entre los 16 y 19 años, el 49.6% no uso ningún método en la primera relación sexual (110).

El uso de algún método anticonceptivo durante la primera relación sexual fue afirmativo en el 67% de estudiantes de primer semestre, en el 54% de sexto semestre y 53% en décimo semestre, existiendo preferencia por el uso de preservativo, datos que tiene relación con los de Leon-Larios F y Gómez-Baya D donde el 87% de estudiantes usaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual, siendo aquí también de preferencia el uso de preservativo (109).

Los principales métodos anticonceptivos usados en los estudiantes de primero, sexto y décimo semestre de Medicina fueron el condón, el coito interrumpido y la píldora del día después, datos que tienen relación con el estudio de Vinueza Moreano A; Ruiz Sosa C; Izquierdo Condoy J; Onofre Mafla K; Hidalgo, M; Yanchapaxi, P, et al. En donde el preservativo es el más usado en un 70.7%, seguido coito interrumpido en 37%, el anticonceptivo de emergencia en un 35.4% y el cuarto lugar el uso de anticonceptivos orales 24.4% (107). En estos 2 estudios llama la atención que, a pesar de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, gran parte de los estudiantes de primero,

sexto y décimo semestre usan como método el coito interrumpido. Este método posiblemente este sea una causa de embarazos no planificados dentro de la institución educativa.

En cuanto al uso de la doble protección anticonceptiva, un bajo porcentaje de los estudiantes del primer semestre lo utiliza siempre en un 15%, el 7.7% del sexto semestre y un 8.5% de décimo semestre, datos que en cierta medida se relacionan con el estudio de Gómez-Sánchez I, Arévalo-Rodríguez I, en la población universitaria estudiada solo el 5.65% usa siempre la doble protección (111).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- En los estudiantes de medicina, el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual se fortalecen a través del tiempo y los años de estudio, dado que gran parte de los estudiantes de décimo semestre presentan un nivel mayor de conocimientos, en comparación a los estudiantes de primero y sexto semestre.
- Los años de estudio a través del tiempo, ayudan a tener una mejor actitud frente al uso de métodos anticonceptivos e ITS, ya que en su mayoría los estudiantes de décimo semestre tienen una mejor actitud comparado con los de sexto y primer semestre.
- A diferencia del nivel de conocimiento y las actitudes, con el paso del tiempo la influencia de la carrera de medicina no parece tener algún efecto sobre las prácticas en los estudiantes, ya que la mayor parte de estudiantes de primero, sexto y décimo semestre tienen prácticas consideradas como inadecuadas.
- A pesar que el conocimiento se fortalece con el tiempo, y estas influyen en una mejor actitud frente a la anticoncepción e ITS, estas variables no influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva en los estudiantes de primero, sexto y décimo. Mientras que las prácticas anticonceptivas de los estudiantes de primer semestre de la carrera de medicina de la UTA, si influyen en la preferencia o la frecuencia de uso del método de doble protección. A diferencia de los semestres sexto y décimo; en donde las prácticas no condicionan el uso de la doble protección anticonceptiva.

Recomendaciones

- Los profesionales de la salud quienes se encuentra encargados de la planificación familiar y de la prevención de ITS deben promover el uso de la doble protección anticonceptiva como un método seguro eficaz, principalmente en la población adolescente y adulta joven susceptible a conductas sexuales de riesgo.
- En necesario brindar una atención integral de calidad a los jóvenes, donde se tome en cuenta su sexualidad, a través de consejería y prescripción de métodos

anticonceptivos seguros, este procedimiento se debe realizar de una manera rápida y explícita, mejorando la accesibilidad a los mismos.

- Los programas sobre educación sexual que son impartidos en escuelas y colegios deben tener un enfoque integral, englobando diversos aspectos, no solamente el biológico como se ha venido realizando en la gran mayoría de programas impartidos, solo de esta manera se generara conciencia en los jóvenes, incorporando estos conocimientos a la vida diaria, a través de acciones de salud encaminadas a una sexualidad responsable.
- El conocer qué y cuanto saben los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva es una valiosa información ya que en base a esta se pueden realizar intervenciones educativas, planificar estrategias de educación y planificación en educación sexual, mejorando de esta manera la sexualidad de futuras generaciones.
- Socializar los resultados de esta investigación, la misma que puede generar interés en los estudiantes universitarios, siendo de base para futuras investigaciones inherentes a la temática.
- Es necesario evaluar en que semestres de la Carrera de Medicina se imparten conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, analizar si estos satisfacen las necesidades de los estudiantes universitarios deben conocer, actualizar los contenidos según necesidades y promover en los estudiantes universitarios el uso de la doble protección anticonceptiva.
- Analizar la implementación un módulo o una materia en particular sobre temas de salud sexual y reproductiva en los estudiantes de los primeros semestres de la carrera de medicina, con el objetivo de fortalecer conocimientos preexistentes, evitar embarazos no planificados e ITS en los estudiantes universitarios.
- Incentivar en los estudiantes universitarios el autocuidado, a través del uso de métodos anticonceptivos como una estrategia de retención y sostenibilidad académica, para lograr sus aspiraciones y poder culminar satisfactoriamente su carrera universitaria.
- El conocimiento sobre salud sexual y reproductiva se fortalece con el tiempo y los años de estudio en los estudiantes de la carrera de Medicina, eso se demostró en la presente investigación, se sugiere realizar estudios similares en otras facultades y determinar que conocimientos sobre métodos anticonceptivos e ITS conoce la población universitaria, dicha información será de gran utilidad para la

universidad, donde se pueda considerar futuras estrategias de educación sexual en diferentes facultades.

- Realizar charlas o capacitaciones continuas sobre el uso de métodos anticonceptivos y como adquirirlos, e infecciones de transmisión sexual en otras facultades, ya que la gran mayoría de estudiantes conoce solo lo que ha escuchado en su colegio, sin recibir ningún tipo de asesoría en la universidad, siendo esta población una de las más vulnerables a presentar conductas sexuales de riesgo, susceptibles a desarrollar embarazos no deseados e ITS.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 Tema

Estrategia de educación virtual sobre educación sexual y reproductiva en estudiantes universitarios.

6.2 Datos Informativos

Institución ejecutora: La presente propuesta se ejecutará en el primer semestre de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato durante el periodo Abril 2021 – Febrero 2022

Localización:

Provincia: Tungurahua

Cantón: Ambato

Parroquia: Ingahurco Bajo

Beneficiarios:

- Directos: Estudiantes Universitarios
- Indirectos: Sociedad en general

Tiempo estimado para duración: 11 meses, posteriormente se valorará la aplicación de la propuesta de manera indefinida

Costo Aproximado: Indeterminado

Equipo Responsable: Autora de la propuesta, docentes universitarios, personal de NTICs, responsable de la plataforma universitaria.

6.3 Antecedentes De La Propuesta

La presente investigación se realizó en la Universidad Técnica de Ambato, donde se determinó si los conocimientos, las actitudes y prácticas influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva. La información se recolectó por medio de una encuesta etnográfica realizada a 230 estudiantes de primero, sexto y décimo semestre de la Carrera de Medicina, para determinar la existencia o no de independencia de las variables se aplicó la prueba de Chi- cuadrado de Pearson, se consideraron como significativos valores de $p < 0.05$. Los resultados permiten afirmar que el nivel de conocimientos sobre educación sexual y reproductiva de tienen los estudiantes de medicina no influye en el uso de la doble protección anticonceptiva (112), se determinó también que las actitudes tampoco influyen en el uso de la doble protección, en cuanto a las practicas sobre

anticoncepción e ITS estas si influyen sobre el uso de la doble protección anticonceptiva en los estudiantes de primer semestre, estos resultados difieren con los estudiantes de sexto y décimo semestre donde la practicas no condicionan el uso de la doble protección anticonceptiva.

Tomando en cuenta los resultados de esta investigación, se vio la necesidad de formular una estrategia para fortalecer el conocimiento sobre educación sexual y reproductiva en los estudiantes universitarios, haciendo énfasis en el uso de la doble protección anticonceptiva como método para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

La razón principal para usar métodos anticonceptivos en los adolescentes y en los jóvenes, es para prevenir un embarazo no planificado, pocos consideran que además necesitan prevenir una ITS. Los adolescentes y los adultos jóvenes encontrándose aquí los universitarios son un grupo vulnerable a conductas sexuales de riesgo, las mismas que tienen grandes repercusiones, como el embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual que en los estudiantes universitarios se encuentra asociado a eventos adversos, como interrupción del embarazo con el alto riesgo que conlleva, deserción escolar, el aplazamientos de objetivos académicos, que comprometen el desarrollo profesional e individual (113).

6.4 Justificación

La investigación previa reportó datos relevantes relacionados con conocimientos sobre educación sexual y reproductiva en estudiantes universitarios, así como el uso de la doble protección anticonceptiva, por tal motivo, es necesario implementar una estrategia para fortalecer el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, donde los beneficiarios directos serán los estudiantes universitarios y de manera indirecta la sociedad en general, ya que como parte del personal de salud serán los encargados de transmitir información relacionada con la sexualidad, ITS, anticoncepción, etc., por lo tanto los conocimientos que poseen deben ser sólidos.

En la actualidad, el inicio de las relaciones sexuales es cada vez más temprano, y esto expone a los adolescentes a conductas sexuales de riesgo entre estas: parejas sexuales múltiples, relaciones sexuales bajo el consumo de alcohol o drogas, relaciones sexuales

sin ningún tipo de protección, etc., que pueden resultar en la adquisición de alguna enfermedad de transmisión sexual, o embarazo no planificado (114).

Se han implementado estrategias a nivel educativo, como la disponibilidad de preservativos junto con educación, a pesar de que tienen varios puntos de vista controvertidos, han resultado en disminución de las ITS, aumentando el uso anticipado de preservativos en los adolescentes. Se ha realizado videos con simulaciones y situaciones sexuales, que han demostrado menos fallas en el uso correcto del preservativo. En Estados Unidos, se realizó una intervención, evaluando inicialmente a un grupo con diversos comportamientos sexuales, se pudo intervenir, valorando el riesgo de adquirir una ITS, en el control se evidenció, un mejor conocimiento sobre ITS, la comunicación relacionada con abstinencia o el uso de métodos anticonceptivos mejoró entre padres e hijos, existió una disminución en el inicio de relaciones sexuales, y en las relaciones sexuales sin ningún tipo de protección (48).

Una estrategia implementada, donde se buscó retrasar el inicio temprano de relaciones sexuales, y promover el uso del preservativo por medio de capacitaciones a un grupo y fueron ellos los que transmitían los conocimientos a un de grupo menor grado escolar, se pudo demostrar que se modificaron positivamente las actitudes, el comportamiento (48).

La educación sexual es fundamental para promover actitudes y comportamientos saludables, de tal manera que los adolescentes y los adultos jóvenes puedan asumir responsablemente su vida sexual y social. Está comprobado que la información temprana sobre sexualidad es la mejor estrategia de prevención de embarazos no planificados, abortos inseguros, ITS, violencia sexual, etc., (115). La introducción de un programa en educación sexual a nivel escolar o universitario, en países conservadores puede producir cierta resistencia (115), sin embargo es un reto que se puede justificar.

6.5 Objetivos

Objetivo General

Implementar una estrategia de educación virtual sobre educación sexual y reproductiva en estudiantes universitarios.

Objetivos Específicos

1. Reforzar el conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios.
2. Aumentar el conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual en Estudiantes Universitarios
3. Incentivar el uso de la doble protección anticonceptiva evitando así embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual.

6.6. Análisis De Factibilidad

La implementación de una estrategia de educación virtual sobre educación sexual y reproductiva en estudiantes universitarios como parte de la solución del problema investigado, desde el punto de vista administrativo es factible, ya que para la implementación del proyecto se realizarán los trámites respectivos y se obtendrá la autorización por parte de las autoridades de la Universidad Técnica de Ambato.

Desde un punto de vista técnico se puede realizar, ya que la autora de la propuesta y docentes universitarios que formen parte de la estrategia virtual, serán los encargados de seleccionar la información bibliográfica sobre educación sexual y reproductiva necesaria para la elaboración de los módulos virtuales. Los módulos virtuales se realizarán a través de videos explicativos, más información bibliográfica de apoyo. El personal a cargo de realizar los videos explicativos será la autora de la propuesta, más personal designado de NTICs de la Universidad. La subida de información virtual a la plataforma se realizará a cargo del responsable de la plataforma universitaria con supervisión de la autora de la propuesta.

Desde el punto de vista económico, si bien la autora de la propuesta aportará con información bibliográfica necesaria para los módulos virtuales, el presupuesto de ser el caso deberá facilitar la institución en donde se desarrollará la estrategia de educación virtual, el mismo que brindará los recursos necesarios para su aplicación inmediata. Desde un punto de vista científico, la información sobre educación sexual y reproductiva es abundante en bibliotecas virtuales, además existen actualizaciones periódicas sobre el tema, además de investigaciones que se han realizado sobre el mismo, toda esta información que permitirán aplicar la propuesta de mejor manera en beneficio del de los estudiantes universitarios.

6.7 Fundamentación

La educación sexual que se ha impartido según críticas se encuentra más ligado a los conocimientos biológico, y a pesar de estos los jóvenes desconocen de su propio cuerpo, y peor aún sobre el uso de métodos anticonceptivos (116). Existe información errónea sobre el uso de anticonceptivos, que genera ciertas dudas y temores en los jóvenes, esta se tramite a través de amigos, en su contexto social o familiar (114), además de las limitaciones para acceder a los servicios de salud, son situaciones que influyen en las preferencias de usar o no anticonceptivos (116). Los conocimientos si es que se imparten en el hogar se encuentran más relacionado a lo biológico, y autocuidado, el conocimiento es limitado. Se debe considerar a la educación sexual y reproductiva a impartir, un aspecto complementario de la formación integral de las personas, por lo que requiere la comunicación y orientación adecuada por parte de los padres (116).

Los adolescentes y los adultos jóvenes encontrándose en este grupo los estudiantes universitarios, se encuentran en un proceso de consolidar actitudes y comportamientos que determinarán sus futuras prácticas sexuales, pero también son vulnerables a participar frecuentemente en prácticas sexuales inseguras (48). La información deficiente sobre salud sexual y reproductiva incita a los adolescentes a comportamientos sexuales de riesgo. Los cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales a los que se enfrentan, afectan de cierta manera la forma de responder a las presiones sociales y demandas del medio. Varias son las razones que consideran a este grupo de prioridad en recibir educación sexual y reproductivas, pues se encuentran en la etapa del ciclo vital donde existe el inicio de relaciones más abiertas, el mismo que se encuentra en relación a los cambios físicos y mentales (114).

Las consecuencias de este tipo de conductas sexuales de riesgo, afecta principalmente a la población adolescente y a los adultos jóvenes, donde merecen una especial atención ya que la gran mayoría se encuentra cursando algún grado de estudio. Los embarazos no planificados, pueden terminar en abortos inseguros, en otros casos madres que terminan cuidando solas a sus hijos (114). Otra consecuencia de prácticas sexuales inseguras son las ITS, cada día según la OMS, más de 1 millón de personas desarrolla alguna infección, la mayor parte no presentan síntomas pero son una fuente de contagio latente (115). Según datos de la OPS, en los adolescentes de 15 a 19 años el 15% adquiere alguna ITS cada año (48).

Las ITS tienen repercusiones en la salud reproductiva de la mujer, en la salud materna y neonatal, el 10 a 40% de mujeres infectadas con clamidia y que no son tratadas, desarrollan una enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), responsable del 30 a 40% de infertilidad en la mujer, además el riesgo que desarrollar un embarazo ectópico aumenta 6 a 10 veces. La infección por VPH, puede dar origen a la aparición cáncer de cuello uterino. Existen infecciones congénitas y perinatales que se encuentran asociadas a ITS, la sífilis no tratada termina en muerte fetal en un el 25%, y muerte neonatal en un 14%, siendo responsable de muerte perinatal del 40% aproximadamente. Las infecciones por gonococo terminan en abortos espontáneos, los partos prematuros llegan hasta el 35%, las muertes perinatales se presentan hasta un 10%, son responsables de infecciones oculares como oftalmia neonatal, que es causa de ceguera si no es tratada a tiempo (51).

La educación en salud sexual y reproductiva integral son las principales medidas de prevención y control de ITS, permite adquirir conocimientos, forma valores, creencias, actitudes en relación a la identidad, a las relaciones y a la intimidad, el objetivo es fomentar una salud sexual y reproductiva saludable y responsable.

La educación sexual integral que se necesita debe contar con un plan estructurado de estudios, donde se traten diversos temas relacionados con aspectos cognitivos, emocionales, sociales y físicos relacionados a la sexualidad, el objetivo del mismo es proveer conocimientos necesarios, dotar de actitudes, aptitudes y valores que permitan gozar de salud, bienestar, dignidad, así también fomentar el establecimiento de relaciones sociales y sexuales con respeto y responsabilidad, además ser conscientes que toda elección afecta su bienestar y el de otras personas, además de conocer sus derechos (117).

En nuestro país se han implementado programas de educación sexual, que han tenido ciertas limitaciones, su cobertura ha sido baja, esto justifica el conocimiento limitado sobre salud sexual y reproductiva, un porcentaje considerable presenta actitudes y comportamiento de riesgo. Lo expuesto demuestra la necesidad de fortalecer estos programas y generar nuevos que pueden modificar estas conductas de riesgo, para esto es fundamental la participación de actores políticos, comunitarios, educativos, así también en el ámbito familiar, de tal manera que se puedan suscitar cambios saludables en los jóvenes, desarrollando responsabilidad sexual, el seguimiento a largo plazo de estos programas determinará su efectividad y su impacto positivo en los jóvenes, esto garantizará que perduren con el tiempo.

6.8 Metodología - Modelo Operativo

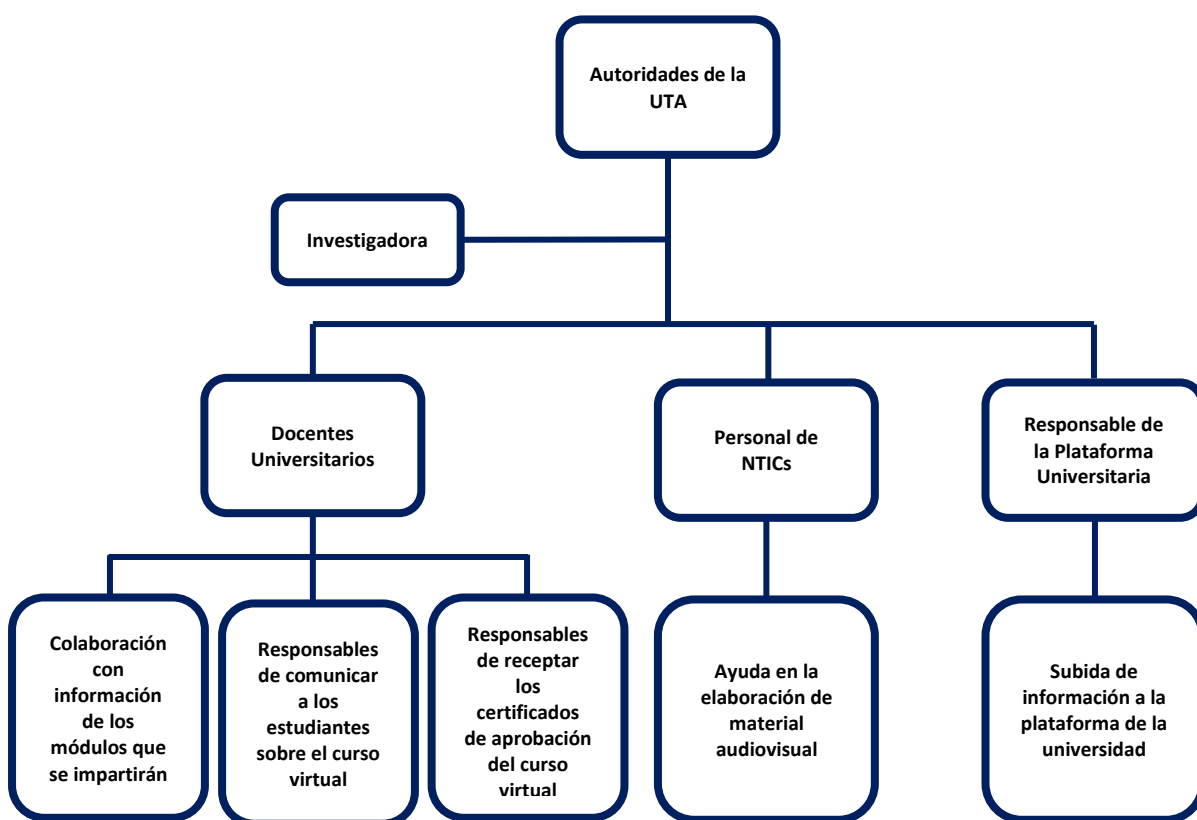
Fases	Metas	Actividades	Recursos	Tiempo	Responsables
Planificación	-Presentación de los resultados de la investigación y la propuesta al Decano de la Facultad y a Consejo Universitario para obtener la autorización para implementar la propuesta	-Solicitud dirigida al Decano de la FCS de la UTA y a Consejo Universitario para presentación de los resultados y la propuesta	Talento humano Materiales e insumos	1 mes Abril 2021	Autora de la propuesta
	-Diseñar una estrategia de educación virtual sobre educación sexual y reproductiva en estudiantes universitarios.	-Seleccionar material bibliográfico y componentes de la estrategia de educación virtual sobre educación sexual y reproductiva en estudiantes universitarios	Talento humano Materiales e insumos Material bibliográfico, Computador - Internet	2 meses Mayo-junio 2021	Autora de la propuesta
	Establecer un cronograma de actividades para presentación de los módulos virtuales	- Creación de 6 módulos virtuales sobre educación sexual y reproductiva. -Elaboración de evaluaciones de los módulos y certificado de aprobación. - Subir material Virtual a la plataforma de la Universidad -Comunicar a los estudiantes universitarios de primer semestre que deben aprobar los módulos virtuales	Talento humano Materiales e insumos Material bibliográfico Computador - Internet Acceso a la plataforma universitaria	6 meses Julio-diciembre 2021	Autora de la propuesta Responsable de NTIC. Docentes de la Carrera de Medicina

Fases	Metas	Actividades	Recursos	Tiempo	Responsables
Ejecución	-Presentar los resultados de la investigación y la propuesta, al Decano de la Facultad y a Consejo Universitario para obtener la autorización para implementar la propuesta	Exposición por parte de la investigadora.	-Talento Humano (Investigadora), Auditorio, Material audiovisual, Proyector	Abril-mayo 2021	-Talento humano Autora de la propuesta
	- Entrega de la propuesta a las autoridades de la Universidad y obtener aprobación para la misma	Documento de la propuesta impreso	Talento Humano (Investigadora), Computador, impresora hojas de papel bon A4.	Mayo-junio 2021	-Talento humano Autora de la propuesta.
	Cronograma de Actividades	-Módulo 1 • Tema: Atención de la salud sexual y reproductiva como derecho humano. Ética y anticoncepción. Evaluación del módulo -Módulo 2 • Tema: Comportamiento sexual de riesgo. Embarazo no planificado. ITS generalidades. Evaluación del módulo -Módulo 3 • Tema: Uso informado de métodos anticonceptivos. Eficacia de los métodos anticonceptivos. Elección de anticonceptivos. Evaluación del módulo -Módulo 4 • Tema: Tipos de métodos anticonceptivos. Evaluación del módulo -Módulo 5 • Tema: Tipos de ITS Parte 1 (Sífilis, Herpes genital, linfogranuloma venéreo, chancro blando, VPH). Evaluación del módulo -Módulo 6 • Tema: Tipos de ITS Parte 2 (Uretritis, Cervicitis, hepatitis, VIH-SIDA). ITS y anticoncepción: doble protección. Evaluación del módulo - Evaluación final - Certificado de aprobación	Talento humano Material bibliográfico Material audiovisual Computador - Internet Acceso a la plataforma universitaria	Julio-diciembre 2021	Talento humano Autora de la propuesta Responsable de NTICs Docentes de la Carrera de Medicina

Fases	Metas	Actividades	Recursos	Tiempo	Responsables
Monitoreo	Realizar ajustes en el caso de incumplimiento de las distintas actividades previamente establecidas, el monitoreo se realizará cada 3 meses	Dar seguimiento a las actividades planificadas	Talento Humano Materiales e insumos	Julio 2021 Octubre 2021 Enero 2021	Autora de la Propuesta
Evaluación	- Evaluación crítica de la Estrategia de Educación Virtual, para valorar la implementación continua de la misma. - Obtener informe de análisis y recomendaciones	Solicitar una evaluación de la estrategia de educación virtual por un grupo de expertos	Talento humano Autora de la propuesta Docentes de la Carrera de Medicina Grupo de expertos	Febrero 2022	Talento humano Autora de la propuesta Docentes de la Carrera de Medicina

6.9 Administración

La estrategia de educación virtual sobre educación sexual y reproductiva en estudiantes universitarios, se realizará con previa autorización de las autoridades de la Universidad Técnica de Ambato, se realizará por la investigadora, con la colaboración de docentes universitarios, personal responsable de la plataforma universitaria y participación activa del personal de NTICs, quienes serán de ayuda en la elaboración de los módulos virtuales que se subirán a la plataforma de la universidad, los estudiantes al final del semestre debe presentar la aprobación del curso a los docentes universitarios que forman parte de este proyecto.



6.10 Previsión De La Evaluación

Para el cumplimiento de las actividades planificadas, se realizará un monitoreo cada 3 meses, dando ajustes en el caso de incumplimientos de actividades previamente establecidas.

Ya instaurada la estrategia de educación virtual, después de cada módulo, los estudiantes deben realizar una evaluación, con un valor igual o superior a 8 sobre 10 puntos, permitirá

la aprobación de la misma, lo que dará acceso al siguiente módulo. Después de haber aprobado todos los módulos, se debe rendir una evaluación final para obtener el certificado del curso virtual, dicho certificado debe ser entregado al final del semestre a los docentes universitarios designados que receptaran dichos certificados.

Al finalizar el semestre, un comité designado por la universidad, realizará una evaluación crítica de la estrategia implementada, dando un informe detallado con análisis y recomendaciones, además se valorará la implementación continua de dicha estrategia en los primeros semestres de los siguientes ciclos académicos de medicina que se abrirán, además se analizará si la propuesta se puede implementar en otros semestres u otras carreras universitarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Covarrubias-Lopez E, Ramírez-Villegas R, Verde-Flota E, Rivas-Espinosa J, Rivero-Rodríguez L. Utilización de Métodos Anticonceptivos en estudiantes de Enfermería. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro* [Internet]. 2016;18(1):31–43. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/10298>
2. Vila-Belta J, Treviño-Siller S. Migrantes latinoamericanos en Madrid: percepciones y significados sobre reproducción y sexualidad [Internet]. 2017. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/42556/>
3. Barinas I, Carrión M, Mancebo D, Peralta Z, Mejía I, Díaz Pujols J, et al. Protocolo de atención para manejo de consejería y asesoría en anticoncepción para adolescentes. *Minist Salud Pública República Dominic* [Internet]. 2017;1–30. Disponible en: <https://repositorio.msp.gov.do/handle/123456789/963>
4. Acosta Silva M, De la Rosa Ferrera M, Reasco Erazo M, Vila Maffare M. Uso de Métodos Anticonceptivos por las Adolescentes que Acuden al Centro de Salud del Área No. 2 de la Ciudad de Esmeraldas. *Rev Hallazgos21* [Internet]. 2018;3:1–9. Disponible en: <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/237/143>
5. Herrera Zuleta I, Reyes Salazar J, Rojas Velasco K, Tipán M, Torres López C, Vallejo Trujillo L, et al. Salud sexual reproductiva en estudiantes universitarios: conocimientos y prácticas. *Rev Cienc y Cuid* [Internet]. 2018;15(1):58–70. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1233/1189>
6. Quintana Pantaleón C. Anticoncepción en la adolescencia. *Pediatr Integr* [Internet]. 2017;XXI(5):312 – 322. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-07/anticoncepcion-en-la-adolescencia/>
7. Morales Papalotzi D, Méndez Ahuactzin J, Merino Gómez H. Guía sobre métodos anticonceptivos, corresponsabilidad masculina en la doble protección [Internet]. 2016. 1–52 p. Disponible en: <http://indesol.gob.mx/cedoc/pdf/III. Desarrollo Social/Salud Sexual y Reproductiva/Por una Sexualidad Sana en la Juventud. Guía>

sobre Métodos Anticonceptivos.pdf

8. Sánchez-Retana C, Leiva-Granados R. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica* [Internet]. 2016;14(1):1–23. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012016000200083&lang=pt
9. Macaya Pascual A, Ferreres Riera JR, Campoy Sánchez A. Intervenciones conductuales para la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado: revisión de revisiones sistemáticas. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2016;107(4):301–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.10.010>
10. Moreno-Ribera N, Fuertes-De Vega I, Blanco-Arévalo JL, Bosch-Mestres J, González-Cordón A, Estrach-Panella T, et al. Infecciones de transmisión sexual: experiencia de una consulta multidisciplinar en un hospital terciario (2010-2013). *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2016;107(3):235–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.10.007>
11. Hernández-Bel P. The Resurgence of Sexually Transmitted Infections. A New Epidemic in Our Society? *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2016;107(3):175–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952203>
12. Fernandez R. La Salud Sexual en los adolescentes españoles. 2016; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26952203>
13. Organización Mundial de la Salud. ESTRATEGIA MUNDIAL DEL SECTOR DE LA SALUD CONTRA LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 2016–2021. 2016; Disponible en: <http://www.who.int>
14. Mendoza Tascón L, Claros Benitez D, Peñaranda Ospina C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *REV CHIL Obs GINECOL* [Internet]. 2016;81(3):243–53. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300012
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021. Viceministerio Gob la Salud Pública [Internet].

- 2017;274. Disponible en: <http://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN NACIONAL DE SS Y SR 2017-2021.pdf>
16. Aranda Flores CE. Infección por virus del papiloma humano: historia natural del cáncer de pene. *Gac Mex Oncol* [Internet]. 2016;15(5):323–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2015.12.011>
 17. Martín Perpiñán C. Anticoncepción en adolescentes: Educación sexual y asistencia adecuada. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* [Internet]. 2016;7(2):19–22. Disponible en: <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E20/P1-E20-S944-A378.pdf>
 18. Nebot L, Díez E, Martín S, Estruga L, Villalbí JR, Pérez G, et al. Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes. *Gac Sanit* [Internet]. 2016;30(1):43–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.03.003>
 19. Organización Panamericana de la Salud. Acelerar el progreso hacia la reducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. 2016. 52 p. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 20. Mendoza Tascón L, Claros Benitez D, Peñaranda Ospina C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *REV CHIL Obs GINECOL*. 2016;81(3):243–53.
 21. Lapeira Panneflex P, Acosta Salazar DP, Vásquez Munive M. Conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes de la cultura Caribe en anticoncepción. *CUIDARTE* [Internet]. 2016;7(1):1204–9. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/243>
 22. Melody S, Mónica P, Daniela M, Juan José V, Esteban L. Boletín técnico Encuesta Nacional De Salud y Nutrición, 2018. 2019; Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
 23. Melody S, Mónica P, Daniela M, Juan José V, Esteban L. Boletín técnico 2018 Encuesta Nacional De Salud y Nutrición. 2019.
 24. Hernandez Cespedes JD, Velásquez Lopez RN, Pinzón Gutiérrez CM.

- Conocimiento, actitud y práctica en anticoncepción en adolescentes escolarizados en la comuna 1 de Villavicencio. *Cienc y Salud Virtual*. 2017;9(1):4–12.
25. Gutiérrez Enríquez S, Sánchez Rojas MB, Terán Figueroa Y, Hernández, Gaytán D. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en alumnos de tercer grado de secundaria en una institución privada. *PARANINFO Digit* [Internet]. 2018;12(28):1–8. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n28/e142.php>
 26. Fuentes AZ, Teva I, Bermúdez MP. Conocimiento y Fuentes de Información sobre las ITS / VIH , Comunicación sobre Sexo y Actitud Hacia el Uso del Preservativo en Adolescentes y Padres / Madres Salvadoreños. *Rev Iberoam Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica RIDEP* [Internet]. 2017;3(45):97–107. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiI1afQqYXqAhXYQzABHSf8DdcQFjAAegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.aidep.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2017-10%2FRIDEP45.3.08_0.pdf&usg=AOvVaw2Atet4Wd4dT_g1vvdCLXIR
 27. Constitución De La Republica del Ecuador. Regist ofcial 449 20 Oct 2008 [Internet]. 2008;1–218. Disponible en: www.epmapasd.gob.ec/documentos/epmapasd_transparencia/2019/julio/a2/anexos/CONSTITUCION_DE_LA_REPUBLICA_DEL_ECUADOR.pdf
 28. Asamblea Nacional Del Ecuador. Ley Organica De Salud. Regist Of Supl 423 22-dic-2006 [Internet]. 2006;1–46. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>
 29. Távara L. Simposio: Bioética Y Atención De La Salud Sexual Y Reproductiva Symposium: Bioethics and Care in Sexual and Reproductive Health. *Rev Peru Ginecol Obs* [Internet]. 2017;63(4):581–90. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a06v63n4.pdf>
 30. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Asesoría en salud sexual y reproductiva. Manual. [Internet]. Dirección. Quito; 2017. 1–53 p. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/es/publications/manual-de-asesoría-en-salud-sexual-y-reproductiva-2017>

31. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. Argentina; 2018. 1–12 p. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiylLDIs4zpAhXCJt8KHTXaCZQQFjADegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F274656%2F9789243512884-spa.pdf&usg=AOvVaw2Wh8FWifREDIgKLh>
32. Primer Informe Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos En Chile-Regulación de la Fertilidad. 2016;65–97. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2j93O9IfqAhUVQjABHSIVBoEQFjABegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fmileschile.cl%2Fcms%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F01%2FInforme-DDSSRR-2016-Regulaci%25C3%25B3n-de-la-Fertili>
33. Primer Informe Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos En Chile-Regulación de la Fertilidad. 2016;65–97.
34. Corporación Miles. Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile. Primer Informe [Internet]. Chile; 2016. 1–176 p. Disponible en: https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&sxsrf=ALeKk027pG9JQTVpV4G8vT_jwc5DgzZiOw%3A1592447821979&ei=TdPqXsqpO6GKgge-upDwCQ&q=Salud+Sexual+Salud+Reproductiva+y+Derechos+Humanos+en+Chile.+Primer+Informe&oq=Salud+Sexual+Salud+Reproductiva+y+Derechos
35. Uribe Rodríguez AF, Castellanos Barreto J, Cabán Huertas M. Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Rev Psicol Univ Antioquia*. 2016;8(2):27–48.
36. Castillo-Arcos L, Alvarez-Aguirre A, Bañuelos-Barrera Y, Valle-Solís MO, Valdes-Montero C, Katún-Marín M. Edad, Género y Resiliencia en la Conducta Sexual de Riesgo para ITS en Adolescentes al Sur de México. *Enfermería Glob* [Internet]. 2017;16(45):168–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.234921>

37. Alfonso L, Figueroa L. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Ciencias Medicas Pinar del Río* [Internet]. 2017;21(2):193–301. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n2/rpr20217.pdf>
38. Tapia-Martínez H, González-Hernando C, Puebla-Nicolás E. Influencia de determinantes de género en la anticoncepción de estudiantes de Enfermería y Obstetricia mexicanas. *Enfermería Univ* [Internet]. 2017;14(4):251–8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706317300623>
39. Uribe Rodríguez A, Castellanos Barreto J, Cabán Huertas M. Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Rev Psicol Univ Antioquia* [Internet]. 2016;8(2):27–48. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjLj6nO14HpAhVXbc0KHUVaBeUQFjABegQIBxA B&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6059401.pdf&usg=AOvVaw3dR6rr6okc_hp2Xbrlp1xO
40. Uribe Rodríguez A, Castellanos Barreto J, Cabán Huertas M. Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Rev Psicol Univ Antioquia*. 2016;8(2):27–48.
41. Leon-Larios F, Gómez-Baya D. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD RESPONSABLE EN JÓVENES. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2018;92(2):1–15. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL92/ORIGINALES/RS92C_201806028.pdf
42. Leon-Larios F, Gómez-Baya D. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD RESPONSABLE EN JÓVENES. *Rev Esp Salud Pública*. 2018;92(2):1–15.
43. García C, Calvo F, Carbonell X, Giralt C. CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA. *Heal Addict 2017* [Internet]. 2017;17(1):63–71. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320900616_Consumo_intensivo_de_al

cohol_y_conductas_sexuales_de_riesgo_en_poblacion_universitaria

44. Rodríguez-Jiménes MJ. Problemas ginecológicos más frecuentes y anticoncepción en la adolescencia. AEPap (ed) Curso Actual Pediatría [Internet]. 2017;3(0):223–32. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjXl4qSu4zpAhUnmuAKHaoWCTgQFjAFegQIBhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.aepap.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F223-232_problemas_ginecologicos_mas_frecuentes.pdf&usg=AOvVaw0OT71
45. Quintana Pantaleón R. Anticoncepción en la adolescencia. ADOLESCERE [Internet]. 2018;6(2):38–47. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj_2vD9w4zpAhViTd8KHXEBCJsQFjAAegQIBhAB&url=https%253A%252F%252Fwww.adolescenciasema.org%252Farchivos%252FREVISTA%252520ADOLESCERE%252Fvol6num2-2018%252F38-47-Anticoncepcion%252520en%252
46. Electra González A, Breme P, González D, Temistocles Molina G, Leal F I. Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva. REV CHIL Obs GINECOL [Internet]. 2017;82(6):692–705. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n6/0048-766X-rchog-82-06-0692.pdf>
47. Labovsky M. AMÉRICA LATINA, GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ¿CÓMO NOS ENCUENTRA EL 2019? Gineco Flasog [Internet]. 2019;(10):1–52. Disponible en: https://issuu.com/flasog2017/docs/revista_flasog_no10
48. Sneidern E Von, Quijano L, Paredes C, Obando E. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES. RevMedicaSanitas 19 [Internet]. 2016;19(4):198–207. Disponible en: https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&sxsrf=ALeKk027pG9JQTVpV4G8vT_jwc5DgzZiOw%3A1592447821979&ei=TdPqXsqpO6GKgge-

- upDwCQ&q=Salud+Sexual+Salud+Reproductiva+y+Derechos+Humanos+en+Chile.+Primer+Informe&oq=Salud+Sexual+Salud+Reproductiva+y+Derechos
49. González Bango MA, Blanco Pereira ME, Ramos Castro G, Martínez Leyva G, Rodríguez Acosta Y, Jordán Padrón M. Educación en infecciones de transmisión sexual desde la adolescencia temprana: necesidad incuestionable. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2018;40(3):768–83. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2432/3874%0A783>
 50. Sneidern E Von, Quijano L, Paredes C, Obando E. ESTRATEGIAS EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES. *RevMedicaSanitas* 19. 2016;19(4):198–207.
 51. Reyes AE. Infecciones de transmisión sexual un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. *Comunidad y Salud*. 2016;14(2):63–71.
 52. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar. 3ra Edición [Internet]. Washington-EEUU.: USAID; 2019. 1–460 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>
 53. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar. 3ra Edición. Washington-EEUU.: USAID; 2019. 1–460 p.
 54. Ministerio de Salud Perú. Norma Técnica De Salud De Planificación Familiar [Internet]. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Lima: © MINSA; 2017. 1–130 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
 55. Ministerio de Salud Perú. Norma Técnica De Salud De Planificación Familiar. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Lima: © MINSA; 2017. 1–130 p.
 56. Ministerio de Salud Chile. NORMAS NACIONALES SOBRE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD [Internet]. Gobierno de Chile. Chile; 2016. 1–252 p. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-

57. Ministerio de Salud Chile. NORMAS NACIONALES SOBRE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD. Gobierno de Chile. Chile; 2016. 1–252 p.
58. Ministerio De Salud de Chile. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR RM N°652-2016 MINSa [Internet]. Lima; 2017. 1–28 p. Disponible en:https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi7vcyvhl_pAhUjVt8KHxQEC-8QFjAAegQIBBAb&url=http%3A%2F%2Fbvs.minsa.gob.pe%2Flocal%2FMINSA%2F4130.pdf&usg=AOvVaw2olSvUpuxyIiqJa6OYircm
59. Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social Paraguay. Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres [Internet]. Vera C, Diaz C, editors. Segunda Edición. Asunción; 2018. 1–136 p. Disponible en: <http://www.codajic.org/node/3176>
60. Ministerio De Salud de Chile. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR RM N°652-2016 MINSa. Lima; 2017. 1–28 p.
61. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera Edición 2018 [Internet]. Suiza; 2018. 1–70 p. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwimj7_u9OjoAhVymeAKHfmgBRAQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F259814%2F9789243565408-spa.pdf%3Fsequence%3D1&usg=AOvVaw1
62. Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social Paraguay. Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres. Vera C, Diaz C, editors. Segunda Edición. Asunción; 2018. 1–136 p.
63. Guzman MA. Infecciones de transmisión sexual, un reto permanente y en constante aumento. *Biomédica* [Internet]. 2017;37(1):295–8. Disponible en:

<https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4054>

64. Beltrán Higuera S. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. RevMedicaSanitas [Internet]. 2016;19(4):174–7. Disponible en: <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/61/Editorial.pdf>
65. Cabello A, Górgolas M. Sífilis. Realidad de una epidemia actual. Med Clin (Barc) [Internet]. 2017;149(12):540–1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2017.07.008>
66. Hernández-Bel P. El resurgir de las infecciones de transmisión sexual. ¿una nueva epidemia en nuestra sociedad? Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2016;107(3):175–7. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-el-resurgir-las-infecciones-transmision-articulo-S0001731016000971>
67. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS) 2018-2022 [Internet]. Quito. Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud; 2018. 83 p. Disponible en: <http://salud.cob.ec>
68. Ministerio De Salud de Uruguay. Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento, prevención y vigilancia de las Infecciones de Transmisión Sexual [Internet]. Uruguay; 2018. 1–92 p. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-diagnostico-tratamiento-prevencion-vigilancia>
69. Ministerio De Salud de Chile. Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) [Internet]. Chile; 2016. 1–111 p. Disponible en: [https://www.cemera.cl/sogia/pdf/2016/Norma de Profilaxis Diagnostico y Tratamiento de las Infecciones de Transmision Sexual.pdf](https://www.cemera.cl/sogia/pdf/2016/Norma%20de%20Profilaxis%20Diagnostico%20y%20Tratamiento%20de%20las%20Infecciones%20de%20Transmision%20Sexual.pdf)
70. Vasquez-Bonilla W, Rotela-Fisch V, Ortiz-Martínez Y. Virus Del Papiloma Humano: Revisión De La Literatura. Cienc e Investig Med Estud Latinoam. 2017;22(1):72–6.
71. Castellano VE, Gentile Á. Vacunación para el Virus del Papiloma Humano. Rev Hosp Niños (B Aires) [Internet]. 2018;60(268):49–55. Disponible en:

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-651555>

72. Notejane M, Zunino C, Aguirre D, Méndez P, García L, Pérez W. Estado vacunal y motivos de no vacunación contra el virus del papiloma humano en adolescentes admitidas en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Medica Del Uruguay* [Internet]. 2018;34(2):76–81. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2018v2/art2.pdf>
73. Gutiérrez-Sandí W, Blanco-Chan C. Las enfermedades de transmisión sexual y la salud sexual del costarricense. *Tecnol en Marcha* [Internet]. 2016;29(3):117–31. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjfy4-Lmp7pAhXkUt8KHbJXBR0QFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.scielo.sa.cr%2Fpdf%2Ftem%2Fv29n3%2F0379-3982-tem-29-03-00117.pdf&usg=AOvVaw2wI-dC5yUmEno1wdTivCoW>
74. Gutiérrez-Sandí W, Blanco-Chan C. Las enfermedades de transmisión sexual y la salud sexual del costarricense. *Tecnol en Marcha*. 2016;29(3):117–31.
75. Otero-Blanca A, Marrero-Domínguez K. Prevención contra la infección causada por los Virus del Papiloma Humano 6 y 11 : estrategias seguidas para el desarrollo de candidatos vacunales. *CENIC Ciencias Biológicas* [Internet]. 2017;48(3):95–106. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1812/181253610004.pdf>
76. Castellano VE, Gentile Á. Vacunación para el Virus del Papiloma Humano. *Rev Hosp Niños (B Aires)*. 2018;60(268):49–55.
77. Medina Fernández IA, Gallegos-Torres RM, Cervera-Baas ME, Cob-Tejeda RA, Jiménez-Laces J, Ibarra-Escobedo O. Conocimiento del virus del papiloma humano y su vacuna por parte de mujeres de una zona rural de Querétaro, México. *Enfermería actual Costa Rica* [Internet]. 2017;18(32):1–14. Disponible en: www.revenf.ucr.ac.cr
78. Notejane M, Zunino C, Aguirre D, Méndez P, García L, Pérez W. Estado vacunal y motivos de no vacunación contra el virus del papiloma humano en adolescentes admitidas en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev*

- Medica Del Uruguay. 2018;34(2):76–81.
79. Iglesias-Plaza A, Martín-Ezquerro G. Actualización en infecciones de transmisión sexual. *Piel* [Internet]. 2016;31(9):623–30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-actualizacion-infecciones-transmision-sexual-S021392511630123X>
 80. Llor C, Bayona C. Cómo diagnosticar infecciones de transmisión sexual. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria* [Internet]. 2016;23(8):463–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2016.03.002>
 81. Andrés Domingo P. Infecciones de transmisión sexual. *Pediatr Integr* [Internet]. 2017;XXI(5):323–33. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-07/infecciones-de-transmision-sexual/>
 82. Cevallos García C, Verdejo Ortés J, Ruano Martín MT, Petrova Shopova T, Ordobás Gavín M. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España, 2014): Implicaciones en la Comunidad de Madrid. *Rev Multidiscip del SIDA* [Internet]. 2017;5(12):8–18. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD45522.pdf>
 83. Merchán Villamar JA, Salgado Salguero WK, Larco Ferrin C. Tricomoniiasis vaginal. La más común de las Enfermedades de Transmisión Sexual. *Científica Mundo la Investig y el Conoc* [Internet]. 2017;1(5):650–60. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=22&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiew-2prunoAhWQc98KHdWPBzQ4FBAWMAF6BAGDEAE&url=https%3A%2F%2Fdialognet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F6732802.pdf&usg=AOvVaw0kBsCWZ9Y4C0BXhRsRuvcb>
 84. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA). Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Documento Informativo Sobre la Infección por el VIH [Internet]. España; 2017. 40 p. Disponible en: http://www.seisida.es/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesio

nales.pdf

85. Secretaría de Salud de México. Tratamiento Antirretroviral del paciente adulto con infección por el VIH. Guía de práctica clínica [Internet]. México: CENETEC; 2017. 22 p. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
86. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA [Internet]. Manual. Quito; 2016. 112 p. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GUIA-AT.ADULTOS-VIH.pdf>
87. Torruco García U. Infección por VIH y sida, dos mundos que se apartan. revista la Fac Med la UNAM [Internet]. 2016;59(1):36–41. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v59n1/2448-4865-facmed-59-01-36.pdf>
88. Agustí C, Martín-Rabadán M, Zarco J, Aguado C, Carrillo R, Codinachs R, et al. Diagnóstico precoz del VIH en atención primaria en España. Resultados de una prueba piloto de cribado dirigido basado en condiciones indicadoras, criterios conductuales y de origen. Aten Primaria [Internet]. 2017;50(3):159–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.008>
89. Lüttges Dittborn C, Leal Fuentes I, González Aristegui D, Huepe Ortega G, González Araya E, Molina González T. Guía de Recomendaciones para la Prevención de la Repetición del Embarazo en la Adolescencia [Internet]. Solis Morales M, editor. Santiago de Chile; 2019. 1–26 p. Disponible en: cembra.cl/publicaciones/guia_recomendaciones_prevencion_repeticion_embarazo_adolescencia.pdf
90. Lüttges Dittborn C, Leal Fuentes I, González Aristegui D, Huepe Ortega G, González Araya E, Molina González T. Guía de Recomendaciones para la Prevención de la Repetición del Embarazo en la Adolescencia. Solis Morales M, editor. Santiago de Chile; 2019. 1–26 p.
91. Hernandez Sanpieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología De La Investigación. 6ta Edición. [Internet]. Mc Graw Hill Education; 2014. 1–634 p. Disponible en:

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003><https://doi.org/10.1016/j.gr.2017.08.001><http://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2014.12.018><http://dx.doi.org/10.1016/j.precamres.2011.08.005><http://dx.doi.org/10.1080/00206814.2014.902757><http://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003>
92. Monje Álvarez CA. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. [Internet]. Universidad Surcolombiana. Colombia; 2011. 1–216 p. Disponible en: <http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo++Guía+didáctica+Metodología+de+la+investigación.pdf>
 93. Hernandez Sanpieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología De La Investigación. 6ta Edición. Mc Graw Hill Education, 2014. 1–634 p.. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
 94. Arias FG. El Proyecto de Investigación. Guía para su elaboración. Tercera Edición [Internet]. EPISTEME. ORIAL E, editor. Caracas-Venezuela: Copiers & Books Traders Co., C.A.; 1999. 1–55 p. Disponible en: https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual_colombia_cualitativo.pdf
 95. Sandoval Casilimas C. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Investigación Cualitativa [Internet]. Editores e Impresores Ltda A, editor. INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR ICFES. Bogotá-Colombia; 2002. 312 p. Disponible en: https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual_colombia_cualitativo.pdf
 96. Álvarez C. La etnografía como modelo de investigación en educación. *Gaz Antropol.* 2008;24(1):15.
 97. Álvarez Hernández G, Delgado De la Mora J. Diseño de Estudios Epidemiológicos. I. El Estudio Transversal: Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* [Internet]. 2015;32(1):26–34. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151f.pdf>
 98. Hernández Matín Z. Método de análisis de datos: Apuntes. [Internet]. Iberus.

- España: Universidad de la Rioja Servicio de Publicaciones; 2012. 176 p.
Disponible en:
http://www.unirioja.es/cu/zehernan/docencia/MAD_710/Lib489791.pdf
99. Gómez Bastar S. Metodología de la Investigación [Internet]. Red Tercer. Buendía López ME, editor. México; 2012. 1–92 p. Disponible en:
http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Axiologicas/Metodologia_de_la_investigacion.pdf
 100. Ministerio de Salud pública. Guía para promoción y conformación de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos. Minist Salud Pública. 2010;1:5–60.
 101. Perales A. Reflexiones sobre ética de investigación en seres humanos. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010;27(3):438–42.
 102. López-Roldán P, Fachelli S. Análisis de tablas de contingencia. Metodol la Investig Soc cuantitativa. 2015;cap. III.6.
 103. Rodríguez Mármol M, Muñoz Cruz R, Sánchez Muñoz I. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de Grado en Educación Infantil y Primaria de la Universidad de Jaén TT - Knowledge and attitudes about adolescent sexuality in first course to degree in Early Childhood and Primar. Enfermería Glob [Internet]. 2016;15(41):164–73. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100009&lang=pt
 104. Vinueza Moreano A, Ruiz Sosa C, Izquierdo Condoy J, Onofre Mafla K, Hidalgo M, Yanchapaxi P, et al. Conocimientos , Actitudes Y Prácticas Sobre Métodos Anticonceptivos En Estudiantes De Medicina De La Universidad Central del Ecuador. Cimel [Internet]. 2018;23(2):5–10. Disponible en:
<https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/1048>
 105. Leon-Larios F, Gómez-Baya D. Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2018;92:1–15. Disponible en: <https://medes.com/publication/134980>
 106. Rodríguez Mármol M, Muñoz Cruz R, Sánchez Muñoz I. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de Grado en Educación

- Infantil y Primaria de la Universidad de Jaén TT - Knowledge and attitudes about adolescent sexuality in first course to degree in Early Childhood and Primar. *Enfermería Glob.* 2016;15(41):164–73.
107. Vinueza Moreano A, Ruiz Sosa C, Izquierdo Condoy J, Onofre Mafla K, Hidalgo M, Yanchapaxi P, et al. Conocimientos , Actitudes Y Prácticas Sobre Métodos Anticonceptivos En Estudiantes De Medicina De La Universidad Central del Ecuador. *Cimel.* 2018;23(2):5–10.
 108. Ordoñez Sánchez J, Real Cotto J, Gallardo León J, Alvarado Franco H, Roby Arias A. Conocimientos sobre salud sexual y su relación con el comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *An la Fac Med.* 2018;78(4):419.
 109. Leon-Larios F, Gómez-Baya D. Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. *Rev Esp Salud Publica.* 2018;92:1–15.
 110. Gutiérrez de Alarcón RD, Alarcón Gutiérrez R, Cuadra Moreno ML, Alarcón Gutiérrez J, Rodríguez NP. Conocimientos, actitudes y prácticas en el uso de métodos anticonceptivos en ingresantes a una universidad de Trujillo. *Rev Investig ESTADÍSTICA Rev [Internet].* 2019;2(1):34–43. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwilrKDKm87qAhUNHqwKHWfTAfoQFjAAegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Frevistas.unitru.edu.pe%2Findex.php%2FREDIES%2Farticle%2Fdownload%2F2843%2F2934&usg=AOvVaw3qugjn-AsuQxWRqeIiH3Q>
 111. Gómez-Sánchez I, Arévalo-Rodríguez I. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes de pregrado de una universidad de Colombia. *Rev Centroam Obstet y Ginecol [Internet].* 2015;20(3):63–9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/287200510_Conocimientos_actitudes_y_practicas_sobre_salud_sexual_y_reproductiva_en_estudiantes_de_pregrado_de_una_universidad_de_Colombia
 112. Aveiga-Flores ME, López-Villacís NK, Castro-Acosta N, Aveiga-Flores CN. Conocimientos en educación sexual y su influencia en el uso de la doble protección

- anticonceptiva. *Dominio las Ciencias* [Internet]. 2020;6(4):50–67. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1545/2897>
113. Sanchez Arevalo S, Bastidas Tello G, Alfonso Gonzáles I, Labrada Gonzales E. Embarazo no deseado y sus factores asociados en estudiantes universitarias. *Rev Espac* [Internet]. 2019;40(39):1–9. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a19v40n39/a19v40n39p09.pdf>
114. Badillo-Viloria M, Mendoza Sánchez X, Barreto Vásquez M, Díaz-Pérez A. Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Rev Electrónica Enferm Glob* [Internet]. 2020;(59):422–35. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/412161/284301>
115. González A E, Molina G T, Luttgés D C. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2015;80(1):24–32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
116. Mazuera-Arias R, Albornoz-Arias N, Vivas-García M, Carreño-Paredes M-T, Cuberos M-A, Hernández Lalinde JD, et al. Influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en el Estado Táchira, Venezuela. *AVFT Arch Venez Farmacol y Ter* [Internet]. 2018;37(3):176–83. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_3_2018/2_influencia_educacion_sexual.pdf
117. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. 2019. 1–92 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?ua=1>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN



Universidad Técnica De Ambato

Postgrado De Medicina Familiar Y Comunitaria

La presente investigación es conducida por la Dra. Maricela Aveiga posgradista de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria II Cohorte de la Universidad Técnica De Ambato.

La meta de este estudio es conocer los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre la doble protección anticonceptiva en estudiantes de la Universidad Técnica De Ambato. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta, esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo, la participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. La información obtenida será codificada usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Dra. Aveiga. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: Determinar los conocimientos,

las actitudes y prácticas sobre anticoncepción y cómo influyen en el uso de la doble protección anticonceptiva como método para prevención del embarazo y las ITS en estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato

Me han indicado también que tendré que responder una encuesta, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener alguna duda sobre mi participación en este estudio, puedo despejarla preguntando a la Dra. Aveiga. Además puedo solicitar información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Dra. Aveiga al teléfono 0984132337.

Nombre del Participante

Cédula del Participante

Firma del Participante

Fecha:



CUESTIONARIO

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA DOBLE PROTECCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO”

DATOS GENERALES DEL PARTICIPANTE

Sexo:	1. Masculino 2. Femenino
Edad:	
Estado Civil:	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre
Semestre:	1. Primero 2. Sexto 3. Décimo

CUESTIONARIO

I. Coloque una X en la respuesta correcta

COD	Pregunta	Verdadero	Falso
C1	1. Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o enfermas de SIDA		×
C2	2. Lavar la ropa con la de un seropositivo o enfermo de SIDA implica riesgo de contraer la enfermedad		×
C3	3. Los mosquitos pueden transmitir el virus del SIDA		×
C4	4. El anillo vaginal o el DIU son métodos eficaces para evitar el SIDA.		×
C5	5. Es posible saber si hay infección por el VIH al día siguiente de una práctica de riesgo		×
C6	6. Cuando una persona tiene gonorrea no es necesario tratar a la pareja		×
C7	7. La sífilis es una enfermedad prácticamente desaparecida		×
C8	8. Una vez curado y tratado el herpes genital, no hay peligro de nuevos contagios		×
C9	9. El uso de cremas espermicidas durante las relaciones sexuales evita el contagio por clamidias		×
C10	10. ¿Puede una mujer que está contagiada de una enfermedad de contacto sexual transmitir la enfermedad a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia?	×	
C11	11. Tomar pastillas anticonceptivas protege frente a las ITS (Infección de transmisión sexual)		×
C12	12. La primera vez que una mujer tiene relaciones sexuales con penetración no puede quedar embarazada porque es virgen		×
C13	13. El coito interrumpido es un método muy eficaz para evitar el embarazo		×
C14	14. Una persona, aunque se encuentre físicamente sana puede tener una ITS	×	
C15	15. Todos los métodos anticonceptivos protegen contra las ITS		×
C16	16. Las vías de transmisión de la hepatitis B no son bien conocidas		×
C17	17. La infección por VPH puede predisponer a aparición de cáncer	×	
C18	18. Actualmente existe una vacuna contra la infección del VIH		×

C19	19. En la actualidad la gonorrea y la clamidia no son enfermedades de transmisión sexual comunes		×
C20	20. El contagio de la sífilis actualmente es muy difícil		×
C21	21. Hay vacunas para prevenir el VPH (virus del Papiloma Humano)	×	

II. Encierre en un círculo la mejor respuesta (solo escoja una respuesta)

Preguntas			
A1	1. ¿Si usted usa preservativo ayuda a evitar? A. Embarazo B. Enfermedades de transmisión sexual C. <u>A+B</u>	C22	2. ¿De acuerdo a su experiencia la información y apoyo que se brindó en el colegio referente a métodos anticonceptivos fue? A. Excelente B. Buena C. Insuficiente D. Mala E. No ha recibido esa información
A2	3. ¿Considera importante el uso del preservativo? A. <u>Si</u> B. No C. A veces	C23	4. ¿Qué tipos de preservativo conoce? A. Preservativo masculino B. Preservativo femenino C. A+B
A3	5. ¿Qué entiende sobre la doble protección? A. Uso de 2 condones simultáneamente B. Usar 2 métodos de Barrea C. <u>Usar un método hormonal más un método de barrera</u> D. Uso de preservativo ya que este previene tanto embarazos como ITS E. Ninguno	C24	6. ¿Usted cree que la doble protección previene? A. ITS B. Embarazo C. <u>A+B</u> D. Ninguna
C25	7. ¿Cómo autoevaluarías tus conocimientos sobre educación sexual? A. Excelente B. Bueno C. Regular D. Malo Justifique su respuesta: _____ _____	A4	8. ¿Cómo individuo eres capaz de comunicarte con otras personas sobre educación sexual? A. Si B. No Justifique su respuesta: _____ _____

III. Encierre en un círculo la mejor respuesta (puede escoger varias respuestas)

Preguntas			
C26	1. ¿En qué lugar escuchó hablar sobre el método de la doble protección? A. En el colegio B. En la universidad C. En el internet, televisión, radio. D. Me contaron mis amigos E. Desconozco sobre el tema	A5	2. ¿Qué les aconsejaría a sus amigos o pacientes para no infectarse con una ITS? A. Tener conocimiento sobre las infecciones B. No tener relaciones sexuales C. Fidelidad a su pareja D. Escoger bien la pareja E. <u>Usar condón en todas las relaciones sexuales</u> F. Tener relaciones sin penetración G. <u>Usar la doble protección anticonceptiva</u>

C27	3. La información que usted conoce sobre las ITS la obtuvo de: A. Televisión B. Radiodifusión C. Internet D. Colegio E. Conversaciones en el hogar F. Conversaciones con los amigos G. Libros / revistas H. Personal de salud	A6	4. ¿La razón por la cual no acude al médico o a la enfermera para información o adquisición de algún método anticonceptivo es por? A. Por pena B. Por costo C. Difícil acceso D. No le interesa E. Otro. ¿Cuál? _____
A7	5. ¿Cuáles cree que es la razón para no usar métodos anticonceptivos? A. Precio B. Estoy embarazada C. Mi pareja no quiere D. Dificultad de acceso a los métodos E. Temor a efectos secundarios F. Deseo de tener hijos G. No tengo relaciones sexuales H. Todos me sientan mal I. Me prohíben mis creencias J. Ninguna	A8	6. ¿Cuál cree que es la razón para no usar preservativo? A. No siempre se tiene a la mano B. Es engorroso, incómodo, complicado de usar C. Crea dudas en el otro acerca de tu estado de salud D. Se rompe fácilmente E. Rompe con el romanticismo de la situación F. Se corta la relación al decir “hay que ponerlo” G. Disminuye el placer H. Me siento incómodo/culpable de andar con ellos I. Me da vergüenza comprarlo J. Los hombres que los tienen dan la sensación de querer llegar a la relación sexual siempre K. El hombre es menos “macho” si usa condón

SI USTED YA INICIÓ SU VIDA SEXUAL CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

IV. Encierre en un círculo la mejor respuesta (solo escoja una respuesta)

Preguntas: 0. ¿Ha iniciado su vida sexual? A. Sí B. No			
P1	1. ¿Cuántos años tenía cuando inició su vida sexual? A. 16-17 B. 18-21 C. 22-25 D. 22 +	P2	2. ¿En su primera relación sexual usó algún método anticonceptivo? A. Sí ¿Cuál? _____ B. No
P3	3. ¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección? A. Si B. No	A9	4. Teniendo una vida sexual activa usted piensa A. Yo tengo que cuidarme B. Él tiene que cuidarse C. Ella tiene que cuidarse D. Tenemos que cuidarnos
A10	5. ¿Ha tenido duda que si usted o su pareja portan alguna infección de transmisión sexual? A. Si B. No	P4	6. ¿Con cuantas parejas ha tenido relaciones sexuales? A. 1 B. 2-3 C. 4 a más
P5	7. ¿En su última relación sexual uso condón? A. Si B. No	P6	8. ¿Ha puesto en práctica el método de la doble protección? A. Pocas veces B. Nunca C. Siempre
A11	9. ¿El uso de métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales fue por? A. Por propia iniciativa B. Por iniciativa de su compañero C. Temor a quedar embarazada D. Temor de contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual	P7	10. ¿ El condón lo usas? A. Siempre B. Algunas veces C. Nunca
Encierre en un círculo la mejor respuesta (puede escoger varias respuestas)			
P8	11. ¿Qué métodos anticonceptivos ha usado? A. Inyección	P9	12. ¿Le han diagnosticado alguna infección de transmisión sexual?

	<ul style="list-style-type: none"> B. Condón C. Coito interrumpido D. Moco cervical E. Anticonceptivos orales F. Dispositivo intrauterino G. Píldora del día después H. Calendario I. Temperatura basal J. Implante intradérmico K. Ninguno 		<ul style="list-style-type: none"> A. Si ¿Cuál? _____ B. No
--	---	--	---

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO!