

Conductas Sexuales de Riesgo para la Salud Sexual y Reproductiva en Jóvenes Universitarios

Daniela Alcalá Martínez

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR
Escuela de Posgrado y Educación Continua
Facultad de Humanidades y Educación
Especialización en Investigación e Innovación Educativa
Sincelejo-Sucre

2021

Conductas Sexuales de Riesgo para la Salud Sexual y Reproductiva en Jóvenes Universitarios

Daniela Alcalá Martínez

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista

Directora

Piedad Cristina Martínez Carazo

Doctora en Dirección y Administración de Empresas

Corporación Universitaria del Caribe – CECAR

Escuela de Posgrado y Educación Continua

Facultad de Humanidades y Educación

Especialización en Investigación e Innovación Educativa

Sincelejo

2021

Nota de Aceptación

(5,0) APROBADO

Lidia Martínez C.

Director

Julce Bruno García

Evaluador 1

Judy Rodríguez

Evaluador 2

Sincelejo, Sucre, 6 de abril de 2021

Dedicado a mis admirables abuelos Judith y Manuel

Tabla de contenido

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Capítulo 1 Problema, Objetivos y Justificación de la investigación.....	10
1. Problema de investigación	10
1.1 Descripción del Problema	10
1.2 Formulación del Problema	12
2. Objetivos de la Investigación.....	13
2.1 Objetivo General	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3. Justificación	14
Capítulo 2 Marco Referencial.....	15
4. Marco conceptual, Teórico y Legal de la Investigación	15
4.1 Marco Conceptual	15
4.2 Marco Teórico.....	16
4.2.1 Salud Sexual y Reproductiva	16
4.2.2 Factores Asociados a la Conducta Sexual y Reproductiva de los Jóvenes	18
4.3 Marco Legal	26
4.4 Estado del Arte.....	27
Capítulo 3 Metodología de la investigación	32
5. Metodología	32
5.1 Tipo de Metodología.....	32
5.2 Unidad de Análisis	32
5.3 Población y Muestra	33
5.3.1 Selección de Participantes.....	33
5.4 Técnicas e Instrumentos para la Recolección de la Información.....	33
5.5 Variables de Estudio	34
Capítulo 4 Análisis de resultados.....	35
6. Resultados	35
6.1 Caracterización Demográfica y Socioeconómica de la Muestra	35
6.2 Conductas Sexuales de los Estudiantes.....	38
Capítulo 5 Conclusiones	48
Referencias.....	50
Anexos	59

Resumen

El objetivo del presente estudio es identificar las conductas sexuales de riesgo para la Salud Sexual y Reproductiva de los estudiantes universitarios del Programa Ciencias del Deporte de la Corporación Universitaria del Caribe, CECAR. El estudio se realiza desde el enfoque cuantitativo con alcance descriptivo y una muestra de 86 estudiantes (92% mujeres y 8% hombres). Los resultados muestran que los jóvenes presentan algunas conductas sexuales de riesgo, como por ejemplo, baja educación sexual, bajo uso del preservativo, y bajo porcentaje de exámen para la detección de VIH. Se concluye la importancia y necesidad de implementar programas de promoción y prevención en la universidad.

Palabras clave: universitarios, salud sexual y reproductiva, jóvenes, conductas sexuales de riesgo.

Abstract

The objective of this study is to identify risky sexual behaviors for the Sexual and Reproductive Health of university students of the Sports Sciences Program of the Caribbean University Corporation, CECAR. The study is carried out from a quantitative approach with a descriptive scope and a sample of 86 students (92% women and 8% men). The results show that young people present some risky sexual behaviors, such as low sexual education, low use of condoms, and low percentage of HIV testing. The importance and need to implement promotion and prevention programs in the university is concluded.

Keywords: university students, sexual and reproductive health, youth, risky sexual behaviors.

Introducción

El presente trabajo comprende el estudio de las conductas sexuales (CS) de los jóvenes universitarios y riesgos para la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) matriculados en el Programa de Ciencias del Deporte de la Corporación Universitaria del Caribe CECAR periodo II-2020.

En el Capítulo 1 se realiza una descripción de la problemática actual a nivel nacional y departamental y se justifica la pertinencia del estudio en la institución de educación superior. Además, se plantea el objetivo general el cual busca Identificar la conducta sexual de riesgo (CSR) para la SSyR de los estudiantes universitarios del Programa Ciencias del Deporte de la Corporación Universitaria del Caribe, CECAR y los objetivos específicos que apuntan a lograrlo.

En el capítulo 2, se plantea el Marco conceptual donde se exponen las definiciones de los conceptos que se encuentran relacionados con conductas sexuales de riesgo y salud sexual y reproductiva. Además, se podrá encontrar el Marco Legal el cual proporciona las leyes y normas que se encuentran vigentes en Colombia con el fin de regular y promover acciones para el bienestar y la salud sexual y reproductiva de los ciudadanos. Así mismo, el Marco teórico donde realiza una profundización de las teorías alrededor de la temática, en la cual se exponen las CS y sus posibles riesgos como el uso de métodos anticonceptivos (especialmente el preservativo), el número de parejas sexuales, inicio de la actividad sexual, relaciones sexuales ocasionales, uso de alcohol, orientación sexual de las relaciones sexuales; factores relacionados como la edad, religión, género, carencia de educación sexual y las consecuencias que podrían surgir de CSR como lo son las infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y afectaciones emocionales.

En el capítulo 3 se encuentra la metodología de la investigación, la cual se desarrolla desde un enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo, toda vez que pretende caracterizar la población de estudio y describir sus CS y sus posibles riesgos. Además, se realiza una descripción de la población, las técnicas e instrumentos para la recolección de la información, los criterios de inclusión y exclusión y cada una de las variables de estudio.

En el Capítulo 4, se exponen los resultados y su análisis teniendo en cuenta los objetivos planteados en el estudio.

Finalmente se exponen las conclusiones y las recomendaciones que surgen para futuras investigaciones.

Capítulo 1. Problema, Objetivos y Justificación de la Investigación

1. Problema de Investigación

1.1. Descripción del Problema

Mundialmente, mejorar la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) se ha vuelto uno de los principales objetivos de los gobiernos y de los organismos de salud, los cuales se encargan de implementar políticas orientadas a garantizar los derechos sexuales y reproductivos, así como la prevención de conductas sexuales de riesgo (CSR).

Unos de los principales focos de atención han sido los niños, adolescentes y jóvenes debido a que se encuentran expuestos a una gran vulnerabilidad con relación al ejercicio de su sexualidad, lo que ha desencadenado una alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados y abortos (Díaz-Cárdenas et al., 2014). Según la UNESCO (2017), el 50,5% de la población mundial representa personas menores de los 30 años, donde el 89,7% vive en países emergentes o en vía de desarrollo; es decir, que la SSR de más de la mitad de la población total se encuentra en riesgo.

Colombia, aunque cuenta con políticas relacionadas con la prevención y promoción de la SSR, las cifras muestran que falta mucho por trabajar. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015) afirma que los hombres y las mujeres de 13 a los 49 años de edad, tienen relaciones sexuales de riesgo en un 52,9 % y 35,3% respectivamente; los adolescentes inician su actividad sexual prematuramente, los hombres comienzan a los 13,5 años de edad y las mujeres a los 14,8 años, sin planeación o protección. (Ministerio de Educación Nacional, 2019); y con relación a jóvenes adultos, las investigaciones afirman que en su primera relación sexual hacen uso del preservativo (52,8%) pero a través del tiempo, el uso de éste en las relaciones sexuales disminuye (47,7%) (Uribe y Orcasita, 2009). Así mismo, un estudio realizado por Forcada et al. (2013) citado por Uribe et al. (2016) evaluó las CSR en estudiantes de tres universidades. De las mujeres evaluadas, más de la mitad habían estado preocupadas por la posibilidad de estar embaraadas; y aproximadamente el 10% habían tenido un embarazo que no deseaban.

Algunas investigaciones como las realizadas por Saeteros et al. (2018); Baiz et al. (2016) resaltan la importancia de la educación sexual en las instituciones de educación superior, debido a que los jóvenes experimentan nuevos contextos y muchos cambios, necesitando herramientas para afrontar una sexualidad responsable. Papalia y Martorell (2017), por ejemplo, afirman que los universitarios pueden tender a establecer mucho más fáciles relaciones ocasionales y a descubrir aspectos de su sexualidad que otros grupos étnicos.

En el departamento de Sucre, se rescata la investigación sobre gestantes de alto riesgo obstétrico realizada por Martínez y Pereira (2015) donde afirman que el 66.7 % de las mujeres participantes no usaban ningún tipo de método anticonceptivo y el 88.9% no programó su embarazo. Esta investigación según los autores, pone en relieve la importancia de la orientación sexual y seguimiento a mujeres que se encuentran en edades fértiles para el cuidado de su SSyR.

Por su parte, la Secretaría de Salud Departamental de Sucre (2019) afirma que en Sincelejo “la segunda causa de enfermedades transmisibles es el VIH/sida, generando el 21,65% de muertes acumuladas” (p. 126), por lo cual proponen “fortalecer estrategias de detección temprana y la educación sexual para una sexualidad responsable segura” (p. 153).

Adicionalmente, comentan que desde el año 2005 al año 2017 el embarazo adolescente tiene una tendencia ascendente en los municipios de San Marcos, San Pedro, Sucre, Santiago de Tolú y Tolú Viejo, lo cual según su recomendación resalta la importancia de “alertar a los programas de atención de la infancia y la adolescencia, ya que se constituye en un delito punible que va en aumento” (p. 137).

Es importante destacar que la mayoría de investigaciones y programas de prevención y promoción, están orientados a niños y adolescentes de instituciones de educación básica y media, existiendo una carencia de educación sexual en las instituciones de educación superior (Baiz et al., 2016).

No obstante, lo anterior, no se identifican estudios sobre el tema realizados en las instituciones de educación superior del departamento de Sucre, identificándose un vacío existente en la literatura sobre este ámbito.

En este sentido, La Corporación Universitaria del Caribe - CECAR, institución de educación superior a nivel profesional ubicada en la ciudad de Sincelejo, Sucre, Colombia, que busca “la formación integral de personas capaces de comprender y participar en la solución de los problemas de su entorno, mediante el desarrollo tecnológico y la innovación social y empresarial” (CECAR, 2020), cuenta desde la Dirección de Bienestar Universitario con programas de educación sexual orientados a la comunidad estudiantil con el objetivo de prevenir y proteger la SSyR de los estudiantes. Sin embargo, no se han realizado estudios que revelen las características de la conducta sexual y reproductiva de los estudiantes.

En concordancia con lo anterior, el presente proyecto busca identificar la CSR de estudiantes universitarios con la finalidad de reconocer y evaluar aquellos factores que podrían poner en riesgo la SSR de la población estudiantil, y así, fortalecer y orientar al establecimiento de programas de prevención y protección basados en evidencias. De manera concreta, busca responder la siguiente pregunta de investigación:

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son las conductas sexuales de riesgo para la Salud Sexual y Reproductiva en los estudiantes universitarios de la Corporación Universitaria del Caribe - CECAR?

2. Objetivos de la Investigación

2.1. Objetivo General

Identificar la conducta sexual de riesgo para la Salud Sexual y Reproductiva de los estudiantes universitarios del Programa Ciencias del Deporte de la Corporación Universitaria del Caribe, CECAR.

2.2. Objetivos Específicos

Describir las características sociodemográficas de los estudiantes.

Identificar los comportamientos sexuales de los estudiantes por medio del Cuestionario Confidencial de la Vida Sexual Activa

Establecer las conductas de riesgo para la Salud Sexual y Reproductiva de los estudiantes a partir de los resultados.

3. Justificación

De acuerdo con el problema de investigación anteriormente descrito, la presente investigación se justifica por sus aportes en términos prácticos, teóricos y metodológicos de la siguiente forma:

A nivel práctico, obtener una comprensión sobre la conducta sexual que pone en riesgo SSyR de los jóvenes universitarios, permite diseñar programas de prevención y protección que pueden ser implementados por las Instituciones de Educación Superior (IES) del Departamento de Sucre.

A nivel teórico, coayuda a llenar el vacío existente en la literatura sobre este ámbito, debido a la carencia de estudios en el Departamento de Sucre, cuya unidad de análisis sean los jóvenes adolescentes.

A nivel metodológico, la metodología cuantitativa que se implementará en esta investigación, a través de una encuesta por cuestionario aplicada a los estudiantes del Programa de Ciencias del Deporte, permitirá identificar las características más comunes de la conducta sexual y reproductiva de estos, y constituirá el punto de partida de futuras investigaciones que se pueden realizar con los estudiantes de los demás programas académicos, con el fin de obtener una visión general de toda la población estudiantil de una Institución de Educación Superior del departamento de Sucre.

Capítulo 2. Marco Referencial

4. Marco Conceptual, Teórico y Legal de la Investigación

4.1 Marco Conceptual

A continuación, se presentan las definiciones de algunos conceptos relacionados con la temática que se abordará en la presente investigación, antes de proceder con la exposición de las teorías y los antecedentes legales sobre el mismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), define:

Sexualidad: “Es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones”.

Salud Sexual: “Logro del bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad”.

Salud Reproductiva: “Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee”. (OMS, 2020)

Conducta sexual: “Es definida como el conjunto de actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y de la pareja, debe distinguirse de la conducta sexual de riesgo” (García-Vega et al., 2012; Espada et al., 2003).

Conductas Sexuales de Riesgo: Son definidas por los autores como aquellas que podrían provocar daños en el bienestar y la salud integral de un individuo, como por ejemplo la transmisión de infecciones de transmisión sexual como el VIH, embarazos no deseados sobre todo en la adolescencia y abortos inseguros. (Uribe et al., 2016; UNICEF, 2015; Alfonso y

Figuerola, 2017; Espada et al., 2003). Los riesgos están relacionados no solo contra la SSyR sino además en el desarrollo psicológico y social de las personas.

Jóvenes: “Grupo etario de edades comprendidas entre los 19 y 26 años de edad” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Factores de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (OMS, 2019).

4.2 Marco Teórico

4.2.1 Salud Sexual y Reproductiva

A nivel mundial, velar por la SSyR se ha vuelto uno de los principales objetivos de los gobiernos para disminuir la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados, considerados problemas de salud pública. Como consecuencia, dentro de los objetivos de la Agenda 2030 del Desarrollo sostenible se encuentra:

Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades dentro del cual se propone “garantizar en el año 2030 el acceso universal a los servicios de Salud sexual y Reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la Salud Reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2015)

En primer lugar, es importante definir los conceptos de Salud Sexual y Salud Reproductiva. La Organización Mundial de la Salud, define la Salud Sexual como:

Estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, el cual, requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. (p.00).

Mientras que la Salud Reproductiva, como:

Los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida, además, implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos siempre y cuando se desee.

Sin embargo, las dos definiciones tienen algo en común, no implican únicamente la ausencia de enfermedad, sino que promueven un estado de bienestar en las diferentes áreas físicas, mentales y sociales de los individuos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) en el documento “La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo” afirma que la Salud Sexual y la Salud Reproductiva son conceptos que están estrechamente relacionados, complementándose mutuamente. Por esa razón, se ha realizado una clasificación de los aspectos que involucran, los cuales tienen el objetivo principal de delimitar los procesos y facilitar el diseño y el establecimiento de intervenciones apropiadas”

En este sentido, el ejercicio de la sexualidad y su exploración son fundamentales para el desarrollo emocional y físico de un ser humano. Durante este proceso, se pueden presentar CSR para la SSyR las cuales son definidas como aquellas que podrían provocar daños en el bienestar y la salud integral de un individuo, como por ejemplo la transmisión de infecciones de transmisión sexual como el VIH, embarazos no deseados sobre todo en la adolescencia y abortos inseguros. (Uribe et al., 2016; UNICEF, 2015; Alfonso y Figueroa, 2017; Espada et al, 2003). Los riesgos están relacionados no solo contra la SSyR sino además en el desarrollo emocional y social de las personas.

En primer lugar, la etapa de la juventud es un factor importante en la evaluación de las CSR. Es importante resaltar que no existe universalmente una definición para la juventud, cada país se encarga de establecer las edades según aspectos culturales, políticos, etc. (ONU, 2020; Papalia y Martorell, 2017). En este sentido, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2019) “Colombia establece que la población juvenil abarca las edades comprendidas entre los 14 y 26 años de edad”; estableciendo 2 grupos de edad: 12 a 18

adolescentes y 19 a 26 jóvenes. Dicha categorización es de gran relevancia porque en cada etapa del desarrollo se presentan necesidades y dificultades distintas.

La adolescencia y la juventud es un periodo de la vida con altas oportunidades para aprender, experimentar, innovar, desarrollar pensamiento crítico, toma de decisiones, y para la participación activa de problemas sociales y políticos que acontecen en la sociedad. Es por esto que según UNICEF (2015) los adolescentes y jóvenes son un grupo que ofrece significativas oportunidades para afianzar cambios a nivel social y económico. Sin embargo, a pesar de las grandes ventajas, se encuentran en etapa de alta vulnerabilidad para su desarrollo físico y emocional. Es importante que adquieran hábitos saludables que mejoren su bienestar y el de generaciones futuras Borja y Del Pozo (2017); Villafañe-Ferrer y González-Navarro (2017) afirman que los adolescentes y jóvenes son unos de los grupos que tiene mayor probabilidad de contagio porque asumen riesgos para la SSyR como lo es la promiscuidad o el inicio precoz de la actividad sexual.

4.2.2 Factores Asociados a la Conducta Sexual y Reproductiva de los Jóvenes

Las CS de los jóvenes, pueden estar influidas por diversos factores relacionados con el entorno cultural y socioeconómico en el que las personas están inmersas, por esta razón, para obtener resultados efectivos se recomienda realizar intervenciones teniendo en cuenta el entorno, por ejemplo, el universitario (OMS, 2019; Rangel y García, 2010). Saeteros et al. (2018) señalan que aunque los jóvenes universitarios han experimentado otros contextos y han recibido educación sexual durante su estancia en la educación básica y media, la universidad representa un entorno de alta vulnerabilidad, porque la formación educativa algunas veces no es adecuada y los ambientes en que fueron implementadas son diferentes, lo cual dificulta que los jóvenes al ingresar a las IES, cuenten con los recursos, conocimientos, actitudes y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables relacionados su sexualidad.

Según Baiz et al. (2016) la educación sexual (ES) se encuentra enfocada en los colegios donde la población objetivo son los niños y adolescentes, sin embargo, afirman que es importante brindar una formación en sexualidad en la universidad, pues debe adaptarse a las necesidades y a las etapas del desarrollo que vive el ser humano. Los autores afirman “La

educación sexual únicamente en la escuela no responde a las dudas que puedan surgir más adelante a la hora de tomar decisiones y a lo largo de la vida sexual” (p. 191). Las relaciones sexuales ocasionales sexuales son un factor de riesgo, en especial en los adolescentes y jóvenes de sexo masculino, algo que pone en riesgo su SSyR, con altas posibilidades de contraer ITS. Algunas investigaciones han argumentado que los universitarios se encuentran en una edad propensa a tener relaciones sexuales ocasionales, además, se vuelven menos críticos y prejuiciosos ante la actividad sexual, lo cual podría llevar a que tengan más relaciones sexuales que otros grupos. Por esa razón la educación sexual debe fortalecerse en las instituciones de educación superior. (Madrid et al., 2020; Papalia y Martorell, 2017; Arias et al., 2011).

Así mismo, la manera en que los hombres y las mujeres vivencian su sexualidad es distinta. En primer lugar, el concepto género hace referencia al concepto por el cual una persona se identifica como mujer, hombre, como una mezcla de ambos o como ninguno. (Wang et al., 2019). Además, es referenciado como una construcción histórica y social, la cual, ha establecido normas sociales que regulan y definen los comportamientos, atributos, características, pensamientos y percepciones propios de los hombres o de las mujeres en una sociedad. (Aparisi-Miralles, 2012; OMS, 2019). En este sentido, las expectativas que se tengan sobre el género masculino o femenino, dependerán de la cultura y de los grupos sociales en el que estén inmersos los individuos (Salguero et al., 2017).

Bello-Villanueva et al. (2016) afirman que “culturalmente las conductas sexuales femeninas difieren de las masculinas en cuanto a la permisividad de conductas sexuales aceptables para hombres y de mayor restricción para las mujeres” (p. 101). En complemento, Bahamón et al. (2014) afirman que la representación social de ser hombre o ser mujer implica actitudes y comportamientos socialmente compartidos, que presiden y guían los comportamientos, como por ejemplo, los hombres demuestran virilidad, incapacidad de regularse ante el deseo y desapego emocional; mientras que las mujeres apego emocional, estabilidad. Dichas representaciones y comportamientos basados en el género, pueden conllevar a conductas sexuales distintas.

Además del género, “la orientación sexual es definidas por los autores por la inclinación sexual de una persona por otra persona del género opuesto (homosexuales), del mismo género

(heterosexuales), de ambos géneros (bisexuales) o no tener atracción por ningún sexo en particular.” (Campo-Arias et al., 2017; Zambrano et al., 2017; Wang et al., 2019). Según Rogers et al. (2018); Hatzenbuehler et al. (2009) afirman las personas con orientaciones sexuales distintas a la heterosexual, pueden experimentar mayor discriminación. Según su teoría, la discriminación y el rechazo pueden disminuir la capacidad que tienen estas personas de regular sus emociones o tomar decisiones asertivas para sus vidas y para su salud, lo cual, podría estar relacionado a la alta prevalencia de ITS en especial VIH y el bajo uso de preservativo.

Otro de los factores que se tienen en cuenta al momento de evaluar las conductas sexuales especialmente para identificar las CSR es el inicio de la actividad sexual. Es definido por los autores como aquel que se realiza antes de los 15 años de edad, y se considera un inicio no precoz aquellos adolescentes que empiezan su vida sexual después de los 15 años. Leal et al. (2018); Lara y Abdo (2016). Sin embargo, las estadísticas demuestran que en las relaciones sexuales con o sin penetración existe un alto riesgo para la SSyR en jóvenes menores de 20 años porque puede traer consecuencias negativas como lo son muerte materna, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y/o abortos. (Bello-Villanueva et al, 201; Díaz-Cárdenas et al., 2014)

En Colombia, según el Departamento Nacional de Planeación (DNP, 2015) se estima que “en un 12% en hombres y un 6% de mujeres tienen su primera relación sexual antes de los 14 años.” Además, se estima que la edad promedio es entre 14 y 15 años siendo menor en hombres que en las mujeres. (Pinzón y Vernaza, 2017)

Se han creado a lo largo del tiempo, estrategias para cuidar la SSyR de las poblaciones. Los métodos anticonceptivos, son aquellos utilizados para la planificación familiar, los cuales tienen grandes beneficios para la SSyR porque ayudan a evitar embarazos no deseados y además, en el caso del preservativo, a prevenir el contagio de ITS. La OMS (2018) afirma que su uso a nivel individual, ayuda a prevenir ITS, embarazos en la adolescencia y/o no deseados, disminución de la mortalidad materna e infantil y abortos inseguros. (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2015). Además, tiene un impacto colectivo porque puede disminuir el crecimiento de la población, lo cual, tiene

consecuencias positivas para la economía y el medio ambiente. (OMS, 2018). En Colombia Según el Ministerio de Salud (2020) para los sistemas de salud es de carácter obligatorio que se brinde información sobre planificación familiar y suministran métodos de anticoncepción adecuados y pertinentes según las necesidades de cada persona. Sin embargo, a pesar de sus beneficios su uso puede ser disminuido por mitos, falta de información o por otras conductas de riesgo como es el caso del consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

El consumo de SPA en las relaciones sexuales es otra de las CSR importantes a tener en cuenta, porque pueden aumentar la posibilidad tener actividad sexual con parejas ocasionales y no usar métodos anticonceptivos. Las sustancias psicoactivas son aquellas que producen una perturbación en el sistema nervioso central, lo cual, produce alteraciones en el pensamiento, emociones y en general en las funciones ejecutivas del ser humano. Las SPA se pueden dividir en legales e ilegales. Se clasifican como ilegales la marihuana, cocaína, opio, entre otras, y legales el tabaco y alcohol. (Córdoba-Paz et al., 2017). En Colombia según el Ministerio de Salud (2017) el 87% de “la población no ha registrado consumo de SPA ilegales” sin embargo, debido a los altos costos de tratamiento, los problemas de salud que se pueden desencadenar, incluyendo la SSyR, por ejemplo, según Huriaux et al. (2014) el uso compartido de jeringas es un medio de transmisión de VIH, además, bajo los efectos del alcohol puede disminuir el uso del preservativo, lo que afirma la importancia de crear estrategias de promoción y prevención del consumo de SPA, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Otro factor que puede influir en las CS de los jóvenes y en los factores protectores como el uso de preservativo es la religión. La religión tiene una influencia importante en el ejercicio de la sexualidad. A pesar que las religiones pueden ayudar a que las personas se cohíben de tener relaciones sexuales debido al dogma (Yasmine, et al. 2015; Yip et al., 2011), también pueden ser perjudiciales porque según Bran (2016) dificulta que se hable de temas relacionados a la sexualidad y a “mantener el tema como tabú, impidiendo que se efectúen campañas masivas de prevención del vih/sida, con información clara y especialmente aquellas que promuevan el uso del preservativo” (p. 65).

Saeteros y Sanabria (2015) afirman que durante la interacción social se da lugar representaciones socioculturales, las cuales son construcciones de los sujetos para interpretar la realidad y para asumir ciertas conductas, las cuales determinan la apropiación, el valor y el cuidado que tienen las personas en relación con su bienestar físico y mental. En este sentido, las IES deben ser consideradas un escenario importante a tener en cuenta.

Las CSR asumidas por los jóvenes pueden desencadenar consecuencias negativas para su SSyR, atentando no solo en contra de su bienestar físico sino también de su desarrollo social y emocional.

En primer lugar, ITS se han convertido a lo largo del tiempo, en uno de los problemas de salud pública. Según la OMS (2019) a nivel mundial, diariamente más de un millón de personas contraen una ITS. Sin embargo, aunque no hay diferencias significativas entre géneros, la OMS (2016) afirma que las mujeres son asintomáticas más que los hombres, lo que podría ocasionar que tengan complicaciones de salud si no reciben tratamiento oportuno, por lo tanto, son más vulnerables a determinadas ITS.

Las ITS son definidas por la OMS (2019) como “virus, bacterias y parásitos que se transmiten por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral” dentro de las cuales se encuentran con mayor recurrencia: la gonorrea, la sífilis, la clamidiosis, el virus del papiloma humano (VPH) (principal causa de cuello uterino), hepatitis B, herpes simple y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Las ITS traen consecuencias negativas para la SSyR porque pueden desencadenar problemas en la salud como cáncer, infertilidad, enfermedad inflamatoria pélvica, entre otros, además del impacto económico para los países al intentar combatir y disminuir sus repercusiones. Muchas de las ITS tienen una posible cura, sin embargo, otras como lo son el herpes, el VPH y el VIH no tienen cura pero con la detección temprana, el tratamiento puede ser efectivo. (Villafañe-Ferrer y González-Navarro, 2017; OMS, 2016).

Algunas ITS como el VPH y el VIH, tienen un alto riesgo para la Salud. El VPH, Según la OMS (2017) es una de las ITS más comunes que afectan los genitales y aunque en su mayoría no presentan síntomas, es una de las principales causas del cáncer de cuello

uterino. “Los virus del VPH se transmiten a través del contacto de los genitales o por contacto de piel a piel” (Fernández-Feito et al., 2018, p.292)

Con relación al VIH es un virus que afecta las células del sistema inmune, debilitado y siendo incapaz con el tiempo de proteger el organismo de enfermedades o cualquier tipo de infecciones, con el tiempo se convierte en virus de inmunodeficiencia adquirida SIDA. (OMS, 2020). Así mismo, a nivel mundial la OMS afirma que el VIH es un virus crónico que ha cobrado millones de vidas. A finales del 2019, a nivel mundial fueron diagnosticadas 38 millones de personas, en Colombia, según el informe de evento VIH7SIDA (2017) presentado por el Instituto Nacional de Salud en el año 2018 se reportaron 13.310 casos nuevos de VIH, dentro de los cuales, las personas de sexo masculino, con edades comprendidas entre los 25 y 29 años de edad tuvieron un porcentaje alto en comparación con otros grupos. Sin embargo, aunque las cifras son desalentadoras, con el paso del tiempo se ha resaltado la importancia de la prevención y promoción, porque se ha logrado diagnosticar e implementar el tratamiento de forma eficaz, cuando el virus no ha llegado a causar daños irreversibles en el organismo.

Por último, las ITS tienen grandes repercusiones a nivel social y emocional para las personas que están afectadas. Según Fuster (2018) existen estigmas alrededor de las ITS debido a que su contagio es por vía sexual y se contraponen a los estándares morales de la sociedad. Todos estos estigmas negativos frente a la sexualidad en general y en particular a las ITS, con un mayor grado al VIH, son un gran problema y los programas de prevención y protección deben implementar estrategias para contrarrestar estigmas y prejuicios que llevan a las personas a disminuir su protección, al aumento de la discriminación o al rechazo a realizar pruebas diagnósticas para su detección temprana.

Con relación a los embarazos no deseados, son aquellos en los cuales existe una carencia de planificación familiar o cuando fallan los métodos anticonceptivos. En este sentido, son embarazos que no estaban dentro de los planes de la pareja. (Langer, 2002). Mundialmente, ha existido consenso sobre los impactos para la salud pública que generan. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) las regiones de América Latina y el Caribe tienen el segundo puesto a nivel mundial con las mayores tasas de fecundidad adolescente. Además, la OMS (2012) estima que alrededor de 208 millones de

mujeres de diferentes edades quedan en embarazo cada año, en el cual el 41% de los embarazos no han sido planeados. Así mismo, las estadísticas revelan que un cuarto de los embarazos acabaron en abortos provocados, teniendo una mayor prevalencia en países en vía de desarrollo.

El aborto inseguro está definido por la OMS (2012) como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, el cual es realizado por personas que no son profesionales de la salud, que no cuentan con los conocimientos ni habilidades necesarias o con un entorno que no cuenta con los requisitos médicos requeridos. En Colombia, aunque exista la sentencia C-355 donde se aprueba el aborto seguro, solo es permitido con tres excepciones como por ejemplo cuando la vida de la mujer se encuentra en peligro, cuando el feto presente malformaciones o cuando la mujer haya sido víctima de abusos o quede en estado de embarazo sin su consentimiento como en el caso de inseminaciones artificiales. (Ministerio de Salud, 2016). Estas condiciones dejan una brecha abierta para aquellas mujeres que no cumplen con los requisitos y deseen realizar un aborto.

Los embarazos no deseados y el aborto tienen repercusiones sociales, emocionales y económicas. En primer lugar, las mujeres en especial las adolescentes según la OMS (2020) “se ven obligadas a dejar los estudios” para cuidar de sus hijos, lo cual apunta a que sin estudios tengan menos posibilidad de encontrar empleos para su sustento y el de sus hijos. Según Sánchez (2019) las repercusiones del embarazo en la educación se presentan en todos los niveles educativos y pueden ser de dos tipos o “el aplazamiento del cumplimiento de objetivos trazados, o la anulación de metas fijadas en lo académico, que forman parte de su proyecto de vida” (p. 2).

Con relación a los abortos la OMS (2019) afirma que para el año 2016, las estadísticas estiman que se gastaron alrededor de unos 680 millones de dólares para tratar las consecuencias para la salud tanto física como mental que produjeron los abortos inseguros. Por último, las consecuencias del aborto indistintamente que sea seguro o espontáneo (debido a complicaciones en el embarazo) puede conllevar a problemas emocionales en la mujer y a nivel de pareja como por ejemplo sentimientos de culpa y remordimientos, ansiedad, depresión, entre otros.

Es importante rescatar la importancia de la promoción y prevención por medio de programas impulsados por el gobierno, IES y las entidades de salud que permitirán alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Plan decenal de Salud Pública 2013-2021, y en general con todas las políticas públicas que intentan luchar en contra de la desigualdad económica y aumentar el bienestar físico y mental a nivel individual y colectivo en todas las poblaciones. La OMS (2016) afirma que la prevención será eficaz si las personas tienen acceso a la información y a los recursos que les permitan mejorar sus respuestas emocionales y tomar decisiones responsablemente con relación a su sexualidad y ante los otros. Según Leung y Lin (2018); Saeteros et al. (2018) la educación sexual tiene como objetivo principal brindar estrategias para la toma de decisiones asertivas, la promoción y prevención de infecciones de transmisión sexual en especial del VIH, y por último, desmitificar mitos y fortalecer conocimientos que fomenten prácticas sexuales saludables. La UNESCO (2018) afirma que los temas deben ser abordados progresivamente según la edad y las necesidades propias del desarrollo y están relacionados con la reproducción, la igualdad de género, las relaciones interpersonales y de pareja, diversidad, inclusión, comportamientos sexuales de riesgo y valores como la empatía y la responsabilidad.

Autores como Rogers et al. (2018); Bran, et al. (2016) y Hatzenbuehler et al. (2009) resaltan la importancia de la educación sexual, no solamente a la transmisión de la información sobre el autocuidado, si no la importancia de atacar algunas representaciones sociales, prejuicios o mitos que se han creado alrededor de la sexualidad por factores sociales que pueden dificultar la efectividad de los programas de prevención y promoción. Calero et al. (2017) afirman que la educación sexual debe ser integral en ética y moral basada en la igualdad y en la aceptación de la diversidad.

Por último, es importante que desde la prevención y la promoción se trabaje con el contexto que rodea a los jóvenes, no solo las instituciones de educación, sino además las familias. González et al. (2017) señalan que las familias son el principal núcleo socializador y además, podrían ser una buena fuente de información.

4.3 Marco Legal

La Ley Estatutaria de Salud que establece “consagrar la salud como un derecho fundamental autónomo, garantizar su prestación, regular y establecer sus mecanismos de protección.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020), se ha expedido del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia como un marco de políticas para velar por los Derechos Sexuales y Reproductivos y por el bienestar integral de sus habitantes.

En primer lugar, la Política de Atención Integral en Salud tiene como finalidad “generar mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud” con el objetivo que la población obtenga de forma oportuna y eficaz atención y promoción en todas las esferas de la salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016-2020).

En segundo lugar, el Plan Decenal de Salud Pública 2013-2021 tiene como objetivo generales “la reducción de la inequidad en salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020), para lo cual se han establecido ocho dimensiones prioritarias y dos transversales dentro de la que se encuentra “la dimensión de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos” Dentro de esta dimensión se abordan los componentes de la “Promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la equidad de género” y la “Prevención y atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Por último, se establece la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Los derechos sexuales enmarcan:

Derecho al goce, la satisfacción y la gratificación sexual; Derecho a conocer y valorar el propio cuerpo; Derecho a decidir si se tienen o no relaciones sexuales; Derecho a expresar la orientación sexual o identidad de género; Derecho a una vida libre de violencias. (Ministerio de Salud, 2018).

Con relación a la educación sexual, el gobierno ha creado leyes que respaldan la importancia de la educación en la sexualidad particularmente en preescolar, básica primaria, básica secundaria y media vocacional. Se pueden encontrar la Resolución 3353 de 1993 del Ministerio de Educación Nacional sobre “la obligatoriedad de la educación sexual”; Ley 1146, donde se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente”(Ministerio de Educación Nacional, 2020); (Ministerio de Educación Nacional, 2007)

4.4 Estado del Arte

De esta forma, diferentes autores se han encargado de delimitar las conductas de riesgo para la SSR dentro de las que se encuentran el consumo de SPA, no usar preservativo durante las relaciones sexuales orales, anales o vaginales, uso del internet para contactar parejas sexuales, parejas ocasionales, la baja percepción de riesgo, el inicio prematuro de la primera relación sexual. (Folch et al., 2015; Bahamón et al., 2014; Hoffman et al., 2017). Además, la importancia de la educación sexual, servicios de salud, y programas de prevención y promoción de SSR. (Vidal y Hernández, 2017; Uribe et al., 2016)

En primer lugar, las relaciones sexuales ocasionales ponen en riesgo la SSyR de los individuos. En la actualidad, con los grandes avances tecnológicos, el uso de las redes sociales se ha convertido en una herramienta que facilita conseguir parejas sexuales y aumentan este tipo de relaciones ocasionales. Por ejemplo, según el estudio de Folch et al. (2015) el 41,7% de los encuestados afirmó haber recurrido a internet para conseguir parejas sexuales, lo cual les incrementa la posibilidad de interactuar parejas sexuales. En otro estudio realizado por Choi et al. (2016) encontraron que aquellas personas que usaron aplicaciones móviles para encontrar pareja eran más propensas a tener parejas ocasionales y no usar preservativo en los comportamientos sexuales algo que puede aumentar el riesgo de adquirir ITS o embarazos no planeados.

Por otro lado, a pesar de los evidentes beneficios que conlleva el uso de métodos anticonceptivos y de su accesibilidad en entidades de salud pública, las investigaciones

revelan que el uso del condón en actos sexuales es bajo. (Covarrubias et al., 2015; Alvarado et al., 2017)

Cabe resaltar que, existen algunos mitos alrededor del uso de preservativos que deben ser tenidos en cuenta. Por ejemplo, estudios realizados por Valdez, et al. (2018) y Ballester et al. (2007) evaluaron las razones por las cuales los jóvenes no usan el condón en un acto sexual, las razones estuvieron relacionadas con incredulidad sobre su eficacia, creencias sobre efectos secundarios (como en el caso de los anticonceptivos), pérdida de sensibilidad, entre otras. Además, Hoffman et al. (2017) hallaron que el 68% de los universitarios usa condón solo para prevenir embarazos no deseados, el 28% para prevenir embarazos e ITS, mientras que el 3% para prevenir ITS.

Una de los factores que podría influir en el uso del condón es el consumo de SPA. Otra de las conductas de riesgo que según la literatura tiene un impacto en el comportamiento sexual de los jóvenes es el consumo de SPA, puesto que las investigaciones asocian el tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y/o las drogas, con parejas sexuales ocasionales, carencia de protección durante la relación sexual y el inicio precoz de actividades sexuales en la adolescencia, las cuales, ponen en riesgo a la persona de contraer ITS o embarazos no deseados. (Pinzón y Vernaza, 2017; OPS, 2005)

Por ejemplo, en un estudio cualitativo realizado con estudiantes universitarios, Salguero et al. (2017) encontraron que algunos jóvenes en relaciones sexuales informales que se dan lugar en fiestas, corren el riesgo de no implementar el uso del condón porque se encuentran bajo los efectos del alcohol, perdiendo el control de la situación. A su vez, Villafañe-Ferrer y González-Navarro (2017) encontraron resultados similares, en primer lugar, el 55% de los estudiantes universitarios encuestados afirma ingerir bebidas alcohólicas antes de tener una relación sexual. Además, establecieron una relación entre el consumo de SPA y la presencia de ITS.

Algunos estudios en SSyR, han encontrado relaciones entre datos sociodemográficos como lo son la ciudad de procedencia, zonas urbanas o rurales, estrato socioeconómico, nivel de estudios, orientación sexual y su estado civil y las prácticas

sexuales de riesgo. Por ejemplo, según un estudio realizado por Cardona et al. (2015) se encontró correlación entre determinantes sociodemográficos y las conductas sexuales de jóvenes adolescentes en Colombia. La mayoría de los evaluados (81%) obtuvieron puntuaciones bajas en la encuesta de conocimientos y creencias en torno a la sexualidad, sin embargo, los que obtuvieron puntuaciones altas (el 19%) fueron aquellos mayores de 18 años, con estrato socioeconómico 3, casados, mestizos, que no tenían vida sexual activa, que habían recibido educación sexual en el hogar o la familia, y aquellos pertenecientes a la religión cristiana.

Además, Covarrubias et al. (2015) en su estudio encontraron que el uso de métodos anticonceptivos es mayor en poblaciones con niveles de estudio y con estratos socioeconómicos altos; en adición, el lugar de procedencia, es una variable a tener en cuenta, se reporta que las ciudades con mayores casos de VIH reportados son “Quindío, Córdoba, Barranquilla, Cartagena y Valle del Cauca.” Instituto Nacional de Salud (2018). El DNP (2015) afirma que se encuentran diferencias significativas en cuanto al embarazo adolescente en zonas urbanas y rurales, siendo las zonas rurales las que tienen un porcentaje mayor en comparación a zonas urbanas.

Con relación a la religión, algunos autores afirman que es un factor importante CS. Por ejemplo, según Yasmine et al. (2015); Yip et al. (2011) han encontrado que la religiosidad es un factor determinante en la decisión de posponer los primeros encuentros sexuales en la niñez y en la adolescencia. Además, disminuye el número de parejas sexuales y la promiscuidad en comparación con poblaciones no pertenecientes a ninguna religión. Esto se puede explicar porque las religiones condenan las relaciones sexuales fuera del matrimonio, está relacionada con valores importantes como el compromiso, el respeto y relaciones con vínculos duraderos.

Sin embargo, aunque algunos estudios demuestran el impacto positivo de la religión en la toma de decisiones relacionada con la salud sexual y reproductiva, también puede ser perjudicial. González y Molina (2017) realizaron un estudio donde encontraron que la inclinación a la religión, disminuye el uso de condón en los jóvenes evaluados, lo que podría

estar relacionado con que las actividades sexuales deben tener lugar en el matrimonio y con fines reproductivos. Rotosky et al. (2004) encontraron resultados similares.

Así mismo, diversas investigaciones han demostrado la relación existente entre género y conducta sexual. Por ejemplo, la Organización de Estados Americanos (OEA) (2019) afirma que las expectativas conservadoras relacionadas a la masculinidad, pueden llevar a prácticas que aumentan la prevalencia de contraer ITS, como por ejemplo VIH, en los jóvenes y los adolescentes de género masculino. Bahamón et al. (2014) tienen un argumento similar. Así mismo, Folch et al. (2015) realizaron un estudio sobre los determinantes de las prácticas de riesgo en jóvenes y encontraron que los jóvenes hombres presentan una mayor frecuencia de encuentros sexuales ocasionales que las jóvenes mujeres evaluadas.

Con relación a la orientación sexual, González et al. (2016) argumentan que los programas de educación sexual deben promover las prácticas sexuales seguras en todos los estudiantes, teniendo en cuenta programas de inclusión, donde se consideren las diferentes orientaciones sexuales. Además, afirman que “los adolescentes y jóvenes pertenecientes a la comunidad LGB presentan indicadores de riesgo más altos que los pares heterosexuales”, (p. 203) con relación a ITS, consumo de SPA y uso del condón, Choi et al. (2016) encontraron resultados similares con relación al uso de aplicaciones móviles y riesgos para la SSyS entre jóvenes de sexo masculino con orientación homosexual.

Cordová et al. (2015) por su parte, indican que las conductas a nivel individual pueden estar sesgadas por el contexto social donde ellos ocurren. Por esta razón, el abordaje de la SSyR debe estar enmarcado en el estudio de su entorno y en los intereses, creencias, aptitudes que las personas asumen colectivamente y que favorecen la adopción de conductas aceptadas socialmente. Investigadores como Uribe y Orcasita (2009); Borja y Del Pozo (2017) han estudiado la importancia del ambiente social, familiar y económico para la comprensión de los comportamientos de los jóvenes y adolescentes en el abordaje de la salud. Afirman que en las experiencias que acontecen en la cotidianidad se desencadenan CR que pueden ser influenciadas por factores económicos y culturales del contexto donde se están desarrollando.

Las familias de los individuos pueden ser un factor de riesgo a tener en cuenta por la carencia de educación en el tema y baja comunicación con sus hijos. Según la encuesta realizada en Colombia por el DNP (2015) encontraron que la fuente de información principal sobre SSyR son sus amigos, sin embargo, reconocen que sus padres deberían cumplir esa función. Sin embargo, según Orcasita et al. (2013) los padres y las madres no cuentan con los recursos y la información adecuada para orientar a sus hijos, además, tienen mitos y barreras que les dificultan la comunicación.

De igual forma, el DNP (2015); Arias, et al. (2011); Uribe, et al. (2016) han llegado a conclusiones similares, donde afirman que la estructura familiar, el nivel de estudio de los padres, la comunicación que se establece entre padres e hijos son factores esenciales para entender los comportamientos sexuales de los jóvenes.

Algunas investigaciones han demostrado la importancia de la educación sexual en la mejora de la SSyR en adolescentes y jóvenes, considerando la desinformación como un factor de riesgo. Por ejemplo, Duberstein y Maddow (2012) encontraron que recibir educación sexual antes de la primera relación sexual demuestra resultados saludables en la SSyR como por ejemplo retrasar la edad de la relación sexual, usar métodos anticonceptivos y la reducción de múltiples parejas, en comparación con aquellos no informados. La UNESCO (2018) y Cardona et al. (2015) han llegado a conclusiones similares. En Colombia, según la Encuesta de Demografía y Salud (2015), solo el 59.5 % de mujeres entre los 13 y los 49 años de edad saben que la EPS brinda métodos anticonceptivos y orientación de forma gratuita.

El estudio realizado por Fernández-Feito, Antón-Fernández y Paz-Zulueta (2017) muestra que las estudiantes universitarias que se encuentran vacunadas frente al virus del VPH tienen más riesgo de tener CSR o de no realizar chequeos médicos relevantes como la citología, porque tienen la percepción que la vacuna obtiene una protección general frente a ITS, este estudio revela la gran importancia de la educación sexual y del acompañamiento de los jóvenes en su sexualidad.

A pesar de la gran importancia que tiene la educación sexual para sensibilizar, promocionar y prevenir riesgos en la SSyR, se ha demostrado que el conocimiento no es

garante de comportamientos saludables, teniendo en cuenta otros factores de orden subjetivo como experiencia emocional, percepciones y actitudes hacia la sexualidad, toma de decisiones y características de personalidad; y sociales como la economía y las relaciones familiares. (Bahamón et al., 2011)

Dentro de las investigaciones que lo demuestran se encuentra la realizada por Ibáñez y Guarnizo-Tole (2016) quienes hicieron una comparación de las conductas sexuales entre estudiantes de ciencias de la salud e ingeniería para determinar si el aparente conocimiento que tienen los estudiantes de áreas de la salud, disminuye las conductas de riesgo. Sin embargo, encontraron prácticas similares entre los estudiantes de las dos carreras y concluyeron que tener formación y escenarios que los conectan con la realidad, no significa que los conocimientos son llevados a la práctica para el ejercicio de una sexualidad responsable y consciente. Covarrubias et al. (2015) encontraron resultados similares en un estudio realizado con estudiantes de enfermería.

Capítulo 3. Metodología de la Investigación

5. Metodología

5.1 Tipo de Metodología

La presente investigación se desarrolla desde el enfoque cuantitativo en cuanto se “utiliza la medición numérica y el análisis estadístico con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Hernández et al. 2014, p.4). Además, cuenta con un alcance descriptivo, toda vez que pretende caracterizar la población objetivo de estudio; es decir, los jóvenes universitarios de la Corporación Universitaria del Caribe CECAR del programa de Ciencias del Deporte, y describir las CSR.

5.2 Unidad de Análisis

La unidad de análisis de esta investigación la constituyen los jóvenes universitarios del programa de Ciencias del Deporte de la Corporación Universitaria del Caribe - CECAR porque sobre su CS y reproductiva recae la investigación.

5.3 Población y Muestra

La población está conformada por los estudiantes universitarios del programa de Ciencias del Deporte, matriculados en el segundo periodo del año 2020. Teniendo en cuenta que el total de los alumnos matriculados es del 356 se tomó una muestra representativa del 86 con edades comprendidas entre los 18 y 28 años de edad. La participación en el estudio es de carácter voluntario y anónimo para proteger la identidad de los evaluados.

5.3.1 Selección de Participantes

Criterios de inclusión: estudiantes matriculados en los programas de Psicología y Ciencias del Deporte que cumplan con los criterios de edad y estén dispuestos a realizar la encuesta de forma voluntaria y anónima.

Criterios de exclusión: estudiantes matriculados en los programas de Psicología y Ciencias del Deporte menores de 18 años y mayores de 29 años. Además, se excluye a los estudiantes que decidan no realizar la prueba.

5.4 Técnicas e Instrumentos para la Recolección de la Información

La recolección de la información se realizó por medio de los siguientes cuestionarios:

Cuestionario general. Diseñado por Bermúdez et al. (2005). El cuestionario recoge información general sobre datos sociodemográficos como edad, sexo, lugar de residencia, zona geográfica, estrato socioeconómico, religión y personas con las que vive. Además, se realizan preguntas relacionadas a la prevención y promoción del VIH.

Encuesta por Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa. Diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia en el año 1997. El instrumento consta de 27 preguntas y tiene como objetivo la recolección de información relacionada con el comportamiento sexual de los individuos y algunos datos sociodemográficos como edad, sexo, estado civil y estrato socioeconómico. Contreras et al. (2007) realizaron un estudio para evaluar el cuestionario mediante el análisis de sus componentes principales, encontrando que cuenta con propiedades psicométricas sólidas con un coeficiente de confiabilidad de 0.98.

5.5 Variables de Estudio

Tabla 1

Operacionalización de Variables

Variable	Valores posibles	Método de recolección
Conductas sexuales	-Uso del preservativo. -Consumo de SPA durante las relaciones sexuales. -Número de parejas sexuales.	Cuestionario Confidencial Vida sexual activa. Ministerio de Salud (1997)

	<ul style="list-style-type: none"> -Relaciones sexuales/heterosexuales homosexuales. -Inicio de la primera relación sexual. -Prevención y promoción de Infecciones de transmisión sexual -Infecciones de transmisión sexual 	
Datos demográficos	<ul style="list-style-type: none"> Género Edad Religión Zona geográfica Estrato sociodemográfico Semestre Departamento y municipio de residencia Semestre académico Personas con las que vive 	<p>Cuestionario General Bermúdez, Buela-Casal, y Uribe (2005).</p>

Fuente: elaboración propia.

Capítulo 4. Análisis de Resultados

6. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos teniendo en cuenta el objetivo general que busca identificar las CSR para la SSyR de los estudiantes universitarios matriculados en el programa de ciencias del deporte y la actividad física.

6.1 Caracterización Demográfica y Socioeconómica de la Muestra

En este apartado se expone la caracterización de la muestra por medio del cuestionario general diseñado por Bermúdez et al. (2005) con el fin de tener un mejor conocimiento de las características de la población que se evalúa, más allá del programa al que se encuentran matriculados; y el cuestionario de vida sexual activa diseñado por el Ministerio de Salud (1997), donde se identificaron las conductas sexuales de los jóvenes universitarios. Es así como, teniendo en cuenta las características sociodemográficas y las conductas sexuales, se identificaron los posibles comportamientos o creencias que pueden ser riesgosas para su salud tanto física como emocional a la luz de la literatura.

La muestra estuvo conformada por 86 estudiantes, de los cuales 79 (91,86%) eran hombres y 7 (8,1%) mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 28 años de edad ($M = 20,8$; $DT = 2,5$), en hombres la media es 20,8 y en mujeres 19,8 (Tabla 2).

Con relación al departamento de residencia, 10% residen en Bolívar, el 11% en Córdoba, el 1% en Magdalena y la mayor parte con un 77% en Sucre, donde el 62% de estos residen en la ciudad de Sincelejo. El 31% vive en zonas rurales y el 69% en zonas urbanas. Además, al momento de aplicar la encuesta el 57% de los participantes vivían con ambos padres, el 22% vivía solo con la madre, el 5% solo con el padre y el 16% reportan vivir con otras personas como tíos, hermanos, abuelos o amigos. El 94% pertenecen al estrato socioeconómico bajo (1 y 2) y el 6% al medio (3).

El 16% estaban matriculados en el primer semestre, el 42% en el segundo semestre, el 1% en el tercer semestre, el 10% en el cuarto semestre, el 3% en el quinto semestre, el 12% en el séptimo semestre, un 13% en el octavo semestre y un 2% en el noveno semestre. Con relación a la religión, el 77% reporta pertenecer a la religión católica, el 17% a la religión evangélica, el 16% a ninguna religión y el 6% a otras (Tabla 3).

Respecto al conocimiento, el 56% de los jóvenes comenta haber recibido información sobre la transmisión del VIH. Las principales fuentes de información son los programas televisivos y las charlas en el colegio o universidad. Únicamente 3 personas comentan haber recibido información de parientes (miembros de la familia).

Tabla 2

Medias y desviaciones típicas de la edad de los estudiantes según el sexo

Sexo	Media	Desviación típica
Hombres	20,8	2,5
Mujeres	19,8	1,06

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3

Descripción de la muestra de jóvenes según el género en función de la edad, religión, zona geográfica, estrato sociodemográfico, semestre, departamento y municipio de residencia.

Variables	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Total	
Edad	fi	%	fi	%	fi	%
18	22	28%	1	14%	23	27%
19	6	8%	1	14%	7	8%
20	13	16%	3	43%	16	19%
21	11	14%	2	29%	13	15%
22	7	9%	0	0%	7	8%

23	5	6%	0	0%	5	6%
24	8	10%	0	0%	8	9%
25	3	4%	0	0%	3	3%
26	2	3%	0	0%	2	2%
27	1	1%	0	0%	1	1%
28	1	1%	0	0%	1	1%
Total	79	92%	7	8%	86	100%

Variables	Hombres		Sexo Mujeres		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Departamento de residencia						
Bolívar	8	10%	0	0%	8	9%
Córdoba	9	11%	0	0%	9	10%
Magdalena	1	1%	0	0%	1	1%
Sucre	61	77%	7	100%	68	79%
Total	79	92%	7	8%	86	100%

Variables	Hombres		Sexo Mujeres		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Zona geográfica						
Rural	27	34%	0	0%	27	31%
Urbana	52	66%	7	100%	59	69%
Total	79	92%	7	8%	86	100%

Variables	Hombres		Sexo Mujeres		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Estrato socioeconómico						
1	52	66%	5	71%	57	66%
2	23	29%	1	14%	24	28%

3	4	5%	1	14%	5	6%
Total	79	92%	7	8%	86	100%

Variables	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Religión						
Católica	46	58%	6	86%	52	77%
Evangélica	14	18%	1	14%	15	17%
Ninguna	14	18%	0	0%	14	16%
Otra	5	6%	0	0%	5	6%
Total	79	92%	7	8%	86	100%

Variables	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Semestre académico						
1	14	18%	0	0%	14	16%
2	33	42%	3	43%	36	42%
3	1	1%	0	0%	1	1%
4	7	9%	2	29%	9	10%
5	3	4%	0	0%	3	3%
7	8	10%	2	29%	10	12%
8	11	14%	0	0%	11	13%
9	2	3%	0	0%	2	2%
Total	79	92%	7	8%	86	100%

Fuente: elaboración propia.

6.2 Conductas Sexuales de los Estudiantes

La CS de los jóvenes universitarios del Programa de Ciencias del Deporte, fue evaluada mediante el Cuestionario Confidencial Vida sexual activa creado por el Ministerio de Salud (1997). De la muestra estudiada el 94% de los estudiantes ha tenido relaciones sexuales. La edad media de inicio de las relaciones sexuales es de 16,08 años y la desviación estándar 1,8

(Tabla 4). En hombres, la media es 15,94 años y en mujeres 17,8 años. El 48% no hizo uso del preservativo en su primera relación sexual (Tabla 5).

Estos resultados indican que los estudiantes analizados iniciaron sus relaciones sexuales en una edad que se encuentra por encima del promedio nacional que es de 14 años, indicando que no tuvieron relaciones precoces y riesgozas, teniendo en cuenta que Leal et al. (2018) y Lara y Abdo (2016) señalan que tener relaciones sexuales antes de los 15 años es considerado precoz y riesgoso para la SSyR. Sin embargo, autores como Bello-Villanueva et al. (2015) y Díaz-Cárdenas et al. (2014) afirman que independientemente si la relación sexual es precoz, existe un alto riesgo para la SSyR en los jóvenes que empiezan su actividad sexual menor a los 20 años. Es decir, que aunque las relaciones sexuales de los estudiantes analizados no son consideradas precoces, si pueden contituir una conducta sexual de riesgo por haber iniciado su vida sexual antes de los 20 años.

Tabla 4

Medias y desviaciones típicas de la edad de inicio de las relaciones sexuales de los jóvenes universitarios en función del sexo.

Sexo	Media	Desviación típica
Hombres	15,9	1,8
Mujeres	17,8	0,9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5

Frecuencia del uso del preservativo en la primera relación sexual en función del sexo.

Uso del preservativo	Hombres		Mujeres	
	fi	%	Fi	%
Si	39	52%	3	50%
No	36	48%	3	50%

Total	75	93%	6	7%
-------	----	-----	---	----

Fuente: elaboración propia.

Entre los estudiantes que han tenido relaciones sexuales con penetración, 72 (90%) han tenido algún tipo de relación sexual durante los últimos 12 meses, de los cuales, 62 (86%) con mayor frecuencia las relaciones con penetración del pene en la vagina, 35 (49%) con penetración del pene en la boca y 12 (17%) con menor frecuencia, penetración del pene en el ano.

Con relación al número de parejas sexuales, los jóvenes afirman que sus relaciones sexuales han sido un 79% con la misma persona y el 21% con más de una persona (Tabla 9). Esta conducta sexual tiene factores positivos porque la estabilidad disminuye el número de parejas sexuales y la exposición a contraer ITS (Madrid et al. 2020; Papalia y Martorell, 2017). Sin embargo, se debe tener en cuenta que aunque tienen parejas estables, el uso del preservativo tiene un bajo porcentaje. (Tabla 6).

Tabla 6

Relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina, en el ano y en la boca en función del uso del preservativo

Tipo de penetración	fi	%
Penetración del pene en la vagina		
Todas las veces	16	22%
Algunas veces	31	43%
Ninguna vez	15	21%
Total	62	86%
Penetración del pene en el ano		
Todas las veces	1	8%
Algunas veces	5	42%
Ninguna vez	6	50%
Total	12	17%

Penetración del pene en la boca	fi	
Todas las veces	0	0%
Algunas veces	3	9%
Ninguna vez	32	91%
Total	35	49%

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 6 se puede observar que el uso del preservativo en los jóvenes es bajo, lo cual es considerado una conducta sexual de riesgo para su SSyR. Con relación al uso del preservativo en los últimos 12 meses, los jóvenes reportan que en sus relaciones vaginales utilizaron el preservativo en un 22% todas las veces, algunas veces un 43% y ninguna vez el 21%.

En las relaciones sexuales anales utilizaron el condón un 8% todas las veces, un 42% algunas veces y ninguna vez el 50%. Es decir, en las relaciones sexuales anales hay un bajo uso del condón. Por último, las relaciones sexuales con penetración del pene en la boca reportan el uso del preservativo algunas veces 9% y ninguna vez el 91%, no hay uso del preservativo en todas las relaciones sexuales de este tipo. Respecto a este último tipo de penetración, Da Cunha et al. (2020); Fernández-López y Morales-Angulo (2017) han encontrado que existe una gran relación entre la higiene oral y la salud reproductiva, presedntándose algunas manifestaciones clínicas de infecciones de TS como lesiones causadas por sífilis, candidiasis y sífilis oral, y condilomas causados por el virus del VPH.

Tabla 9

Número de parejas sexuales de los jóvenes en los últimos 12 meses

Número de parejas sexuales	Hombres		Mujeres		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
1	52	79%	5	83%	57	79%
2	3	5%	1	7%	4	6%

3	5	7%	0	0%	5	7%
4	5	7%	0	0%	5	7%
6	1	2%	0	0%	1	1%
Total	66	92%	6	8%	72	100%

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 9 se reporta que la mayoría de los jóvenes (79%) mantienen relaciones sexuales con una sola persona, el 6% con dos personas y el 15% con más de 3 personas. Se encontró que las mujeres tienden a tener menos parejas sexuales que los hombres.

Tabla 10

Orientación de las relaciones sexuales

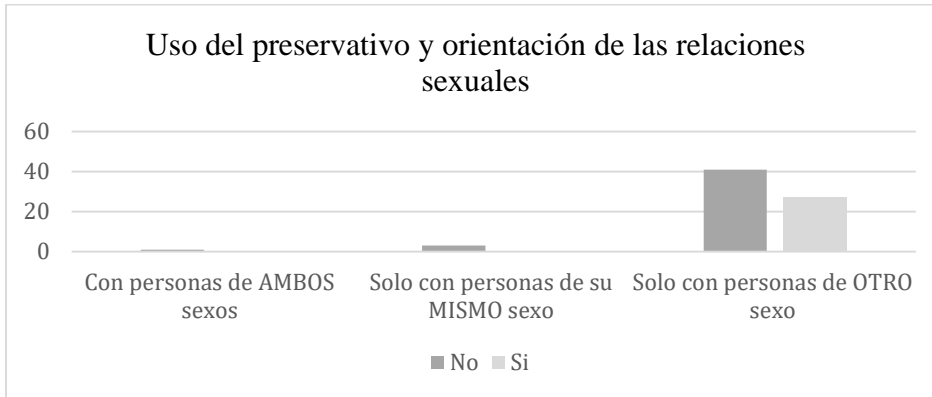
Orientación	Mujeres		Hombres		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Con persona (s) de AMBOS sexos	0	0%	1	2%	1	1%
Solo con persona (s) de SU MISMO sexo	0	0%	3	4%	3	4%
Sólo con persona (s) del OTRO sexo	6	100%	62	94%	68	95%
Total	6	8%	66	92%	72	100%

Fuente: elaboración propia.

Al analizar la orientación de las relaciones sexuales, se encontró que, tanto hombres como mujeres, reportan que en su mayoría 95% estas son heterosexuales; es decir, con persona del sexo opuesto. Los hombres que reportan tener relaciones sexuales homosexuales (con personas de su mismo sexo) se encuentran en un 4% y relaciones bisexuales 1%. El uso del preservativo de los que tienen relaciones con sexo opuesto fue de un 40% y de las personas que tienen relaciones con el mismo o ambos sexos fue del 0% (Gráfica 1).

Gráfica 1

Orientación de las relaciones sexuales y el uso del preservativo



Fuente: elaboración propia.

El bajo uso del preservativo en las relaciones sexuales homosexuales es considerado un factor de riesgo para la SSy. Las investigaciones han demostrado que las personas que tienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, en especial los hombres, son propensos a adquirir CSR como bajo uso del preservativo o varias parejas sexuales (Rogers *et al.*, 2018), esta tendencia expone a esta población a tener mayor probabilidad de contraer algún tipo de ITS.

Tabla 11

Uso del preservativo en la última relación sexual en función de la religión

Tipo de Religión	Católica		Evangélica		Ninguna		Otra		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	17	38%	6	50%	3	27%	1	25%	27	37%
No	28	62%	6	50%	8	73%	3	75%	45	63%
Total	45	62%	12	17%	11	15%	4	5%	72	100%

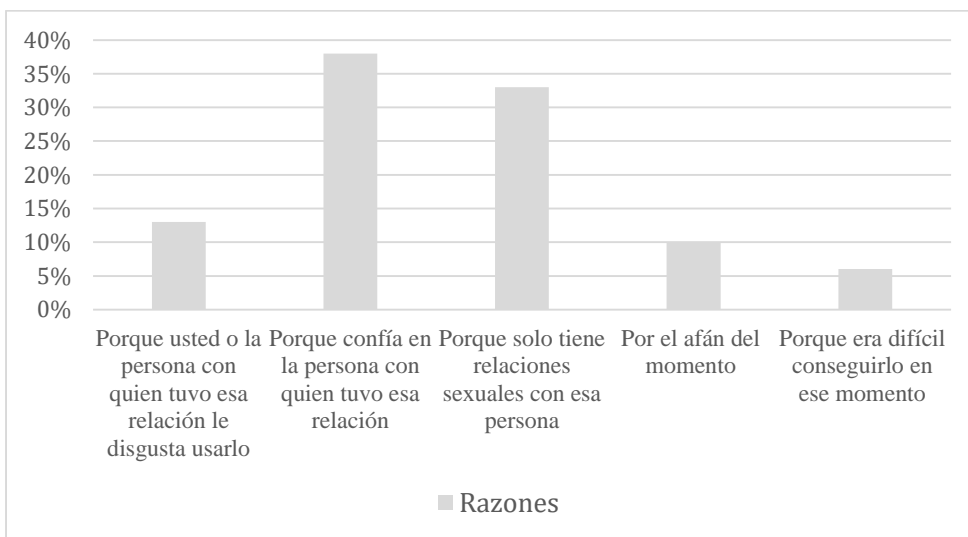
Fuente: elaboración propia.

Con relación a la última relación sexual, el 44% (32) de los estudiantes usaron preservativo en contraste con un 56% (40) que no lo usaron. Es decir, más de la mitad de los encuestados no usaron protección en su última relación sexual, practica que podría ser considerada de riesgo, teniendo en cuenta que la OMS (2018) afirma que el uso de preservativos a nivel individual ayuda a prevenir ITS, embarazos en la adolescencia y/o no deseados, disminución de la mortalidad materna e infantil y abortos inseguros (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2015).

Por otra parte, se encontró que el 62% de los que pertenecen a la religión católica y el 50% a la religión evangélica no usaron preservativo; un resultado que puede corroborar lo expresado por Bran (2016) quien pone de manifiesto que el tener creencias religiosas puede disminuir el uso del preservativo en las personas.

Gráfica 2

Razones por las que no usaron preservativo en la última relación sexual



Fuente: elaboración propia.

Como se puede apreciar en la gráfica 2, las principales razones por la cuales no usaron preservativo en esa última relación sexual es porque confían en la persona (38%), porque solo tienen relaciones sexuales con esa persona (33%), porque les disgusta usar el condón (13%), por el afán del momento (10%) y porque era difícil conseguirlo en ese momento (6%). La causa

principal relacionada con la confianza, apunta a una visión del condón para proteger solamente de ITS, sin tener en cuenta los embarazos no deseados. En este sentido, el informe ONUSIDA (2015) afirman que una gran cantidad de mujeres jóvenes o niñas que se encuentran en relaciones sentimentales de varios años, pueden sentir que es una falta de confianza hacia su pareja exigir el uso del preservativo en sus relaciones sexuales, sin embargo, podrían estar expuestas a consecuencias como ITS o embarazos no deseados.

Respecto al consumo de SPA (tabla 12), los estudiantes solo reportan consumo de alcohol y tranquilizantes en un 25% durante las relaciones sexuales, de los cuales solo el 50% usaron preservativo. Sin embargo, a pesar que el porcentaje sólo fue de un 25% de los encuestados, sólo el 50% de estos hizo uso del preservativo.

Tabla 12

Uso del preservativo en función del consumo de SPA

Uso del preservativo	Licor		Licor y tranquilizantes		Ninguna sustancia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No	9	53%	0	100%	36	%	45	44%
Si	8	47%	1	100%	18	%	27	56%
Total	17	24%	1	1%	75%	100%	72	100%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 13

Practica del examen de VIH en función del estrato socioeconómico, la zona geográfica, el uso del condón y la información recibida sobre la transmisión del VIH

Variables	Practica del examen que sirve para saber si está infectado por el virus que causa el SIDA (VIH)		
Zona geográfica	Si	No	Total

	Fi	%	fi	%	fi	%
Urbana	5	71%	44	68%	49	68%
Rural	2	29%	21	32%	23	32%
Total	7	10%	65	90%	72	100%
Estrato sociodemográfico						
		Si		No		Total
	Fi	%	fi	%	fi	%
1	3	42%	48	74%	51	71%
2	2	29%	15	23%	17	24%
3	2	29%	2	3%	4	5%
Total	7	10%	65	90%	72	100%
Uso del preservativo						
		Si		No		Total
	Fi	%	fi	%	fi	%
Si lo uso	1	14%	26	40%	27	37%
No lo uso	6	86%	39	60%	45	63%
Total	7	10%	65	90%	72	100%
Información recibida sobre la transmisión del VIH						
		Si		No		Total
	Fi	%	Fi	%	fi	%
Si recibieron información	4	57%	26	40%	30	42%
No recibieron información	3	43%	39	60%	42	58%
Total	7	10%	65	90%	72	100%

Fuente: elaboración propia.

La literatura destaca la importancia que tiene la prevención y promoción de la SSyR en todas las etapas del desarrollo. Sin embargo, hace énfasis en que los jóvenes son el principal objetivo porque pueden estar expuestos a conductas de riesgo y a tener una vida sexual menos estable (Papalia y Martorell, 2017). En este sentido, se encontró que el 58% no ha recibido información sobre las ITS, en especial sobre la transmisión del virus del VIH.

Además, se encontró que el 10% de los estudiantes se ha realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses, de los cuales el 100% recibieron orientación previa para hacerse el examen; el 90% no se ha realizado la prueba de VIH, de los cuales el 68% se encuentran en zonas urbanas y el 32% en las zona rurales. El 74% pertenece al estrato socioeconómico 1, el 23% al 2 y 3% al estrato 3. Por último, el 60% de aquellos que no se ha realizado la prueba de VIH, no usaron preservativo en la última relación sexual.

Respecto a las creencias de tener o haber tenido alguna ITS, en la tabla 14 se muestra que la mayoría de los jóvenes en un 86% afirma no haber tenido una ITS en los últimos 12 meses, el 13% no lo sabe y el 1% ha tenido una. Sin embargo, se evidencia en la tabla 13 que el 90% no se ha realizado nunca la prueba de VIH; es decir, sus afirmaciones pueden estar basadas en la carencia de síntomas visibles y no en la realización de test que confirmen la ausencia de infecciones.

Tabla 14

Frecuencia de las Infecciones de transmisión sexual

Infecciones de transmisión sexual	Sexo					
	Mujeres		Hombres		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
No	4	67%	58	88%	62	86%
No sé	2	33%	7	11%	9	13%
Sí	0	0%	1	2%	1	1%
Total	6	8%	66	92%	72	100%

Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se pueden plantear las siguientes conclusiones:

1. La edad de inicio de las relaciones sexuales, aunque no es precoz, es considerada de riesgo por haber empezado actividad sexual antes de los 20 años.
2. Se evidencia que los jóvenes universitarios tienen un bajo uso del preservativo en sus relaciones vaginales y orales, considerado una conducta de riesgo para la salud sexual y reproductiva. Es importante implementar dentro de los programas de educación sexual el uso del preservativo en las relaciones sexuales, el cuidado de la salud oral, porque existe una baja percepción de riesgo frente a ITS o infecciones orales transmitidas durante el sexo oral y en parejas estables.
3. En su mayoría, los jóvenes mantienen relaciones sexuales con una sola pareja, lo cual es un factor protector y no de riesgo. Sin embargo, hay bajo uso del preservativo, es decir, se encuentran expuestos a contraer ITS o embarazos no deseados.
4. Se resalta que los jóvenes encuestados que tienen relaciones sexuales homosexuales no usan el preservativo, algo que es considerado una CSR para esta población.
5. Aunque el consumo de SPA es bajo, aquellos que consumieron durante la relación sexual solo el 50% usaron preservativo, conducta que debe tener seguimiento por medio de programas de prevención y promoción de CS saludables.
6. Los jóvenes que pertenecen a religiones como la católica o la evangelica, tienden a tener un bajo uso del preservativo, factor que puede ser considerado de riesgo. Sería importante profundizar en investigaciones sobre religión y sexualidad.
7. La confianza es una de las principales razones por las cuales los jóvenes no usan preservativo. Sin embargo, las investigaciones demuestran que hay un alto número de contagio en las parejas estables. Por lo tanto, este tipo de creencias son considerados de riesgo, por cuanto disminuye el uso del preservativo.
8. Podría existir una relación entre los estratos socioeconomicos bajo como 1 y 2, y la falta de información en educación sexual y conductas de prevención y protección como el usar preservativo o realizarse la prueba de VIH.

9. Dentro de las limitaciones de la investigación se encuentra la resistencia de los jóvenes, en especial de las mujeres, en hablar sobre temas relacionados con su sexualidad, por vergüenza, incomodidad o miedo a ser expuestos, lo cual, resalta la importancia de crear espacios de educación sexual dentro de las comunidades educativas, donde se normalicen pensamientos, conductas y actitudes, y puedan ser acompañados asertivamente en la vivencia y expresión no sólo de sus CS sino también de los factores biológicos, sociales, culturales, etc., que abarca la sexualidad.
10. Otra de las limitaciones que se puede observar es que el porcentaje de mujeres matriculadas en el programa de ciencias del deporte es bajo, lo cual limita hacer comparaciones en cuanto al género. Sería interesante realizar estudios donde se evidencie las diferencias en función del género, teniendo en cuenta las influencias sociales y culturales.
11. Se recomienda para las futuras investigaciones indagar experiencialmente sobre la sexualidad, donde no solamente se realice una descripción de las conductas sexuales, si no que además, se aborde de forma cualitativa a conocer las distintas experiencias y vivencias entorno a la sexualidad, teniendo en cuenta aspectos psicológicos, culturales, familiares, etc., y reconociendo las necesidades particulares de la población, que permitirán mejorar los programas de educación y orientación sexual en jóvenes universitarios, por ejemplo, la religión y conductas sexuales de riesgo, donde se evalúe si esas conductas están relacionadas con las religiones y/o creencias con las que se identifican. Esto fue una limitación dentro del estudio, porque no se evaluaron las experiencias particulares de cada alumno, donde desde un enfoque cualitativo hubiera sido enriquecedor.
12. Los hallazgos han permitido reconocer que existe un vacío sobre educación sexual en las IES, y resalta la necesidad de los jóvenes universitarios en recibir orientación sobre la vivencia de su sexualidad, debido a que se encuentran frente a nuevas situaciones y experiencias, cargadas de responsabilidad, que antes no vivían en los colegios, y sobretodo en una nueva etapa evolutiva vulnerables a tener CSR. (Saeteros, Pérez y Sanabria (2018).

Referencias

- Orcasita, L., López, M., y Reina, C. (2014). Conocimientos sobre riesgos frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes universitarios de la Ciudad de Cali. *Informes psicológicos*, 14(1), 143-158.
- Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, las Ciencias y la Educación. (2017). *Estadísticas sobre los jóvenes*.

- Borja, J., y Del Pozo, F. (2017). Educación para la salud con adolescentes: un enfoque desde la pedagogía social en contextos y situaciones de vulnerabilidad. *Revista científica de Salud Uninorte*, 33(2).
- Bran, L., Palacios, L., Posada, I., Bermúdez, V. (2016). Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. *Rev Cienc Salud*, 15(1), 59-70.
- Calero, E., Rodríguez, S., y Trumbull, A. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Humanidade Médicas*, 17(3), 577-592.
- Campo-Arias, A., Vanegas-García, J., y Herazo, E. (2017). Orientación sexual y trastorno de ansiedad social: una revisión sistemática. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 55(2), 93-102.
- Cardona, D., Ariza-Gerena, A., Gaona- Restrepo, C., y Medina-Pérez, Óscar. (2015). Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. *Revista Archivo Médico Camagüey*, 19(6), 568-576.
- Contreras, F., Carrobles, J y Juárez-Acosta, F. (2007). Psychometric properties of the Confidential Questionnaire of Active Sexual Life to assess risk behaviors in HIV-Aids. *Psicología Conductual*, 15(1), 5-27.
- Cordová, K., Chandra-Mouli, V., Decat, P., Nelson, E., De Meyer, S., Jaruseviciene, L., Vega, B., Segura, Z., Auquilla, N., Hagens, A., Van Braeckel, D., y Michielsen, K. (2015). Improving adolescent sexual and reproductive health in Latin America: reflections from an International Congress. *Reproductive Health*, 12(11), 1-7.
- Covarrubias, E., Ramírez, R., Verde, E., Rivas, J., y Rivero, L. (2015). Utilización de Métodos Anticonceptivos en estudiantes de Enfermería. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 18(1), 31-43.
- Díaz-Cárdenas, S., Arrieta-Vergara, K., y González-Martínez, F. (2014). Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios en Cartagena, Colombia, 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(1), 22-31.
- Duberstein, L. y Maddow, I. (2012). Consequences of sex education on teen and young adult sexual behaviors and outcomes. *Journal of adolescent health*, 51, 332-228

- Fernández-Feito, A., Antón-Fernández, R., y Paz-Zulueta, M. (2017). Conductas sexuales de riesgo y actividades preventivas frente al cáncer de cuello uterino en mujeres universitarias vacunadas frente al VPH. *Aten Primaria*, 50(5), 291-298.
- Fernández-López, C., y Morales-Angulo, C. (2017). Lesiones otorrinolaringológicas secundarias al sexo oral. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 68(3), 169-180.
- Folch, C., Álvarez, J., Casabona, J., Brotons, M., Castellsagué, X., y Grupo de jóvenes e internet. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*, 89, 471-485.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2015). Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente. https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-04/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes__y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf
- González, E., Molina, T., y San Martín, J. (2016). Comportamientos sexuales y características personales según orientación sexual en adolescentes chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 81(3), 202-210.
- González, E., y Molina, T. (2017). Religiosidad juvenil y su asociación a comportamientos sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en la región Metropolitana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(4), 396-407.
- González, V., Orcasita, L., Carrillo, J., y Palma-García, D. (2017). Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 419-430.
- Hatzenbuehler, M., Nolen-Hoeksema, S., y Dovidio, J. (2009). How does stigma “get under the skin”? The mediating role of emotion regulation, *Psychol. Sci.*, 20, pp. 1282-1289.
- Hernández, S., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*, México, D.F: McGraw-Hill.
- Hoffman, S., Levasseur, M., Mantell, J., Beksinska, M., Mabude, Z., Ngoloyi, C., Kelvin, E., Exner, T., Leu, C., Pillay, L., y Smit, J. (2007). Sexual and reproductive health risk behaviours among South African university students: results from a representative campus-wide survey.

- Ibáñez, E., y Guarnizo-Tole., M. (2016). Comparación de prácticas en salud sexual y reproductiva entre estudiantes de ciencias de la salud y de la ingeniería de una institución de educación superior en Bogotá, Colombia, 2008. *Rev. Colomb. Enferm*, 13(11), 57-71.
- Instituto Nacional de Salud. (2018). Informe de evento VIH7SIDA, Colombia, 2017. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA%202017.pdf>
- Jin, H., Hurliaux, E., Loughran, E., Packer, T., Raymond, F. (2014). Differences in HIV risk behaviors among people who inject drugs by gender and sexual orientation, San Francisco, 2012. *Drug and Alcohol Dependence*, 145(1), 180-184.
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*;11(3), 192-203.
- Lara, A. (2016). Mini-Review Age at Time of Initial Sexual Intercourse and Health of Adolescent Girls. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(5): 417-423.
- Leal, I., Molina, T., Luttgés, C., González, E., González, D. (2018). Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(2), 149-160.
- Leung, H., y Lin, L. (2018). Adolescent sexual risk behavior in Hong Kong: Prevalence, protective factors, and sex education programs. *Journal of adolescent health*, 64, 52-58.
- Madrid, M., Mesias, E., y Méndez, M. (2020). Conocimiento y prácticas para prevención y detección de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Cuatrimestral "Conecta Libertad"*, 4(1), 50-59.
- Martínez, J., y Pereira, M. (2015). Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia). *Salud Uninorte*, 32(3), 452-560.
- Ministerio de Educación Nacional. (2007). *Ley 1146*. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-146167_archivo_pdf.unknown
- Ministerio de Educación Nacional. (2017). *¿Por qué educar para la sexualidad?* <https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-172105.html>
- Ministerio de Educación Nacional. (2020). *¿Por qué educar para la sexualidad?* https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-172105.html?_noredirect=1

- Ministerio de educación Nacional. (2020). *Ley 1620 del 15 de Marzo de 2013*.
https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-322721.html?_noredirect=1
- Ministerio de Educación Nacional. (2001). *Educación sexual responsabilidad de todos*.
<https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-87151.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan decenal de Salud Pública*.
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Ciclo de vida*.
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Plan decenal de Salud Pública: Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos*.
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Dimension-sexualidad-derechos-sexuales-reproductivos.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). *Servicios de Salud amigables para adolescentes y jóvenes*.
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20jóvenes.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*.
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobación.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de atención integral en salud*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Derechos sexuales y derechos reproductivos en salud*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/derechos-sexuales-derechos-reproductivos-r1904-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Ley Estatutaria de Salud*.
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/ley-estatutaria-de-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Marco político de salud y derechos sexuales y reproductivos*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Marco-politico-de-la-salud-y-derechos-sexuales-y-reproductivos.aspx>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Métodos anticonceptivos modernos*.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Metodos-anticonceptivos-modernos.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Plan Decenal de Salud Pública*.
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- Ministerio de Salud. Política Nacional de Sexualidad (s.f.). *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
- Nideröst, S., Gredig, D., Hassler, B., Uggowitz, F., y Weber, P. (2018). The intention to use HIV-pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men in Switzerland: testing an extended explanatory model drawing in the unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT), *Journal of Public Health*, 26, 247-259.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*.
https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S
- Organización de las Naciones Unidas. (2020). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*.
<https://www.un.org/development/desa/es/millennium-development-goals.html>
- Organización de los Estados Americanos. (2019). Salud sexual y reproductiva. Recuperado de https://www.oas.org/es/youth/Salud_Sexual_y_Reproductiva.asp
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. (2nd ed.).
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf;jsessionid=57319B5147E886E8B4E87DFAB205A0AB?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Virus del papiloma humano (VPH)*.
<https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Género*. <https://www.who.int/topics/gender/es/>

Organización Mundial de la salud (OMS). (2019). Infecciones de transmisión sexual.
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Prevención del aborto peligroso.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Salud sexual.
https://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). El embarazo en la adolescencia.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Salud Reproductiva.
https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). VIH/SIDA Datos y cifras.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Estrategias del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2020.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=E18DD1D272CC54C690306A23507DC733?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Planificación familiar.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Objetivos de Desarrollo del Milenio.
https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/

Organización Mundial de la Salud. (2020). VIH/SIDA.
https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2019). Factores de riesgo.
https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es

- Organización Panamericana de la Salud. (2000). Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina. <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Protocolos-investigacion-salud-sexual-y-reprod-adolescentes-varones-lac.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). IMAN Servicios: Normas de atención de la salud sexual y reproductiva de adolescentes. <http://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/Documentos/IMAN.pdf>
- Papalia, D., y Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano*. México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana. México, D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Componente de salud sexual y reproductiva. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.2.pdf>
- Profamilia. (2015). Resumen ejecutivo Encuesta Nacional de Demografía y Salud. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/06/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-Nacional-De-Demografia-Y-Salud-ends-2015.pdf>
- Profamilia. (2020). Aborto seguro, la decisión es tuya. <https://profamilia.org.co/servicios/aborto-seguro/>
- Profamilia. (sin fecha), Conoce todos los métodos anticonceptivos para tu libre elección. <https://profamilia.org.co/servicios/metodos-anticonceptivos/que-son/>
- Programa conjunto de Naciones sobre VIH/SIDA (2019). *Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017*. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Programa conjunto de Naciones sobre VIH/SIDA. (2015). *UNFPA, OMS y ONUSIDA: Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado*. https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention
- Ramos da Cunha, A., Bessel, M., Neves, F., Moreno, F., Mendes, G., y Da Ros, E. (2020). Sexual behavior and its association with persistent oral lesions: analysis of the POP-Brazil study. *Clinical Oral investigations*, 1-10.
- Rogers, A., Jardin, C., Mayorca, N., Bakhshaie, J., Leonard, A., Lemaire, C., Zvolensky, M. (2018). The relationship of discrimination related to sexual orientation and VIH-relevant risk behaviors among men who have sex with men. *Psychiatry Research*, 267, 102-107.

- Rostosky, S., Wilcox, B., Comer, M., y Randall, B. (2004). The impact of religiosity on adolescent sexual behavior: A review of the Evidence. *Journal of adolescence research*, 19(6), 677-697.
- Saeteros, R., y Sanabria, G. (2015). Representaciones socioculturales sobre el ideal de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista cubana de salud pública*, 41(1), 459-475.
- Saeteros., R., Pérez, J., y Sanabria, G. (2018). Estrategia de educación sexual con metodología de pares para estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista cubana de salud pública*, 44(2), 295-311.
- Salguero, M., Pérez, G., Ayala, C., y Soriano, M. (2017). Prácticas sexuales y anticoncepción en hombres jóvenes: una mirada de género. *Psicología y salud*, 27(1), 19-28.
- Sánchez, S., Bastidas, G., Alfonso, I., Labrada, E. (2019). Embarazo no deseado y sus factores asociados en estudiantes universitarios. *Revista espacios*, 40(39), 1-9.
- Solano, A., Tabaac, A., Agénor, M., Austin, Charlton, B. (2019). Sexual orientation inequalities during provider-patient interactions in provider encouragement of sexual and reproductive health care. *Preventive Medicine*, 126, 1-6
- Thitasan, A., Aytar, O., Annerback, E., Velandia, M. (2019). Young people's health and risk behaviours in relation to their sexual orientation: A cross-sectional study of Thailand and Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 21, 67-74
- Uribe, A., Castellanos, J., y Cabán, M. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(2), 27-48.
- Uribe, A., y Orcasita, T. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, 1-31.
- Vidal, E., y Hernández, B. (2017). Conductas sexuales de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de una comunidad. *Rev haban cienc méd*, 16(4), 625-634.
- Villafañe-Ferrer, L y González-Navarro, R. (2017). Comportamientos de riesgo y nivel de conocimiento de infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios. *Revista Duazary*, 14(2), 160-168.

- Wang, Y., Wu, H., Sheng Sun, Z. (2019). The biological basis of sexual orientation: How hormonal, genetic, and environmental factors influence to whom we are sexually attracted. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 55, 1-14.
- Yasmine, R., El Salibi, N., El Kak, F., y Ghandour, L. (2015). Postponing sexual debut among university youth: how do men and women differ in their perceptions, values and non-penetrative sexual practices? *Culture, Health & Sexuality*, 17(5), 555-575.
- Yip, A., Keenan, M., y Page, S. (2011). *Religion, youth and sexuality: Selected key findings from a multi-faith exploration*. Nottingham: University of Nottingham.
- Zambrano, C., Ceballos, A., Ojeda, D. (2017). Reconocimiento de la orientación sexual homosexual, *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 11(19), 67-83.

Anexos**Anexo 1. Cuestionario de información general****Estrato socioeconómico** _____ **Sexo** **Hombre** _____ **Mujer** _____**Estado civil:****Edad** _____**Institución: Pública** _____ **Privada** _____**Zona: Rural** _____ **Zona urbana** _____**Semestre:** _____**Departamento:** _____ **Municipio:** _____

1. Por favor marca en la hoja de respuesta las personas con quien vives actualmente

- a. Papá
- b. Mamá
- c. Hermanos
- d. Abuelos
- e. Tios
- f. Primos
- g. Amigos
- h. Sobrinos
- i. Otros

2. ¿Tienes conocimiento de alguna enfermedad que tengas?

Si ____ No ____Cuál ____

3. ¿Cuál es tu religión?

- a. Ninguna

- b. Católica
- c. Judía
- d. Mormona
- e. Musulmana
- f. Evangélica
- g. Otra

4. Durante los últimos seis meses, ¿has recibido información sobre TRANSMISIÓN DEL VIRUS DEL SIDA? Si _____ No _____

5. Si respondiste SÍ, a la pregunta anterior, por favor, señala la procedencia de esta información en la lista siguiente:

- A. Programas televisivos
- B. Programas de radio
- C. Artículos de revistas
- D. Artículos de periódicos
- E. Carteles en la calle
- F. Mostradores de tienda y folletos explicativos distribuidos por grandes almacenes
- G. Carteles en bus, tren o carro
- H. Amigos/Conocidos
- I. Folletos distribuidos en la calle
- J. Folletos distribuidos en el colegio
- K. Línea de Información Telefónica sobre el Sida o internet
- L. Charlas en el Colegio o universidad
- M. Organizaciones comunitarias
- N. Folletos elaborados por las autoridades de salud
- O. Los parientes (Miembros de la familia)

5. Durante los últimos seis meses, ¿has recibido información sobre PREVENCIÓN DEL VIH? Si ____ No ____

Si respondes Sí a la pregunta anterior, por favor, señala la procedencia de esta información en la lista siguiente:

- A. Programas televisivos
- B. Programas de radio
- C. Artículos de revistas
- D. Artículos de periódicos
- E. Carteles en la calle
- F. Mostradores de tienda y folletos explicativos distribuidos por grandes almacenes
- G. Carteles en bus, tren o carro
- H. Amigos/Conocidos
- I. Folletos distribuidos en la calle
- J. Folletos distribuidos en el colegio
- K. Línea de Información Telefónica sobre el Sida o internet
- L. Charlas en el Colegio o universidad
- M. Organizaciones comunitarias
- N. Folletos elaborados por las autoridades de salud
- O. Los parientes (Miembros de la familia)

Anexo 2. Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa (Ministerio de Salud, 1997)

El presente cuestionario tiene como finalidad obtener información sobre algunos aspectos del comportamiento de los estudiantes universitarios de la Corporación Universitaria del Caribe CECAR frente al ejercicio de su sexualidad. La información que usted proporcione es CONFIDENCIAL y ANÓNIMA, por lo cual no se usará su nombre, y no se reportarán los datos individuales a la institución. La información obtenida se usará ÚNICAMENTE con fines de investigación. La DECISIÓN de participar o no en el estudio es PERSONAL y VOLUNTARIA, y te puedes retirar en cualquier momento.

1. ¿Alguna vez en su vida ha tenido relaciones sexuales con penetración?
 - a. ¿Del pene en la vagina? Si ___ No ___
 - b. ¿Del pene en la boca? Si ___ No ___
 - c. ¿Del pene en el ano? Si ___ No ___

(Si respondió NO a TODAS las opciones anteriores, PARE. No respuesta más preguntas)

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

3. ¿En esa primera relación sexual con penetración del pene, usted o su pareja usó condón? Si ____ No ____

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

5. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina? Si ____ No ____

6. ¿En este tipo de penetración, usted o su pareja ha usado condón?

Todas las veces ____ Algunas veces ____ Ninguna vez ____

7. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la boca? Si ____ No ____ **Si respondió NO, pase a la pregunta 9**

8. ¿En este tipo de penetración, usted o su pareja ha usado condón?

Todas las veces ____ Algunas veces ____ Ninguna vez ____

9. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en el ano? Si ____ No ____ **Si respondió NO, pase a la pregunta 11.**

10. ¿En este tipo de penetración usted o su pareja ha usado condón?

Todas las veces ____ Algunas veces ____ Ninguna vez ____

11. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene?

(Marque una sola respuesta)

- a. Solo con la misma persona (**Si contestó esta opción pase a la pregunta 13**)
- b. Con más de una persona (**Si contestó esta opción pase a la pregunta 12**)

12. ¿En los últimos 12 meses, con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? (en las casillas escriba el número correspondiente).

_____ personas diferentes.

13. ¿En los últimos 12 meses sus relaciones sexuales con penetración del pene han sido? (marque una sola respuesta)

- a. Solo con persona (s) de SU MISMO sexo
- b. Sólo con persona (s) del OTRO sexo
- c. Con persona (s) de AMBOS sexos

14. ¿Usted o su pareja usó condón en su última relación sexual con penetración?

Si ___ No ___ Si respondió NO, pase a la pregunta 16.

15. ¿Por qué no usó condón en esa relación? (marque una o más opciones)

- a. Porque usted o la persona con quien tuvo esa relación le disgusta usarlo.
- b. Porque la persona con quien tuvo esa relación se negó a usarlo.
- c. Porque le resultó difícil hablar del uso del condón.
- d. Porque confía en la persona con quien tuvo esa relación.
- e. Porque solo tiene relaciones sexuales con esa persona.
- f. Porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas.
- g. Porque era difícil conseguirlo en ese momento.
- h. Por el afán del momento.

16. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene estando bajo el efecto de alguna de las siguientes sustancias? (Responda SI o NO para cada una de las posibilidades).

- a. Licor Si ___ No ___
- b. Cocaína Si ___ No ___
- c. Marihuana Sí ___ No ___
- d. Basuco Si ___ No ___
- e. Tranquilizantes Si ___ No ___

- f. Pastillas alucinógenas Si ___ No ___
 g. Heroína Si ___ No ___
 h. Pegante o inhalantes Si ___ No ___

17. ¿En los últimos 12 meses qué cosas ha hecho usted para evitar la infección del virus que causa el SIDA? (respuesta SÍ o NO para cada una de las posibilidades).

- a. Tener relaciones sexuales sólo con una misma persona. Si ___ No ___
 b. Usar condón. Si ___ No ___
 c. Conversar con la(s) persona(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo que tienen de adquirir el virus. Si ___ No ___
 d. Ponerse de acuerdo con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el uso de medidas de protección. Si ___ No ___

18. ¿Durante los últimos 12 meses se ha practicado el examen que sirve para saber si está infectado por el virus que causa el SIDA?

Si ___ No ___ **Si respondió NO pase a la pregunta 20**

19. ¿Recibió orientación previa para hacerse el examen?

Si ___ No ___

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

Si ___ No ___ No sé ___

21. ¿Qué hizo para tratar esa(s) enfermedad(es) de transmisión sexual? (puede marcar una o más opciones)

- a. Nada
 b. Consultó en una farmacia, droguería o botica
 c. Consultó a un médico (profesional de la salud)
 d. Consultó a un amigo, vecino o conocido

e. Se autorrecetó o formuló

COMPRUEBA SI HAS DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR

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