

**CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE LA  
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS - UNIMINUTO  
SECCIONAL BELLO**

**FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION**

**PROYECTO DE GRADO**

**María Stefanny Cadavid M.**

**Paola Andrea Flórez A.**

**ASESOR**

**JAIR EDUARDO RESTREPO PINEDA**

**TRABAJO SOCIAL**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS  
SECCIONAL BELLO**

## **INDICE**

<b>RESUMEN</b>	<b>4</b>
<b>2. PALABRASCLAVES</b>	<b>4</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>4. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>6</b>
<b>5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>8</b>
5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
<b>6. OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
6.1 OBJETIVO GENERAL	10
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
<b>7. ESTADO DEL ARTE</b>	<b>10</b>
<b>8. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>21</b>
<b>9. METODOLOGÍA</b>	<b>46</b>
9.1 EL DISEÑO METODOLÓGICO	47
9.2 POBLACIÓN OBJETIVO	48
9.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	49
9.2.2 DISEÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	49
9.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	50
9.3.1. FUENTES SECUNDARIAS	50
9.3.2 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	50
9.3.3 DIARIO DE CAMPO	52
9.3.4 ENCUESTAS	52
9.3.5 ETNOGRAFÍA Y NUEVAS TECNOLOGÍAS	53
<b>10. RESULTADOS</b>	<b>54</b>
10.1 CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA	54

10.1.1 SEXO	54
10.1.2 ORIENTACIÓN SEXUAL	55
10.1.3 ESTADO CIVIL	56
10.1.4 PROGRAMA ACADÉMICO	56
10.1.5 EDAD	57
10.1.6 ESTRATO SOCIOECONÓMICO	58
10.1.7 MUNICIPIO DE RESIDENCIA	59
10.1.8 HOGAR	60
10.1.9 SÍNTESIS GENERAL	61
<b>10.2 ESTILOS DE VIDA</b>	<b>62</b>
10.2.1 CONSUMO DE ALCOHOL	63
10.2.2 CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	64
10.2.3 PRÁCTICAS SEXUALES	66
10.2.4 VIDA SEXUAL	67
10.2.5 UTILIZACIÓN DEL CONDÓN	68
10.2.6 UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	71
10.2.7 UTILIZACIÓN DE SPA EN EL SEXO	72
10.2.8 PAREJAS SEXUALES OCASIONALES	73
<b>10.3 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	<b>74</b>
10.3.1 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)	74
10.3.2 PERCEPCIÓN DEL RIESGO FRENTE A LAS ITS	75
10.3.3 INFORMACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	77
<b>10.4 CONDUCTAS DE RIESGO Y PROTECCIÓN</b>	<b>78</b>
10.4.1 CONDUCTAS DE RIESGO	78
10.4.2 CONDUCTAS DE PROTECCIÓN	81
<b>10.5 PADRES Y AMIGOS FRENTE A LA SEXUALIDAD</b>	<b>82</b>
10.5.1 LOS PADRES Y LA SEXUALIDAD	82
10.5.2 LOS AMIGOS Y LA SEXUALIDAD	83
<b>11. CONCLUSIONES</b>	<b>84</b>
<b>12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>86</b>
<b>13. ANEXOS</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO 1. ENCUESTA</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO 2. DATOS SISTEMATIZADOS</b>	<b>90</b>

## **Resumen**

Determinar cuáles son las conductas de riesgo para la salud sexual y reproductiva en los jóvenes estudiantes universitarios es fundamental para proponer acciones de educación, sensibilización y protección que permitan mitigar sus consecuencias. La investigación se realizó a través de la aplicación de encuestas a los jóvenes entre los 18 y 26 años que se encontraban matriculados en la Corporación Universitaria Minuto de Dios, sede Bello. Entre los resultados más destacados se encuentran que aunque la mayor parte de los jóvenes conocen los riesgos que existe al practicar sexo sin protección aún siguen realizando este tipo de prácticas, en la mayoría de los casos condicionados por el uso de sustancias psicoactivas tales como el alcohol, la marihuana o el popper.

Por otra parte, también se evidenció que existe una relación directa entre los sentimientos de confianza y amor y la práctica de sexo sin protección, es decir algunos de los estudiantes tanto hombres como mujeres manifiestan que cuando han adquirido suficiente confianza con sus parejas sexuales dejan de utilizar medios de protección como el condón. Además, se pudo constatar que existe una vinculación entre el consumo de sustancias psicoactivas y las conductas sexuales de riesgo.

Finalmente, se puede concluir que algunas de las conductas de riesgo están vinculadas con percepciones e imaginarios sobre la fidelidad y la confianza lo que genera en los jóvenes un alto riesgo para infectarse de alguna ITS y VIH/Sida y que existe una relación directa entre el consumo de sustancias psicoactivas y las prácticas sexuales de riesgo.

## **2. Palabras claves**

Juventud, salud, sexualidad, riesgo, protección.

## **3. Introducción**

En el presente trabajo de investigación pretende evidenciar los factores de riesgo y prácticas de protección en salud sexual de los estudiantes de la Corporación Universitaria

Minuto de Dios - UNIMINUTO-Seccional Bello, a través de un análisis de la influencia de la comunicación familiar, los comportamientos de riesgo y el círculo de amigos en las decisiones que toman los estudiantes respecto a su vida sexual.

Los factores que determinan la adopción de medidas de prevención o por el contrario comportamientos de riesgo están influenciados de manera directa por la calidad de la información con la cual cuentan los estudiantes, de donde proviene dicha información y la confianza que poseen para hablar de manera libre y responsable de su vida sexual, ya sea con sus padres, los servicios institucionales o los pares.

Esta investigación permitirá a UNIMINUTO obtener información precisa, actual y relevante sobre las conductas de riesgo y protección que asumen los estudiantes de tal manera que se pueden generar acciones de promoción y prevención desde las diversas dependencias de la Universidad disminuyendo los factores de riesgo y promoviendo los de protección.

La investigación se realizó con estudiantes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios UNIMINUTO-Seccional Bello de los diferentes programas académicos y de las diferentes jornadas, a los cuales se les pidió diligencias una encuesta, esta herramienta estaba disponible tanto físicamente como online.

Los estudiantes seleccionados para diligenciar los instrumentos deberían cumplir ciertos criterios de inclusión, estos serán jóvenes entre los 18 y 26 años de edad, encontrarse matriculados en UNIMINUTO en cualquier programa académico al momento de diligenciar la encuesta y tener una vida sexualmente activa.

La investigación utilizó una metodología cualitativa, en la cual se emplearon como instrumentos una encuesta auto-diligenciada para los estudiantes, esto con la finalidad de que sus respuestas fueron lo más sinceras posibles al no encontrarse frente a un encuestador. Además, dentro de la encuesta no se pidieron datos de identificación que pudieran relacionar al joven con las repuestas que suministró y por tanto mantener el anonimato y la confidencialidad de los encuestados.

#### **4. Justificación**

La presente investigación se realiza con el fin de determinar la influencia del círculo social, la comunicación familiar y los pares en la adopción de conductas sexuales de riesgo por parte de los estudiantes universitarios de la Corporación Universitaria Minuto De Dios, Seccional Bello, además de definir cuáles son los medios de protección que estos emplean. Dentro de las conductas de riesgo se pueden incluir la falta de uso de métodos anticonceptivos, la actividad sexual con múltiples parejas sin protección y tener prácticas sexuales bajo la influencia de sustancias psicoactivos tanto legales o ilegales. Los factores de protección tienen que ver con el uso de métodos anticonceptivos y de barrera, el acceso a información clara y confiable sobre la salud sexual, la confianza para el diálogo abierto sobre la sexualidad tanto con los padres como con los pares y el respeto hacia el otro.

Autores como Ospina y Manrique (2007) ponen de manifiesto que:

Los estudiantes menores de 18 años que ingresan a la universidad aumentan progresivamente; por tanto, los docentes deben cambiar las metodologías de adaptación grupal, ya que son poco los bachilleres con la madurez necesaria para asumir los compromisos y riesgos del entorno universitario. La búsqueda social de autoafirmación y aceptación social impulsa la mayoría de estudiantes a establecer relaciones de pareja, que se traducen en contactos sexuales esporádicos y clandestinos. (Ospina & Manrique, 2007, p 102)

Estos autores también manifiestan que la “revolución tecnológica propicia cambios en la concepción y práctica de las conductas sexuales” (Ospina & Manrique, 2007, p 102), es así como las redes sociales han promovido en los jóvenes unas formas de entender y practicar la sexualidad, no en todos los casos se les muestra de una manera responsable. Además, la aceptación social aparece como otro factor que puede llevar a que los jóvenes universitarios asuman prácticas de riesgo que puedan terminar en la transmisión de infecciones sexuales, los embarazos no deseados, el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

Por tal razón, la Universidad debe contar con información precisa sobre las conductas sexuales de riesgo que asumen los estudiantes con el fin de proponer acciones que

permitan disminuir los efectos que estos pueden causar sobre los estudiantes. De esta manera, se evitarán entre otras consecuencias la deserción académica, los embarazos no deseados y se fomentará dentro de la comunidad universitaria una cultura de respeto y dialogo abierto en el tema de la sexualidad.

En Colombia, a pesar de que existe un modelo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de los jóvenes, en el cual se tiene acceso a información de calidad y de carácter confidencial, en relación con los métodos anticonceptivos, la sexualidad responsable, el auto cuidado, la prevención del embarazo no planeado y el aborto, aún existe mucha incidencia de embarazos no deseados y transmisión de ITS entre esta población. El autor Henao (2011) señala que:

La tasa de aborto inducido ha permanecido relativamente estable en las últimas dos décadas (al pasar de 36 por cada 1.000 mujeres en 1988 a 39 por 1.000 en 2009, lo que significó un aumento de 8%); se registran anualmente, un promedio de 400.000 abortos inducidos y unos 911.897 embarazos no deseados, cifras superiores al promedio en Latinoamérica y el Caribe. (Henao, 2011, pp 83-84)

Estas cifras al generado que desde el gobierno nacional se hayan diseñado políticas públicas que buscan a través de múltiples estrategias de información, comunicación, capacitación y educación en salud, en todos los ámbitos educativos, intervenir desde la primera infancia, y con el apoyo de padres, familia, cuidadores, docentes y comunidad en general; sensibilizar sobre la importancia de la prevención como un mecanismo de defensa, ya que a la mayoría de los adolescentes solo les preocupa no embarazarse, pero no se detienen a pensar en las ITS y el VIH/SIDA y no tienen interiorizada la importancia del uso del condón como barrera de protección.

El estudio de Henao (2011) en relación con las prácticas sexuales en estudiantes universitarios, muestra una gran cantidad de factores de riesgo propios de esta población, que pueden posibilitar situaciones que afectan el desarrollo de los estudios universitarios, provocando impactos negativos en múltiples esferas de la vida del estudiante. Los cambios derivados de esta situación pueden incidir sobre la toma de decisiones que afectarán no

solo su presente, sino también su futuro en las dimensiones personal y colectiva.

Henao (2011) sostiene que:

Se evidencia una gran tolerancia frente a aspectos de violencia de pareja, el 49,3% de los encuestados no les importa ser humillados o gritados en público y están dispuestos a continuar su relación a pesar de estas conductas agresivas; de esta misma forma 42,9 % de los jóvenes encuestados no les importa recibir maltrato físico y permanecer con su relación de pareja. (p 86).

En una investigación realizada por este autor se observa como el 63,6% de los encuestados presentan una relación sentimental donde el consumo de alcohol es permitido, el cual es causante de algún tipo de violencia o abuso; además el 84% de los encuestados es consumidor de éste, lo que permite que los jóvenes adquieran conductas de riesgo frente a su sexualidad (promiscuidad, inicio de relaciones sexuales a temprana edad, contagio de ITS - VIH, cáncer de cuello uterino, consumo de sustancias psicoactivas, violencia y accidentalidad)

Por lo tanto, los jóvenes universitarios no son ajenos a múltiples situaciones que pueden poner en riesgo su salud sexual y reproductiva, sino que además pueden afectar el normal desarrollo de sus vidas académicas, personales y profesionales.

Los factores de protección y las conductas de riesgo se encuentran presentes en múltiples contextos sociales, siendo la universidad uno donde los jóvenes se deben enfrentar de forma continua a diversas situaciones para las cuales en ocasiones no están preparados.

## **5. Planteamiento del problema**

Las conductas sexuales de riesgo es un tema ampliamente estudiado en jóvenes en edad escolar, ya que sus implicaciones son muy diversas. Estas van desde interrumpir o abandonar definitivamente los procesos educativos, por ejemplo como consecuencia de un

embarazo no deseado, hasta poner en riesgo la vida del individuo al infectarse de alguna infección de transmisión sexual.

Estudios realizados en Colombia como el de Ospina y Manrique en el año 2007 en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y el estudio titulado Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali en el año 2009, así como otras investigaciones realizadas en otros países como México (Forcada, Pacheco, Pahua, Pérez & Pulido, 2013) ponen de manifiesto que los jóvenes universitarios se pueden verse inmersos en una serie de factores sociales y culturales que los pueden llevar a asumir prácticas sexuales de riesgo. Dichas prácticas pueden afectar de forma directa su vida tanto familiar, como académica y social.

Diversos estudios realizados concluyen que los estudiantes universitarios constituyen una población particularmente vulnerable a los efectos negativos de la conducta sexual de riesgo y, por lo tanto, la identificación de variables que modulan el fenómeno reviste relevancia. Por lo tanto, la Corporación Universitaria Minuto de Dios –UNIMINUTO, sede Bello no es ajena a esta realidad y debe propender por conocer de forma precisa aquellos aspectos referidos a las prácticas de riesgo de los estudiantes con el fin de minimizarlos, así como potenciar las conductas de protección dentro de la comunidad universitaria.

### **5.1 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los factores de riesgo y protección sexual de los estudiantes universitarios con edades comprendidas entre los 18 y 26 años de edad que se encuentran matriculados en el periodo académico 2016-1 en la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello?

## **6. Objetivos**

### **6.1 Objetivo General**

Analizar los factores de riesgo y protección sexual presentes en los estudiantes con edades comprendidas entre los 18 y 26 años de edad que se encuentran matriculados en la Corporación Universitaria Minuto de Dios UNIMINUTO-Sede Bello durante el periodo académico 2016-1.

### **6.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar socio-demográficamente a los estudiantes encuestados en la Corporación Universitaria Minuto de Dios UNIMINUTO-Sede Bello.
- Describir los tipos de conductas sexuales de riesgo y los factores de protección que tienen los estudiantes encuestados en la Corporación Universitaria Minuto de Dios UNIMINUTO-Sede Bello.
- Establecer la influencia de elementos tales como la comunicación familiar, el contexto social y el círculo de amigos frente a la práctica de conductas sexuales de riesgo o la adopción de prácticas de protección.

## **7. Estado del Arte**

En la universidad Miguel Hernández de Elche, España en el año 2009 Antón Ruiz y José P. Espada, publicaron en la revista Anales de Psicología un artículo titulado consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en la muestra de estudiantes Universitarios, en el cual llegaron a varias conclusiones entre ellas:

Se considera necesario continuar investigando acerca de las diferentes conductas de riesgo que, como se ha comprobado, persisten en los jóvenes como el mantenimiento de relaciones sexuales sin preservativo, especialmente en el sexo oral y anal, y la combinación de drogas y sexo que lleva a los jóvenes universitarios a aumentar el riesgo de exponerse a la transmisión del VIH. (Ruiz & Espada, 2009, p. 349)

Además, señalaban dentro de su investigación que era indispensable trabajar en la conciencia de las propiedades no sólo anticonceptivas del preservativo, sino también higiénicas, en contraposición al resto de los demás métodos de protección usados por los jóvenes que no se protegen de una ITS, “Es importante insistir en el riesgo que entraña todo tipo de práctica sexual, no sólo el coito vaginal, y por tanto la importancia de usar el preservativo en todas ellas para evitar posibles exposiciones al VIH” (Ruiz & Espada, 2009, p.349).

Por otra parte, en el año 2010 los estudiantes Sonia Acosta, Edgar Ibáñez, André Alfonso, Linda Cifuentes, Sandra Gamba, Carolina Mojica, Vilma Vargas y Efraín Patiño realizaron una investigación titulada conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población Universitaria.

En este estudio, iniciado en el año 2008, tuvo como objetivo describir los factores de riesgo y las conductas de la salud sexual y reproductiva de una población universitaria para lo cual se realizó un estudio observacional de corte transversal, con una muestra conformada por 491 estudiantes de una universidad de Bogotá.

Entre los resultados más destacados de este estudio están que el método anticonceptivo más usado es el preservativo y el 37,9% de los encuestados tienen escasos conocimientos sobre anticoncepción. Por su parte, la prevalencia de las infecciones de transmisión sexual es baja, pero sólo la mitad de quienes se han infectado han recibido tratamiento.

Igualmente, se aprecia que solo el 10% de la población se ha realizado la prueba para el virus de inmunodeficiencia humana y el 10% de la población de mujeres ha presentado embarazos, de los cuales el 75,3% no han sido planeados y el 47,4% han terminado en aborto, de los cuales el 80% han sido inducidos.

Otro estudio que se ha consultado ha sido el desarrollado por los autores Paula Forcada, et al., titulado conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios. Factores de riesgo y protección, el cual fue publicado en la revista intercontinental de psicología y educación de la Universidad intercontinental de México en el 2013. Este estudio tenía por objeto “evaluar el efecto de la religiosidad, el sexo, la comunicación familiar y el comportamiento sexual riesgoso de los amigos, sobre la conducta sexual de estudiantes universitarios” (Forcada, et al., 2013, p. 23).

Durante el estudio se encuestaron 413 estudiantes a través de una muestra no probabilística de una universidad particular de la Ciudad de México. Los resultados indicaron que puntajes altos de religiosidad y comunicación familiar estuvieron asociados con una menor frecuencia de conductas sexuales de riesgo en los estudiantes. Los resultados también revelaron que los individuos de sexo masculino, y aquellos estudiantes cuyos amigos practican conductas sexuales riesgosas, tienen una mayor probabilidad de practicar conductas sexuales de riesgo.

En síntesis: los resultados del estudio sugieren que las variables evaluadas podrían tener efectos importantes sobre la conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios. En primer lugar, los resultados sugieren que la percepción que tiene el sujeto acerca del comportamiento sexual de sus amigos más cercanos podría modular su propio comportamiento sexual. (Forcada et. al, 2013, p. 39).

Los datos también sugieren que: la religiosidad del individuo se encuentra inversamente relacionada con el comportamiento sexual riesgoso. Una comunicación frecuente y conducente a acuerdos sobre los temas tratados también parece inversamente relacionada con la conducta sexual de riesgo, en particular, cuando la comunicación se da con el padre. Además, mientras mayor es la cantidad de pleitos con los padres, incrementa la frecuencia de la conducta sexual riesgosa. (Forcada et. al, 2013, p. 39).

Este estudio nos da luces sobre el trabajo que adelantamos en la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Sede Bello, sin embargo, no nos ocuparemos de los temas de religiosidad pero si trataremos de indagar la relación entre la comunicación familiar, el círculo de amigos y el contexto en la adopción o no de conductas de riesgo.

Otra investigación realizada por José Moral y María Ortega (2008), tenía como finalidad analizar las actitudes y conductas sexuales de estudiantes de psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Para tal fin se diseñó una metodología basada en encuestas estructuradas y la aplicación de test psicológicos en los estudiantes. Entre los principales resultados obtenidos están:

El 34% de los encuestados ha tenido al menos una relación sexual voluntaria con coito vaginal. Hay diferencia significativa por género. En los hombres, el porcentaje es de 54% y en las mujeres de 30%. El 85% de los encuestados tuvo su primera relación con su novio/a; el 12% con una aventura pasajera; 2% con una prostituta; y 1% con su esposo. Hay diferencia significativa por género. El 63% de los hombres fue con su novia frente al 93% de las mujeres que fue con su novio. El 29% de los hombres fue con una aventura pasajera frente al 6% de las mujeres. El 9% de los hombres con una prostituta frente al 0% de las mujeres. El 1% de las mujeres fue con su esposo frente al 0% de los hombres. (Moral& Ortega, 2008, p.109)

Según los autores Bersamin, Paschall, Saltz y Zamboanga (2012) quienes realizaron una investigación en algunas universidades de California titulada *Young Adults and Casual Sex: The Relevance of College Drinking Settings*, concluyeron que “las bebidas alcohólicas tienen una gran influencia en la conducta sexual, debido a que el licor es un inhibidor con el cual los estudiantes buscan eliminar tantos prejuicios y temores relacionados con la sexualidad”.

Además, la investigación sostiene que muchos de estos estudiantes viven y pasan la mayor parte de su tiempo en el campus universitario y se dejan llevar por su círculo social que los induce al consumo del alcohol, sustancias psicoactivas y esto ha generado que algunos de estos estudiantes deciden practicar el sexo casual y utilizar sustancias psicoactivas.

Por su parte, en la investigación realizada por Elsa Guevara, sobre el perfil sexual de los estudiantes de psicología en la Facultad de Estudios Superiores en Zaragoza, se pudo encontrar en los resultados que la mayoría de jóvenes encuestados están propensos a prácticas sexuales diferentes a la que se conoce tradicionalmente. Pero también se encontró que, así como están propensos por su condición socio-económica a practicar el sexo casual

y otras conductas sexuales de riesgo, la universidad es una escuela que forma a los jóvenes en valores y los va moldeando ante estos temas.

En Colombia se desarrolló el estudio titulado Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH 2009 – 2011, en la cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Para el año 2009, sólo se diagnosticaron 1.538 personas con infección por clamidia y en el año 2010 1.525 y en el año 2011 1.313. Estudios realizados en el país indican que esta es la infección de transmisión sexual más prevalente en los grupos poblaciones de 15 a 49 años.

Según el Ministerio de Salud de Colombia la gonorrea es “una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes tanto en población general, como en grupos vulnerables”, tal y como se evidencia en el siguiente cuadro:

**Cuadro 1.** Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó infección gonocócica. Colombia 2009 – 2011

<b>Diagnostico</b>	<b>Número de personas atendidas</b>		
	2009	2010	2011
<b>Infección gonocócica del tracto genitourinario inferior sin absceso peri uretral o de glándula accesoria</b>			
<b>Infección gonocócica del tracto inferior con absceso peri uretral o de glándula accesoria</b>	1002	750	1349
<b>Pelviperitonitis gonocócica y otras infecciones gonocócicas genitourinarias.</b>	78	67	79
<b>Infección gonocócica del ojo</b>	60	53	62
<b>Infección gonocócica del sistema osteomuscular</b>	470	402	133
<b>Faringitis gonocócica</b>	15	15	16

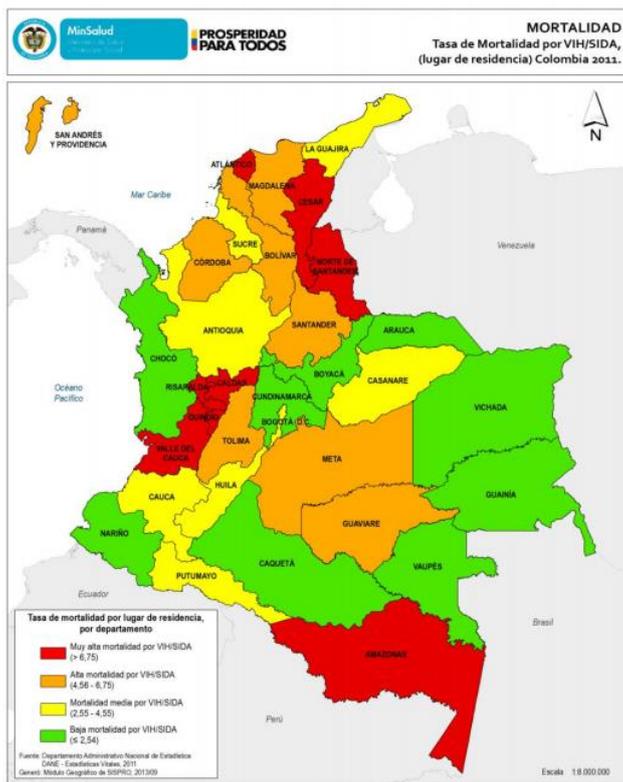
<b>Infección gonocócica del ano y el recto</b>	558	120	134
<b>Otras infecciones gonocócicas</b>	35	24	26
<b>Infección gonocócica, no especificada</b>	124	113	120
<b>Total infección gonocócica</b>	1088	860	869
	3430	2404	2788

*Fuente: Ministerio de salud y protección. RIPS 2009-2011, p 7*

Según el Boletín Epidemiológico, Situación del VIH/Sida, Colombia 2013, el departamento de Antioquía se encuentra entre los primeros lugares en número de casos notificados VIH/SIDA-muerte- en Colombia entre los años 1983-2012, con un total de 12.414 personas muertas por esta causa.

Como se observa en el siguiente mapa, Antioquia presenta una mortalidad media asociada al VH/Sida:

**Mapa 1.** Tasa de mortalidad asociada a VIH/Sida en Colombia.



Fuente: *Boletín Epidemiológico, Situación del VIH/Sida, Colombia 2013*

Al interior del departamento y “proporcionalmente a sus poblaciones, Caramanta, Abriaquí, Taraza, Olaya, La Pintada, Alejandría, San Luis, Fredonia, Medellín y Apartadó son los municipios que más registros nuevos presentan. Y por subregiones, Valle de Aburrá, Bajo Cauca y Magdalena Medio”<sup>1</sup>. Esta información fue reportada en el año 2012 durante la realización de XIX Conferencia Internacional sobre Sida desarrollada en Washington,

En el estudio titulado la Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH, Colombia 2009 – 2011, se establece que en Colombia se registraron en el año 2009, 7.354 casos de sífilis en población general, de los cuales 2.172 correspondieron a sífilis precoz y 885 a sífilis tardía. En el año el año 2010 se diagnosticaron 6.754 personas con sífilis, de los cuales 836 personas tuvieron un diagnóstico de sífilis tardía y para el año 2.011, el diagnóstico alcanzó los 992 casos sífilis tardía.

<sup>1</sup>Fuente: [http://www.elcolombiano.com/historico/sida\\_un\\_enemigo\\_que\\_crece\\_en\\_antioquia-JUEC\\_198504](http://www.elcolombiano.com/historico/sida_un_enemigo_que_crece_en_antioquia-JUEC_198504)

**Cuadro 2.** Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó sífilis según estudio de la infección. Colombia 2009 – 2011.

Diagnostico	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
<b>Sífilis precoz</b>	2172	1898	2228
<b>Sífilis tardía</b>	885	836	992
<b>Otras sífilis y no específicas</b>	4297	4018	6104
<b>Total</b>	7354	6754	9324

*Fuente: Ministerio de salud y protección. RIPS 2009-2010 p 5*

Este estudio afirma que en el año 2009 se informaron 155 personas con diagnóstico de linfogranuloma venéreo, en el año 2010 125 personas y en el año 2011 1723 personas.

**Cuadro 3.** Número de personas atendidas por Linfogranuloma venéreo por clamidias en los años 2009-2011.

Diagnostico	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
<b>Linfogranuloma venéreo por clamidias</b>	155	125	1723

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009-2010. p 10*

Frente a los casos de tricomoniasis en Colombia en el año 2009 se registraron 2.045 casos y en el año 2010, 2.188 casos y en el año 2011 1.995 casos.

**Cuadro 4.** Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó Tricomoniasis. Colombia 2009 – 2011

Diagnostico	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
<b>Tricomoniasis urogenital</b>	1286	1333	1397
<b>Tricomoniasis de otros sitios</b>	51	43	28

<b>Tricomoniasis, no especificada</b>	708	812	570
<b>Tricomoniasis</b>	2045	2188	1995

*Fuente: Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2010, p 11*

Por su parte, el mismo estudio señala una alta incidencia de herpes dentro de la población Colombia, como lo muestra el siguiente cuadro:

**Cuadro 5.** Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó Herpes. Colombia 2009 - 2011

<b>Diagnostico</b>	<b>Número de personas atendidas</b>		
	2009	2010	2011
<b>Infección de genitales y trayecto urogenital y debida a virus del herpes</b>	6051	4905	6759
<b>Infección de la piel perianal y recto por virus del herpes simple</b>	635	474	606
<b>Infección ano genital por virus del herpes simple, sin otra especificación</b>	2464	2198	2401
<b>Herpes</b>	9150	7577	9766

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2010, p 12*

En Colombia, los factores de riesgo frente a la hepatitis B que favorecen las infecciones transmisibles por transfusión han disminuido drásticamente gracias a que las pruebas de tamización se hicieron obligatorias en 1981 para el virus de la hepatitis B y, en 1991, para el VIH. Los principales factores que se asociaron con el riesgo de infección por el virus de la hepatitis B y el VIH fueron: recibir más de 48 unidades de sangre o componentes, tener diagnóstico de hemofilia, recibir transfusiones por un período mayor de un año, recibir sangre total, tener infección concomitante por virus de la hepatitis C y haber sido transfundido antes de 1993.

**Cuadro 6.** Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó Hepatitis B.  
Colombia 2009 – 2011

<b>Diagnostico</b>	<b>Número de personas atendidas</b>		
	2009	2010	2011
<b>Hepatitis aguda tipo B, con agente delta (coinfeción), con coma hepático</b>	41	52	48
<b>Hepatitis aguda tipo B, con agente delta (coinfeción), sin coma hepático</b>	139	145	168
<b>Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta, con coma hepático</b>	79	66	73
<b>Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta y sin coma hepático</b>	912	832	891
<b>Infección (súper infección) aguda por agente delta en el portador de Hepatitis B</b>			133
<b>Hepatitis B</b>	1304	1215	1279
<b>Hepatitis aguda tipo B, con agente delta (coinfeción), con coma hepático</b>	41	52	48
<b>Hepatitis aguda tipo B, con agente delta (coinfeción), sin coma hepático</b>	139	145	168
<b>Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta, con coma hepático</b>	79	66	73
<b>Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta y sin coma hepático</b>	912	832	891
<b>Infección (súper infección) aguda por agente delta en el portador de Hepatitis B</b>	133	120	99
<b>Hepatitis B</b>	1304	1215	1279

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011, p 13*

El estudio Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH 2009 – 2011 también hace mención al virus del papiloma humano, resultados que se agrupan en el siguiente cuadro:

**Cuadro 7.** Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó infección por el virus del papiloma humano. Colombia 2009 – 2011

Diagnostico	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
<b>Papilomavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos</b>	17578	16374	19478

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011, p 14*

Finalmente, para el caso de Medellín, Antioquia encontramos una investigación que se realizó en el año 2009, cuyo objetivo fue el determinar la prevalencia de ITS y factores determinantes y riesgo en estudiantes de los grados noveno, décimo y undécimo de instituciones educativas públicas del municipio de Medellín. Este estudio hizo parte del proyecto de investigación Condiciones de la salud sexual y tamizaje de ITS en escolares de dos corregimientos de Medellín, Colombia.

Los resultados de esta investigación arrojaron que el promedio de edad de los encuestados fue 16,1 años, 53,4% hombres y 46,6% mujeres. El 24,8% provenían de familias en cabeza de la madre, incluida la dependencia económica; 18,2% trabajaban. Se observó además un alto consumo de alcohol 78,1%, tabaco 30,7% y marihuana 19,5%.

Frente a las prácticas de protección el 41,3% no usó condón en la última relación sexual, 30,4% tenían historia de tres o más parejas sexuales.

Frente a las ITS en el caso de las mujeres el estudio concluyó que el 27,9%, habían tenido el PVH, el 11,6%, la infección por *Chlamydia trachomatis* vaginosis bacteriana 44,2%, el 13,5% candidiasis y el 13,3% lesión intraepitelial escamosa (LIE). Para el caso de los hombres, el 7,8% presentaron uretritis no gonococcica.

Este estudio mostró alta frecuencia de factores inherentes a la exposición a comportamientos sexuales de riesgo relacionados con las ITS. Se destaca la alta prevalencia de PVH, *chlamydia trachomatis*, lesiones intraepiteliales escamosas y uretritis, por consiguiente, es imprescindible involucrar a los adolescentes en

programas de prevención a fin de frenar la propagación de ITS e intervenir factores de riesgo. (Tamayo, et al, 2009, pp. 8-9)

Todos estos datos nos llevan a concluir que se hace necesario seguir avanzando en el estudio de las conductas de riesgo y de protección por parte de los jóvenes universitarios que puedan influir en su permanencia en el sistema educativo y en el adecuado desarrollo de sus vidas.

## **8. Marco Conceptual**

Dentro de este marco conceptual abarcaremos temas como: juventud, sexualidad, infecciones de transmisión sexual (ITS), conductas de riesgo sexuales, sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales, entre otros aspectos.

### **Juventud**

Según *Acuerdo 076 de 2006* por el que se adopta el Plan Estratégico Municipal de Juventudes 2007-2015, la juventud hace referencia a "un grupo social ubicado entre los 14 y 26 años de edad (*Artículo 3 de la Ley 375 de 1997 - Ley de Juventud*), cuyos integrantes son definidos como sujetos de derechos con características no sólo biológicas, sicosociales y culturales propias, sino también con aquellas que se construyen desde hechos políticos, sociales, económicos que inciden en su reconocimiento y en sus formas de aparecer en la escena pública.

Esta definición de juventud contempla tres perspectivas: Perspectiva Biológica, Perspectiva Psicosocial y Perspectiva Cultural. estas perspectivas nutren el concepto de juventud de diferentes matices y permiten hablar de la juventud como una población diversa, con múltiples vivencias y formas de ser, determinadas por la edad, la condición social, el género, la etnia, el territorio habitado, la memoria histórica y las micro culturas grupales, que dan cuenta en los y las jóvenes de diversas formas de asumir el mundo y de

múltiples aspiraciones, fortalezas, creencias, valores, lenguajes, espacios y respuestas al contexto social.

El autor Laura Domínguez García de la Universidad de la Habana, Cuba; en su artículo la adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades en el año 2008 hacen referencia a “la complejidad del desarrollo subjetivo en las etapas de la adolescencia y la juventud, la diversidad de enfoques que las abordan desde diferentes ángulos.” (Domínguez, 2008, p 1)

Otro estudio realizado por Nelso Antonio Bordignon, llamado El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto representa el Ciclo Completo de la Vida, que es una visión general de los estadios psicosociales.

Las columnas muestran los aspectos abordados por la teoría, en cuanto a que las líneas (del cuadro) representan los estadios de desarrollo. Las edades son flexibles para cada estadio atendiendo, principalmente, al desarrollo psicosexual y psicosocial de la persona.

Columna A: estadios y modos de desarrollo psicosexuales; Columna B: estadios psicosociales; Columna C: representa lo social en expansión para cada estadio, iniciando con la madre, hasta el género humano como un todo; Columna D: la resolución de la crisis existencial termina en la emergencia de la potencialidad y de una fuerza básica, o cualidad de la persona, de la esperanza (I) a sabiduría (VIII); Columna E: a su vez, dialécticamente, la fuerza sintónica (simpática) se opone a una fuerza distónica (antipática), de pereza, de desamor que va desde la desconfianza y el retraimiento (I) a la desesperanza y el desdén (VIII); Columna F: las fuerzas sintónicas potenciales de la persona y de la sociedad “influyen los modos y costumbres, actitudes e ideas morales, ética, estilo y visión del mundo, tecnologías, filosofía de la vida. Influyen sistemas religiosos y son transmitidos en la vida cotidiana a través de ritualizaciones específicas para cada edad y adecuadas a cada estadio. Columna G: relación de las ritualizaciones vinculantes – integrantes, como internalización y vivencia de las fuerzas sintónicas (Instituciones); y la Columna H:

representa las ritualizaciones de las fuerzas distónicas (Sistemas Sociales).  
(Bordignon, 2005, p 4)

**Cuadro 8:** Ciclo de vida

**Tabla 1.** Ciclo de vida completo<sup>11</sup>

ESTADIO	A Estadios y modos psicosexuales	B Crisis psicosociales Sintónicas y distónica	C Relaciones sociales significativas	D Fuerzas básicas y virtudes sincrónicas	E Patologías básicas Antipatía y fuerza distónica	F Principios relacionados de orden social	G Ritualizaciones vinculantes - integrantes (Institución)	H Ritualizaciones Desvinculantes - Desintegrantes (Sis temas Sociales)
I - INFANTE (1 año)	SENSORIO MOTOR -ORAL -RESPIRATORIO	CONFIANZA VS. DESCONFIANZA BÁSICA	PERSONAMATERNA Diada	ESPERANZA "Yo soy la esperanza de tener y dar."	DESCONFIANZA Retraimiento	ORDEN COSMICO Universo (Religión)	TRASCENDENTE (Religión - Iglesia)	IDOLATRÍA
II - INFANCIA (2 a 3 años)	MUSCULAR - ANÁL ENTRENAMIENTO -HIGIENICO	AUTONOMÍA VS. VERGUENZA Y DUDA	PADRES	VOLUNTAD "Yo soy lo que puedo querer libremente."	VERGUENZA Y DUDA	LEY Y ORDEN (Legal)	JUDICIALES Ley y conciencia (Judiciario)	LEGALISMO
III - PREESCOLAR EDAD DEL JUEGO (3 a 5 años)	INFANTIL - Genital - Incoordinado - Aprendizaje sexual	INICIATIVA VS. CULPA Y MIEDOS	FAMILIA BÁSICA Triada	PROPÓSITO "Yo soy lo que puedo imaginar que será."	SENTIMIENTO DE CULPA Y MIEDOS Inhibición	PROTOTIPOS IDEALES (Artes)	DRAMÁTICAS Artes, teatro, cine, Mitología (Artes dramáticas)	MORALISMO
IV - EDAD ESCOLAR (6 a 12 años)	LATENCIA	LABORIOSIDAD VS. INFERIORIDAD	SECUNDARIO Y ESCUELA	COMPETENCIA "Yo soy lo que puedo aprender para realizar en el trabajo."	INFERIORIDAD Inercia	ORDEN TECNOLÓGICO (Tecnología)	FORMALES Técnicas (Tecnología)	FORMALISMO
V - ADOLESCENCIA (12 a 20 años)	FUBERTAD	IDENTIDAD VS. CONFUSIÓN DE IDENTIDAD	GRUPO DE IGUALES Y otros grupos Modelo de liderazgo	FIDELIDAD - FE "Yo soy lo que puedo crear fielmente."	CONFUSIÓN DE IDENTIDAD Postergar valores, Moratoria psico-social	VISION DEL MUNDO DEOLÓGIA (Cosmovisión)	IDEOLÓGICAS (Orden Ideológico)	TOTALITARISMO (Fanatismo)
VI - ADULTO JOVEN (20 a 30 años)	GENITALIDAD	INTIMIDAD VS. AISLAMIENTO	COMPANEROS de amor y trabajo. Comprensión Cooperación	AMOR "Nosotros somos lo que amamos"	AISLAMIENTO Exclusividad Narcisismo	PATRONES DE COOPERACIÓN Sentido Ético (Asociaciones)	ASOCIATIVAS Solidaridad (Asociaciones abiertas y cerradas)	ELITISMO Clase
VII - ADULTO (30 a 50 años)	PRODUCTIVIDAD	GENERATIVIDAD VS. ESTANCAMIENTO	TRABAJO DIVIDIDO Familia y hogar compartidos	CUIDADO - CELO: Caridad "Yo soy lo que cuido y cuido"	ESTANCAMIENTO Rechazo	CORRIENTES DE EDUCACIÓN Y TRADICIÓN (Asociaciones)	GENERACIONALES Productividad y creatividad (Familia)	AUTORITARISMO (Poder degenerado)
VIII - VIEJO (Después de los 50 años)	GENERALIZACIÓN de los modos sensoriales	INTEGRIDAD VS. DESESPERANZA	GÉNERO HUMANO "Mi género"	SABIDURÍA "Yo soy lo que sobrevive en mí."	DESESPERANZA	SABIDURIA (Síntesis existencial)	FILOSÓFICAS (Filosóficas)	DOGMATISMO (Ritualismo)

Fuente: *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*, p

## Concepto dinámico de salud

El concepto dinámico de salud es entendido como un proceso vital, no puede ser un estado fijo que se alcance definitivamente mediante la simple supresión de los agentes patológicos; esta concepción de salud supone suprimir algo tan propio de la especie humana como su evolución y su permanente posibilidad de cambio; cambio físico, psicológico y social.

Hay distintos grados de salud, como hay distintos grados de enfermedad, lo cual significa que la separación entre la salud y la enfermedad no es absoluta, ya que muchas veces no es posible distinguir lo normal de lo patológico.

Por otra parte, la salud es un valor determinado socialmente y a través del tiempo, ha estado ligada a distintas valoraciones e intereses sociales. Por tanto, la salud, además de aspecto subjetivo que corresponde a la capacidad del individuo para poder desenvolverse dentro de una sociedad determinada.

La salud y la enfermedad no son, pues, estáticas, sino dinámica, existiendo diferentes niveles de salud y de enfermedad.

La sexualidad humana, al igual que la salud, es una cualidad dinámica de la persona; no existe una línea fronteriza, clara y explícita, que distinga una conducta sexual normal de otra conducta anormal o patológica. Vemos que se trata de una amplia franja que separa lo que podríamos llamar variantes de la sexualidad humana de aquellas conductas sexuales patológicas que se han incluido, a efectos de la clasificación, dentro de los trastornos psicosexuales. (Martin A, 1997, pp12-13)

Según el artículo la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad, realizado por el autor Gustavo Alcántara Moreno en la Universidad de Los Andes a partir de un análisis elaborado desde las ciencias sociales, considera la salud como la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, se evalúan las ventajas y desventajas

de la definición de salud que plantea la OMS. Se concluye que, a pesar de las críticas y problemas epistemológicos que pueda presentar la definición, es innegable su utilidad para estudiar y comprender la salud como una realidad compleja, a través de un enfoque interdisciplinario que supere los límites del paradigma positivista de la ciencia clásica. (Alcántara, 2008, p 93)

## **Salud Pública**

Según Milton Herris (1992), la salud pública se puede definir como:

La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

Más recientemente se ha establecido una definición más integral sobre la salud pública, el cual sostiene que el adjetivo "pública" no denota un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni un tipo de problemas, sino;

Un nivel específico de análisis, a saber un nivel poblacional. A diferencia de la medicina clínica, la cual opera en un nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos humanos o poblaciones. Esta perspectiva poblacional inspira sus dos aplicaciones, como campo del conocimiento y como ámbito para la acción. (Universidad Católica de Chile).

## **Conductas de riesgo**

Por su parte, las conductas sexuales de riesgo han sido definidas por diferentes autores (Cooper, 2002; Desiderato y Crawford, 1995; Trepka, Kim, Pekovic, Zamor, Vélez y Gabaroni, 2008) bajo tres aspectos fundamentales:

En primer lugar, la falta de uso de métodos anticonceptivos de barrera (en específico, el condón); en segundo lugar, la frecuencia de que la definición incluya aspectos atinentes a la actividad sexual con múltiples parejas; por último, la inclusión de actividades que facilitan el intercambio de fluidos entre la pareja, o actividades con las cuales no resulta fácil tomar buenas decisiones, por ejemplo, tener actividad sexual bajo intoxicación por alcohol o estupefacientes. (Forcada et al. 2013, p24)

Estos tres aspectos que conforman las conductas sexuales de riesgo han sido tenidos en cuenta durante el desarrollo de la investigación, siendo incorporados en el diseño del instrumento metodológico de manera tal que brinden información precisa sobre esos aspectos.

Los factores de riesgo para la salud son definidos por la Organización Mundial de la Salud como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Por el contrario, un factor de protección será toda aquella situación, contexto o característica de personalidad que disminuirá la probabilidad de un riesgo, por ejemplo, saber aplazar los impulsos, poder decidir que es beneficioso para el individuo, entre otras”. (Forcada et al. 2013, p 24)

## **Salud sexual y reproductiva**

El Fondo de Población de Naciones Unidas define la salud sexual y reproductiva como un “enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción” (Naciones Unidas Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, p 37).

La salud reproductiva, por su parte, es un “estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Además, establece como objetivo de la salud sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual” (Naciones Unidas Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, p 37).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA) también establece que existen unos derechos sexuales y de procreación, los cuales constituyen un derecho de hombres y mujeres. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y los medios para ello; y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA)).

- 1) Derecho a la salud sexual y de la reproducción: como componente de la salud general, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.
- 2) Derecho a adoptar decisiones con respecto a la procreación: incluidos la elección voluntaria de cónyuge, la formación de una familia y la determinación del número, el momento de nacer y el espaciamiento de los propios hijos; y el derecho de tener acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria.
- 3) Derecho a condiciones de igualdad y equidad de hombres y mujeres: a fin de posibilitar que las personas efectúen opciones libres y con conocimiento de causa en todas las esferas de la vida, libres de discriminación por motivos de género.
- 4) Derecho a la seguridad sexual y de la reproducción: incluido el derecho a estar libres de violencia y coacción sexual y el derecho a la vida privada.

## **Infecciones de transmisión sexual (ITS)**

Para realizar la definición de las diferentes infecciones de transmisión sexual seguiremos el documento titulado la Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH, Colombia 2009 – 2011.

Dicho documento define la infección por clamidia como:

Una infección de transmisión sexual frecuente, causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que puede afectar los órganos genitales de la mujer. Aunque generalmente la infección por clamidia no presenta síntomas o se manifiesta con síntomas leves, hay complicaciones graves que pueden ocurrir “en forma silenciosa” y causar daños irreversibles, como la infertilidad”.

**Infección gonocócica:**La gonorrea es causada por la bacteria *Neisseriagonorrhoeae* y la puede propagar cualquier tipo de actividad sexual. Se puede contraer por contacto con la boca, la vagina, el pene o el ano.Las bacterias proliferan en zonas corporales húmedas y cálidas, incluso el conducto que transporta la orina fuera del cuerpo (uretra). En las mujeres, las bacterias se pueden encontrar en el aparato reproductor (que incluye las trompas de Falopio, el útero y el cuello uterino). La bacteria puede incluso proliferar en los ojos. Existen conductas de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de presentar esta infección si:

- Tiene múltiples compañeros sexuales.
- Tiene un compañero con antecedentes de cualquier enfermedad de transmisión sexual.
- No utiliza condón durante las relaciones sexuales.
- Consume alcohol o drogas ilícitas en exceso.

**El VIH/Sida:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el “virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el

sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia” (OMS, 2016).

**Sífilis:** Según el Ministerio de Salud y Protección Social la sífilis es una enfermedad producida por el *Treponema pallidum*, que se transmite por vía sexual, sanguínea o transplacentaria, caracterizada por sucesivas etapas de evolución.

**Linfogranuloma venéreo:** Es causada por tres cepas de la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Los signos visuales incluyen una o más pápulas genitales (p.ej., superficies elevadas o granos) y/o úlceras e inflamación de los ganglios linfáticos del área genital. El LGV también puede producir úlceras rectales, sangrado, dolor y flujo, especialmente en personas que practican relaciones sexuales anales receptivas. Las lesiones genitales causadas por el LGV se pueden confundir con otras ITS ulcerativas, como la sífilis, el herpes genital y el chancroide. Las complicaciones de un LGV no tratado pueden incluir agrandamiento y ulceración de los genitales externos y obstrucción linfática, lo cual puede llevar a una elefantiasis de los genitales.

**Tricomoniasis:** Es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo, se distribuye ampliamente sin presentar variaciones climáticas ni estacionales, y se ha asociado a bajos niveles socioeconómicos. Datos recientes revelan que la incidencia anual de infecciones es de aproximadamente 170 millones de nuevos casos en todo el mundo, afectando principalmente a la población de 20 a 50 años de edad, en especial a mujeres con múltiples parejas sexuales.

**Herpes:** La mayoría de los herpes genitales son causados por el tipo VHS-2. La mayoría de las personas infectadas por el VHS-1 o VHS-2 no presentan signos ni síntomas de la infección o presentan síntomas mínimos. Cuando se manifiestan los

signos, usualmente lo hacen en forma de una o más ampollas en los genitales o el recto o alrededor de los mismos. Las ampollas se rompen formando úlceras dolorosas (llagas) que pueden tardar de dos a cuatro semanas en curarse la primera vez que se presentan. Típicamente, puede presentarse otro brote semanas o meses después del primero, pero casi siempre es menos intenso y de más corta duración. A pesar de que la infección puede permanecer en forma indefinida en el organismo, la cantidad de brotes tiende a disminuir a medida que pasan los años.

Virus del papiloma humano: El virus del papiloma humano genital (también conocido como VPH) es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente. Existen más de 40 tipos de VPH que pueden infectar las zonas genitales de los hombres y las mujeres. Estos tipos de VPH también pueden infectar la boca y la garganta. La mayoría de las personas que se infectan por el VPH ni siquiera saben que lo están. El VPH no es igual al virus del herpes o al VIH. Todos estos virus se pueden transmitir durante el contacto sexual, pero causan síntomas y problemas de salud distintos.(OMS, 2016)

### **Sustancias psicoactivas**

Según la organización Mundial de la Salud (OMS), el nombre de droga resulta aplicable a toda sustancia terapéutica o no, que introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos clásicos (inhalación de vapores o humos, ingestión, fricciones, etc.) de administración de los medicamentos, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en él una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de su estado psíquico. Esa modificación condicionada por los efectos inmediatos (psicoactivos) o persistentes (crónicos), predispone a una reiteración continuada en el uso del producto.

Para la OMS la característica fundamental para definir una sustancia como droga es el hecho de “su capacidad de crear dependencia, física o psíquica, en el consumidor”.

Sin embargo, la dependencia no viene determinada exclusivamente por esa interacción entre la sustancia y el sistema nervioso central, sino que es una situación más compleja, en la que también intervienen la estructura social donde se desenvuelven

el sujeto, sus relaciones dentro de un grupo humano y la agresividad en los mecanismos del mercado del producto.

Por tal razón, es tan importante en esta investigación determinar cuál es la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas ya sean estas legales o ilegales y la adopción de conductas sexuales de riesgo en los jóvenes universitarios.

Como veremos a continuación, son los jóvenes quienes mayor vulnerabilidad tienen frente al uso y abuso de SPA y por tanto a las consecuencias negativas que puedan acarrear en sus vidas.

La investigación titulada Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en Colombia, la cual tenía por objetivo principal estimar la magnitud del consumo de SPA en Colombia, entre la población de 12 a 65 años (Gobierno Nacional de la república de Colombia, 2013 p 25)

Este estudio revela en cuanto al consumo de SPA en Colombia:

Marihuana: En cuanto al consumo de marihuana en el país, un 11.5% de las personas entre 12 y 65 años ha probado marihuana al menos una vez en la vida, con una tasa tres veces mayor en los hombres que en las mujeres. El consumo reciente o prevalencia del último año, se ubica en el 3.3% y la diferencia entre sexos se incrementa.

El consumo actual de marihuana, medido a través de la prevalencia del último mes, es del 2.2% para la población general, con una tasa de consumo de cinco veces y más, entre los hombres que entre las mujeres. El 1.1% de la población que nunca probó marihuana, lo hizo en el último año, según indica la tasa de incidencia, en los varones es de tres veces más la estadística de este consumo.

**Cuadro 9.** Indicadores de consumo de marihuana según sexo.

SEXO	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	mes	año	Año	Mes
<b>Hombres</b>	<b>17.695</b>	<b>3.63</b>	<b>7.77</b>	1.67	0.60

<b>Mujeres</b>	<b>5.621.300.69</b>	0.53	0.17
<b>Total</b>	<b>11.483.272.18</b>	1.050.36	

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011, p 76*

Esta tabla muestra que la diferencia por sexo en el consumo reciente (anual) de marihuana es significativa. La estimación de prevalencia indica que unas 763 mil personas consumieron marihuana en el último año, de las cuales 607 mil son varones, indicaría el 79%.

**Cuadro 10.** Consumo reciente (prevalencia último año) de marihuana según sexo.

<b>Sexo</b>	<b>%</b>	<b>intervalo de confianza</b>		<b>Numero de Consumidores</b>	<b>Intervalo de Consumidores</b>	
<b>Hombres</b>	<b>5.36</b>	<b>4.79</b>	<b>5.94</b>	606.776	540.921	672.631
<b>Mujeres</b>	<b>1.30</b>	<b>1.00</b>	<b>1.60</b>	156.016	119.919	192.112
<b>Total</b>	<b>3.27</b>	<b>2.94</b>	<b>3.60</b>	762.791	684.185	841.397

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011, p 76*

Cocaína: En cuanto al consumo, abuso y dependencia de cocaína el Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, sostiene que el 3.2% de la población de 12 a 65 años en Colombia manifiesta haber probado o usado cocaína alguna vez en su vida, siendo este consumo mucho mayor entre los varones.

El consumo en un período menor de tiempo y más cercano, de 12 meses, es del 0.7%, siendo los varones quienes presentan mayor consumo, la distancia con las mujeres es mayor que en la prevalencia de vida. En relación con esto, observando las tasas de incidencia, entre las personas que no habían consumido cocaína, el 0.19% lo probó por primera vez durante el último año y son los varones quienes tienen la tasa de incidencia más alta.

**Cuadro 11.** Indicadores de consumo de cocaína según sexo.

<b>SEXO</b>	<b>Prevalencia</b>		<b>Incidencia</b>	
	<b>Vida</b>	<b>mes año</b>	<b>Año</b>	<b>Mes</b>
<b>Hombres</b>	<b>5.471.230.73</b>		0.28	0.60

<b>Mujeres</b>	<b>1.120.200.09</b>	0.11	0.00
<b>Total</b>	<b>3.23 0.70 0.40</b>	0.19	0.03

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011, p 86*

Centrando el análisis en el consumo reciente, se puede observar que las prevalencias de último año presentan diferencias estadísticamente significativas por género. Según las estimaciones, alrededor de 162 mil personas consumieron cocaína durante el año previo a la encuesta: 138 mil hombres y 23 mil mujeres.

Este informe también pone de manifiesto que la tasa más alta de consumo de cocaína se encuentra entre los jóvenes de 18 a 24 años, con casi el 2%, estimando unos 78 mil jóvenes en este consumo. El segundo grupo con mayor consumo, del 1.1%, son los jóvenes de 25 a 34 años, unos 55 mil. Estas diferencias son estadísticamente significativas respecto de los otros grupos etarios.

Basuco: El 1.2% de las personas encuestadas en el Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia reportó haber consumido basuco alguna vez en su vida, con clara diferencia entre hombres y mujeres. Durante el último año anterior a la encuesta, consumió basuco el 0.21% de la población de 12 a 65 años y la brecha entre sexos se amplía. Las tasas de incidencia indican que el 0.04% de los que nunca consumieron lo hicieron por primera vez en el último año y tienen mayor peso entre los varones.

**Cuadro 12.** Indicadores de consumo de basuco según sexo.

<b>SEXO</b>	<b>Prevalencia</b>		<b>Incidencia</b>	
	<b>Vida</b>	<b>mes año</b>	<b>Año</b>	<b>Mes</b>
<b>Hombres</b>	<b>2.12</b>	<b>0.400.31</b>	0.07	0.03
<b>Mujeres</b>	<b>0.29</b>	<b>0.030.03</b>	0.01	0.00
<b>Total</b>	<b>1.180.210.17</b>		0.04	0.01

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011, p 95*

Las tasas de consumo por grupos de edad indican un mayor consumo entre los jóvenes de 18 a 24 años, pero en un contexto de bajas prevalencias en general y sin significación estadística.

Alcohol: En términos de la percepción de riesgo frente al consumo frecuente de bebidas alcohólicas, el 83% de las personas encuestadas lo perciben como de gran riesgo. En las mujeres esta percepción se incrementa al 88% y en los varones desciende al 78%.

**Cuadro 13.** Percepción de gran riesgo de consumo frecuente de alcohol según sexo.

sexo	Cigarrillo frecuentemente
<b>Hombres</b>	78.20
<b>Mujeres</b>	88.50
<b>Total</b>	83.50

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011, p 111*

La menor percepción de riesgo se reporta en el grupo de adolescentes y se va incrementado conforme aumenta la edad.

Todos estos datos nos llevan a pensar que la población joven es la que mayores riesgos presenta frente al uso y abuso de sustancias psicoactivas, ya sean estas legales o ilegales. Por lo tanto, sus implicaciones son mucho más complejas pues afectan todos los ámbitos de sus vidas, entre ellos el académico y familiar.

Naturalmente, al hablar de las drogas casi nadie piensa en las institucionalizadas, en las integradas pautas de comportamiento de la sociedad, porque gozan del respaldo de la tradición histórica, cultural y porque su producción, venta y consumo no están penalizados. Nadie o casi nadie, parecen referirse al alcohol, al tabaco o al café, por ejemplo, productos todos ellos de uso común, aunque sean capaces de crear más o menos graves toxicomanías. (Martin y Casas, 1975, pp 12-13).

Éxtasis: Existe una creciente preocupación por la presencia del éxtasis en el país desde hace algunos años. Las prevalencias indican un porcentaje del 0.7% para aquellos que alguna vez en la vida ha probado esta SPA, siendo mayor entre los varones. En tanto que la proporción de personas que han consumido en el último año se reduce al 0.2% y se mantiene la distancia entre sexos. Se observa que la tasa de incidencia para igual periodo es similar entre varones y mujeres alrededor del 0.08%.

**Cuadro 14.** Indicadores de consumo de éxtasis según sexo.

SEXO	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	mes	año	Año	Mes
<b>Hombres</b>	<b>1.07</b>	<b>0.29</b>	<b>0.04</b>	0.09	0.02
<b>Mujeres</b>	<b>0.37</b>	<b>0.10</b>	<b>0.00</b>	0.07	0.00
<b>Total</b>	<b>0.71</b>	<b>0.19</b>	<b>0.02</b>	0.08	0.01

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011, p 98*

De acuerdo a la prevalencia estimada para el último año, unas 44 mil personas han consumido éxtasis, de las cuales, 32 mil son varones. El consumo no muestra diferencias significativas según género.

**Cuadro 15.** Consumo reciente (prevalencia último año) de éxtasis según sexo.

Sexo	%	intervalo de confianza	Numero de Consumidores	Intervalo de Consumidores
<b>Hombres</b>	<b>0.29</b>	<b>0.13-0.45</b>	32.765	14.994 - 50.536
<b>Mujeres</b>	<b>0.10</b>	<b>0.00-0.22</b>	11.524	0 - 26.707
<b>Total</b>	<b>0.19</b>	<b>0.09-0.29</b>	44.289	20.949 - 67.629

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011, p 99*

En relación con la variable edad, el consumo de éxtasis se concentra principalmente en los jóvenes de 18 a 24 años, y son alrededor de 28 mil personas, seguido por las personas de 25 a 34 años, que agregan unos 12 mil usuarios.

**Sustancias Inhalables:** El estudio indagó sobre el consumo de inhalables, dada su especial relevancia en el marco global de la problemática asociada a las sustancias de abuso y también a la evidencia cercana de su existencia en los principales centros urbanos de Colombia, como en la generalidad de los países de América Latina. Las sustancias inhalables son altamente tóxicas y adictivas.

Adicionalmente, es de conocimiento general el hecho que los inhalables son las principales sustancias de abuso entre los niños y adolescentes en situación de calle, quizás el más vulnerable de todos los grupos poblacionales. Se indagó por separado los inhalables más tradicionales del uso de Popper y Dick.

El Ministerio de Salud y Protección Social consigna los indicadores sobre el uso de sustancias inhalables en el país en el cuadro número 15, separado por tipo de sustancia y también para el uso de cualquiera de ellos.

**Cuadro 16.** Indicadores de consumo de sustancias inhalables por tipo.

Tipo	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
<b>Inhalables</b>	0.74	0.17	0.06
<b>Dick</b>	0.48	0.12	0.02
<b>Popper</b>	1.21	**	**
<b>Cualquiera</b>	1.91	0.26	0.28

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011, p 101*

Como se puede observar, un 1.91% de las personas encuestadas reportaron haber usado algún tipo de inhalables alguna vez en su vida, siendo el Popper el de mayor uso. En cuanto a la prevalencia de último año (no se incluyó la pregunta correspondiente para Popper) la declaración de uso fue de 0.26%.

En el cuadro siguiente se presentan los resultados sobre uso de cualquier sustancia inhalable, donde para los distintos indicadores hay una clara diferencia entre hombres y mujeres.

**Cuadro 17.** Indicadores de consumo de cualquier sustancia inhalable según sexo.

SEXO	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	mes	año	Año	Mes
<b>Hombres</b>	<b>2.90</b>	<b>0.45</b>	<b>0.16</b>	0.17	0.03
<b>Mujeres</b>	<b>0.97</b>	<b>0.08</b>	<b>0.01</b>	0.07	0.02
<b>Total</b>	<b>0.91</b>	<b>0.26</b>	<b>0.08</b>	0.12	0.03

*Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009 – 2011, p 102*

Finalmente, durante el desarrollo del presente estudio utilizaremos el término definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para referirse a todas las sustancias legales como ilegales que pueda generar efectos sobre el comportamiento de los individuos bajo el concepto de Sustancia psicoactiva (SPA).

### **Los SPA y el Sexo**

Según algunas fuentes consultadas en internet, entre ellas blogs y algunas páginas web dedicadas a difundir información en salud, se encuentran muchas referencias con respecto a la utilización de SPA y la práctica de sexo.

Matthew Johnson, profesor de psiquiatría y ciencias del comportamiento en la Universidad John Hopkins, manifiesta que “muchas gente tiene sexo. Escoge una droga, pregunta y verás que cualquiera te va a decir que es increíble tener sexo bajo sus efectos”(Johnson, 2015).

Este autor manifiesta que “los efectos de las drogas nos afectan a todos un poco diferente... quien realiza ensayos clínicos para probar el efecto de los narcóticos en la conducta humana. Algunas tienen un impacto farmacológico directo en la forma en que experimentamos el mundo, mientras que otras afectan nuestro cerebro de una forma tan dramática que su impacto en el sexo puede ser completamente impredecible” (Johnson, 2015).

### **Alcohol y el sexo**

El alcohol es probablemente la SPA más utilizada para iniciar o mejorar el sexo. Según algunos estudios realizados en EEUU “el alcohol está presente en más de la mitad de las interacciones sexuales en Estados Unidos, al menos entre la población joven, aunque no sabemos si siempre se consume para embriagarse o sólo como lubricante social” (Johnson, 2015).

Matthew Johnson manifiesta que "parece que la gente no disfruta más el sexo [cuando está alcoholizada]", ya que "probablemente sólo ayuda a desinhibirse. La ansiedad

social que se produce en el momento de acercarse a una [posible] pareja se elimina. O hace más fácil proponer una práctica sexual que normalmente no le propondrías a una pareja nueva (Johnson, 2015)".

Johnson además sostiene según sus estudios que “cuando se consume alcohol en grandes cantidades, no sólo desinhibe, sino que afecta los procesos de toma de decisiones a largo plazo y, por lo tanto, aumenta la probabilidad de tener sexo sin protección. También afecta el cerebro, el sistema nervioso y el cuerpo, lo que en los hombres puede provocar disfunción eréctil, y en hombres y mujeres puede reducir o retrasar la sensibilidad y dificultar los orgasmos” (Johnson, 2015).

Es decir, que el alcohol puede afectar a las personas tanto en su percepción de la realidad al hacer ver más atractivas a las personas y sobre la toma de decisiones al desinhibir al individuo y dificultar una respuesta más apropiada frente al consentimiento para tener o no relaciones sexuales.

Tengamos en cuenta además, que el alcohol es una de las SPA más utilizadas por los jóvenes universitarios debido a su permisividad social y cultural. Siendo un factor de riesgo en cuanto a la salud sexual.

### **La cocaína, las anfetaminas y el sexo**

Por su parte, Steven Shoptaw, profesor y psicólogo que estudia el abuso de sustancias en la Universidad de California en los Ángeles (UCLA), sostiene que algunas anfetaminas se utilizan en múltiples sectores demográficos, algo inusual para la mayoría de las drogas. Entre ellos, habla de motociclistas, pero también de amas de casa que recurren al cristal y a la coca para conservar su apetito sexual a pesar de las tareas del hogar y del cuidado de los niños.

Existen algunos estudios sobre este tema pero desarrollados en Estados Unidos de América tales como CSP, o The Casual Sex Project (El proyecto del sexo casual), que se trata de una serie de testimonios recopilados por la investigadora Zhana Vrangalova para analizar las experiencias del sexo fuera de las relaciones monógamas convencionales.

Según Soptaw y Larissa Mooney, profesora de abuso de sustancias psicoactivas en la UCLA, manifiesta que “las anfetaminas llenan el cerebro de dopamina, el químico del placer, y de noradrenalina, una sustancia que aumenta la resistencia, y que nos hace sentir muy positivos, concentrados y llenos de energía. Pero también alteran la forma en que tomamos decisiones y pueden hacer que pongamos mucho énfasis en los deseos personales y los resultados a corto plazo” (Johnson, 2015).

Según estos estudios existen diferencias en los efectos de estas sustancias, mientras que el efecto de la cocaína, por lo general, desaparece en una hora, los efectos de la metanfetamina pueden durar hasta 11 o 12 horas. Pero de manera general aumentan las sensaciones y la duración de la relación sexual.

Es así como estas sustancias psicoactivas implican ciertos riesgos sexuales y no sexuales, como por ejemplo diversas parejas sexuales en una misma jornada, siendo posible que el exceso de actividad sexual provoque sangrado e irritaciones. Además, la falta de sueño y una mala evaluación del riesgo, la necesidad de tener sexo lo más rápido posible hace que el sexo bajo el efecto de la coca o las metanfetaminas sea una forma muy común de contraer alguna infección de transmisión sexual.

Finalmente, todos estos estudios llegan a la conclusión que a largo plazo, el consumo de estas drogas provoca disfunción eréctil, pueden dañar los receptores de placer y disminuir la vida sexual normal.

### **La marihuana y el sexo**

Después del alcohol, la marihuana es probablemente la segunda sustancia psicoactiva más consumida durante las relaciones sexuales. Para algunas personas la marihuana es un afrodisíaco, ya que produce erecciones más firmes, vaginas más húmedas y aumenta la sensibilidad y ayuda a relajarse, sin embargo hay quienes sostienen que los deprime y disminuye su deseo sexual. A pesar de las diversas opiniones, estudios sobre el cannabis y el coito indican que la mayoría de la gente ha tenido experiencias positivas al tener sexo bajo el efecto de la marihuana.

Mitch Earlywine, psicólogo que estudia el cannabis en la Universidad de Albany, Nueva York manifiesta que "en general, dos terceras partes de los consumidores experimentados aseguran alguna mejora en su vida sexual", ya que "los hombres creían que eran más atentos en el sexo después de fumar la planta. La mayoría asegura que mejora el orgasmo y que, en general, aumenta la excitación y la sensibilidad"(Johnson, 2015).

Existen muchas teorías sobre los ajustes neuroquímicos que produce la marihuana en el cerebro para lograr los efectos mencionados previamente. Pero, en esencia, la marihuana incrementa la sensibilidad, lo cual puede aumentar o disminuir el apetito sexual dependiendo de nuestro estado mental y nuestro entorno en el momento de fumar.

### **El éxtasis y el sexo**

Karen McElrath, profesora en la Universidad Estatal de Fayetteville que también realiza investigación sobre el MDMA, sostiene que "el metilendioximetanfetamina (MDMA) puro produce euforia y sentimientos de empatía en la mayoría de la gente", además dice que "muchos individuos que consumen MDMA puro experimentan una sensación de cercanía emocional (incluso con desconocidos), que puede incluir sensualidad, aunque sin el deseo de sexo con penetración"(Johnson, 2015).

Tanto McElrath como ZviZemishlany, profesor en la Universidad de Tel Aviv y autor de uno de los estudios que vincula el MDMA a experiencias de carácter estimulantes, insinúan que las aventuras sexuales intensas de la gente a menudo son resultado de tomar pastillas o polvos no puros o mezclados con otras drogas.

### **Los alucinógenos y el sexo**

Las sustancias psicodélicas y las drogas disociativas (una amplia gama que cubre desde el DMT, el LSD, la ketaminta y el PCP) están entre las drogas más subjetivas y menos fiables que hay en el mercado. Estas drogas tienen algo en común: son impredecibles en sus efectos según muchos investigadores.

Según Johnson y Michael Kometer, un neuropsicólogo de estados de consciencia alterados que estudia los psicodélicos y la consciencia en la Universidad de Zurich, gran parte de esto se debe al efecto masivo que tienen estas drogas en el cerebro humano. Cada droga afecta receptores diferentes.

Es así como estos investigadores manifiestan que las experiencias sexuales alucinógenas van a ser diferentes dependiendo de la persona que las consume, el sitio donde se consuman y el estado mental del individuo.

### **Los nitritos y el sexo**

Los nitritos, también conocidos como "popper", son probablemente la sustancia psicoactiva más vinculada con el sexo de todos los que se han mencionado con anterioridad. Frente a los efectos de los nitritos estos relajan el cuerpo y se dice que producen emociones intensas y breves que aumentan la excitación.

El efecto del popper es muy simple en el aspecto fisiológico, ya que “la mayoría de los nitritos de amilo son vasodilatadores sustancias que relajan los vasos sanguíneos, aunque a veces también se utilizan las soluciones de isobutilo e isoamilo; también relajan los tejidos blandos, como el ano y el esfínter.” (Johnson, 2015)

El popper tiene riesgos ya que puede ser peligroso si no se almacena apropiadamente y también puede quemar si entra en contacto con la piel porque es altamente inflamable. De igual manera, “presenta riesgos para los que padecen ciertas enfermedades y aunque su efecto placentero se combina bien con otras drogas, es peligroso mezclarlo con tratamientos para la disfunción eréctil porque la disminución de la presión arterial puede provocar desde un desmayo hasta la muerte dependiendo de tu estado de salud” (Johnson, 2015).

Finalmente, es necesario decir que el sexo anal con los músculos relajados hace que sea más intenso, lo cual puede provocar desgarres y hemorragias, y aumenta el riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual.

### **Orientación Sexual**

A continuación, se realizarán las definiciones de las diferentes orientaciones sexuales:

Heterosexual: Es “aquella persona que se siente atraída, de manera más o menos permanente, sexual o afectivamente, por otras personas del sexo contrario” (Gallardo & Escolano, 2009 p 25)

Homosexual: Se refiere a “la persona que siente atracción sexual o afectiva hacia otras personas de su mismo sexo: gais en el caso de los hombres y lesbianas en el de las mujeres.” (Gallardo & Escolano, 2009 p 25).

Gallardo y Escolano (2009) mencionan una serie de etapas en el desarrollo de la identidad homosexual, así:

1. El/la adolescente descubre una cierta diferencia con respecto a sus amistades del mismo sexo. Se trata de un sentimiento difuso que puede identificarse, o no, por la atracción hacia algunas actividades, intereses y juegos relacionados con el otro sexo.
2. Siente sorpresa ante su diferencia. Ante la sospecha de verse como un gay o una lesbiana, se suelen experimentar sentimientos de rechazo: se tiende a pensar que se está atravesando una fase, se intentan asumir roles heterosexuales, comportándose como se espera de un heterosexual, se evitan situaciones que puedan poner en evidencia su identidad homosexual.
3. Toma de contacto social con gais y lesbianas, lo que le ayuda asentirse como el resto de homosexuales, formando parte de un grupo humano semejante a sí mismo. Asume su identidad como parte de un proceso. Aumenta su aceptación experimentando sus sentimientos y sexualidad.
4. Adopta la homosexualidad como un modo de vida, percibiéndola como una parte esencial de la identidad personal. “No querría cambiara aun que pudiera.” Desarrollan su vida afectiva y se solidarizan con el resto de homosexuales. Pierden el miedo a mostrarse tal y como son y se sienten con más seguridad.

Hay que tener en cuenta que estas fases no tienen por qué ser siempre iguales para todos, “cada persona puede pasar por unas y no por otras, y que para cada individuo se

dan características en cada una de las fases que no se darán en todos los individuos.”  
(Gallardo &Escolano, 2009 p 25).

**Bisexual:** La bisexualidad, al igual que la homosexualidad o la heterosexualidad, es una orientación sexual. Tanto hombres como mujeres bisexuales pueden sentir atracción sexual por hombres y por mujeres. Así, por tanto, podemos afirmar que hay tres orientaciones sexuales: homosexual, heterosexual y bisexual.

Muchas veces se confunde las prácticas sexuales con la afectividad. Una persona no es bisexual por el hecho de haber tenido relaciones sexuales con personas de ambos sexos. Para que se pueda hablar de una genuina bisexualidad es indispensable que alguien tenga la capacidad de sentir atracción sexual y amor tanto por hombres como por mujeres.

Por tanto, quien, por mera curiosidad, por presión o porque la situación se presta tiene una experiencia homosexual siendo heterosexual o viceversa, eso no quiere decir que sea bisexual.

Algunas personas niegan que la bisexualidad exista: creen que los llamados bisexuales son en realidad homosexuales que no se aceptan o que se esconden tras cierta fachada heterosexual. Pata gallardo y Escolano (2009) “no reconocer más que los extremos impide entender y observar la diversidad de la naturaleza humana. Insistimos en que la persona bisexual es quien tiene el potencial de amar y sentir atracción sexual por ambos sexos, independientemente del número de parejas que haya tenido. Algunas pueden tener varios/as amantes o parejas a lo largo de la vida, pero también pueden tener tan sólo uno/a, dos o tres. Esto nuevamente depende de cada quien y no de que sea bisexual.” (Gallardo &Escolano López, 2009 p 26).

### **Educación sexual familiar**

Mucho se habla hoy en día sobre la gran importancia que tiene para la persona la educación sexual, sin embargo, la concepción que se tiene de cómo debe darse esta

educación es muchas veces reduccionista, puesto que se considera que ésta debe estar dirigida a brindar información a los jóvenes sobre temas de materia estrictamente sexual o peor aún, brindar información acerca de métodos anticonceptivos. Cuando la sexualidad es entendida simplemente como una manifestación corporal de la persona, es lógico que la aproximación que se dé en lo relacionado a su educación sea esta.

El primer paso para poder brindar una auténtica educación de la sexualidad, es entender a la misma como parte integrante de la totalidad de la persona, entender que el sexo no es un atributo de la persona, sino que es constitutivo de la misma y por lo tanto, la educación de la sexualidad implica la educación de toda la persona. La vivencia sexual de la persona es una expresión de todo su ser, expresión y vivencia que siempre está relacionada a determinados valores; en primer lugar, el valor inmanente (que se realiza en la misma persona) que tiene que ver con la posibilidad de la consecución de un placer vital y sensitivo específico, en segundo lugar, el valor trascendente (que se realiza fuera de la persona misma) que tiene que ver con la posibilidad de establecer una relación de comunión entre dos personas y en tercer lugar, el valor superior en cuanto sirve a la procreación.

Si entendemos la sexualidad de la persona humana desde esta perspectiva integradora y como expresión de todo su ser y de su carácter, en donde la vivencia de la sexualidad está en estrecha relación con la actitud que la persona tiene hacia cualquier otro aspecto de su vida, podremos darnos cuenta que su educación no puede reducirse a una mera transmisión de información; es por ello que planteo que la educación de la sexualidad debe abarcar como puntos esenciales por lo menos cuatro aspectos:

En primer lugar, la preparación de la persona para que sea capaz de la moderación de sus placeres y gobierno de sus afectos y esfera sensitiva, es decir, el desarrollo de la virtud de la templanza.

En segundo lugar, la preparación de la persona para que sea capaz de hacer frente a los conflictos y dificultades que se le puedan presentar, es decir, el desarrollo de la virtud de la fortaleza.

En tercer lugar, ayudarle a que tenga una actitud adecuada frente a los valores y mandamientos vigentes, es decir, mostrarle el bien real y enseñarle a que lo ame.

Y en cuarto lugar, proporcionarle conocimiento verdadero y oportuno sobre las materias de orden sexual, esta información debe ser dada por los padres, de manera individual y de acuerdo a la edad e inquietudes de cada niño.

Como podemos ver, la educación integral de la sexualidad que proponemos, implica no una acción aislada en determinado momento de la vida del niño, sino más bien una acción constante que se da de manera natural en la relación cotidiana que los padres tienen con sus hijos; la educación de la sexualidad, debe estar cimentada en la formación de hábitos buenos que lleven a la persona a la vivencia de la virtud. Existen además hábitos propios de la virtud de la templanza que están estrechamente relacionados a la vivencia sexual de la persona, estos son en primer lugar el *pudor*, por el cual el niño aprende a moderar sus movimientos corporales de tal manera que se dé una protección y respeto hacia sí mismo; así mismo, la *continencia* y la *castidad* que tienen que ver directamente con el gobierno del deseo propiamente sexual; como es lógico estos hábitos sólo serán posible de ser internalizados en la medida en que previamente el niño haya desarrollado las virtudes previas de las que hemos venido hablando, puesto que ellas son las que le darán las bases necesarias para poder ejercer un gobierno racional sobre sus tendencias sensitivas.

Por otro lado, el niño desde pequeño debe ir forjando la virtud de la fortaleza para en el futuro poder hacer frente a las adversidades con entereza y para poder vencer la presión del medio que generalmente lleva a los jóvenes a practicar comportamientos inadecuados, no porque estén seguros de que esos comportamientos son lo mejor para ellos, sino, simplemente por no tener la fuerza necesaria para plantear sus propios puntos de vista y criterios e ir en contra de lo que la mayoría dice. Para el desarrollo de esta virtud son necesarios en primer lugar el hábito de la *confianza*, que permitirá que el niño se sienta seguro de sí mismo, pero sólo a partir de poder tener la certeza de experimentar la seguridad que le da el hecho de sentirse amado y valorado por sus padres; otro hábito necesario es el de la *perseverancia* que es imprescindible para que la persona pueda adherirse a ideales buenos y ser capaz de no rendirse ante las dificultades

que pueda encontrar en el camino, en la misma línea está el hábito de la *paciencia*, el cual permite que la persona sea capaz de soportar pequeños males, porque tiene la convicción de que existe un bien mayor mucho más grande e importante por el que vale la pena esperar.

Como podemos ver, la fortaleza es una virtud que va a influir de manera indirecta en una recta vivencia sexual de la persona, puesto que marcará una pauta con relación a la actitud de la persona frente a la vida.

Todos estos aspectos que hemos visto que influyen ya sea directa o indirectamente en la educación de la sexualidad de la persona deben ser planteados y llevados a cabo por los padres, quienes son los primeros llamados a procurar el bien para sus hijos, tanto por medio de la palabra como sobre todo por el ejemplo, es así que si los padres no llevan una vida ordenada y no son capaces de ejercer un gobierno de sí mismos, basados en un anhelo auténtico de alcanzar bienes verdaderos, no podrán ser un punto de referencia para sus hijos, y por lo tanto, no podrán educarlos en la virtud, enseñarles los valores morales correctos y mucho menos brindarles información acerca de la sexualidad que sea adecuada y verdadera que realmente los guíe hacia una vivencia normal, equilibrada y virtuosa de su sexualidad. (Diez, 2016)

## **9. Metodología**

La investigación es de carácter mixto, de tipo descriptivo que posibilita el acercamiento a los fenómenos sociales de manera flexible, posibilitando la descripción y el análisis interpretativo de los datos, facilitando de esta manera la construcción de nuevos conocimientos.

La investigación se desarrolló desde una estrategia metodológica de tipo fenomenológico, el cual destaca en el énfasis sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva: “La fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad” (Bullington y Karlson, 1984:51; citado por Tesch, 1990 p 49).

Lo fenomenológico ha realizado importantes aportaciones a la corriente cualitativa:

- Otorga a la experiencia subjetiva inmediata como base para el conocimiento;
- El estudio de los fenómenos desde la perspectiva de los sujetos, teniendo en cuenta su marco referencial; y
- Su interés por conocer cómo las personas experimentan e interpretan el mundo social que construyen en interacción<sup>2</sup>.

El desarrollo del trabajo de grado permitió complementar la información que fue recopilada a través de la encuesta, la cual poseía tanto preguntas de corte cualitativo como cuantitativo, por tanto la investigación se constituye de tipo mixta.. Gracias a esto se logró, por ejemplo, que a través del enfoque cuantitativo se pudieran establecer en qué porcentaje la población de jóvenes universitarios utiliza preservativos, mientras que los datos cualitativos proporcionaron información para una comprensión más amplia de las razones por las que los utilizan o no.

El trabajo de campo se desarrolló a través de encuestas autodilenciadas por los estudiantes, con el fin de mantener la confidencialidad y la privacidad de sus respuestas, esto con la finalidad de asegurar información más veraz y confiable por parte de los individuos. Además, las encuestas también podían ser diligenciadas a través de un link publicado en internet el cual fue difundido por las redes sociales.

Por otra parte, las encuestas tenían preguntas abiertas que permitieron ampliar información cualitativa obtenida a través de preguntas cerradas en aspectos relevantes de la investigación como las motivaciones y razones para el uso de sustancias psicoactivas o las prácticas sexuales sin protección.

## **9.1 El diseño metodológico**

---

<sup>2</sup>Fuente: instrumentos de recolección de información en investigación cualitativa, Bessy Dolores Hernández, Mayo 2009.

Las investigaciones que abordan el tema de la sexualidad requieren de ciertas adecuaciones metodológicas, pues las preguntas de carácter sexual resultan ser muy intrusivas de la intimidad y, por lo tanto, no siempre son contestadas por las personas de forma fiable, y en algunas ocasiones suelen ser proclives a responderse de la forma más aceptada socialmente (Baile, 2008, p 153).

Pensado en las consideraciones que apunta Baile (2008) se decidió diseñar una encuesta para que fuera auto diligenciada por los estudiantes ya fuera de manera presencial o virtual, de tal manera que no se sintieran presionados o cohibidos por un encuestador y por lo tanto las respuestas pudieran estar sesgadas.

Además, se incluyó en la selección de los encuestados a la mayor cantidad posible de individuos los cuales representaran la diversidad dentro de UNIMINUTO, es decir, se seleccionaron aleatoriamente varones y mujeres, de edades comprendidas entre los 18 y 26 años de edad, de diferentes orientaciones sexuales y diversos programas académicos.

Esta selección aleatoria de los encuestados permitió:

- Una mayor facilidad operativa en el trabajo de campo, ya que gran parte de las encuestas sea diligenciaron dentro de la Universidad en diferentes espacios como las cafeterías, los salones de clase, la biblioteca, entre otros.
- Se disminuyeron los costos del trabajo de campo, aumentando la eficacia en la recolección de la información y la eficiencia en la utilización de los medios disponibles para el desarrollo de la investigación. Especialmente, a través de la utilización de la encuesta online y difundida por redes sociales.
- Se logró disminuir el tiempo en el levantamiento de la información ya que solo se contaba con 4 meses para el desarrollo de la investigación.

## **9.2 Población objetivo**

La población objetivo son varones y mujeres entre los 18 y 26 años de edad, que se encuentran matriculados en algún programa académico de la Corporación Universitaria Minuto de Dios -UNIMINUTO, Sede Bello.

### **9.2.1 Criterios de inclusión**

Para la aplicación de las encuestas las personas debían cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años en el momento de realizar la encuesta y que no superen los 26 años.
- Encontrase matriculado en cualquier programa académico de la Corporación Universitaria Minuto de Dios-UNIMINUTO, Sede Bello.

### **9.2.2 Diseño y selección de la muestra**

En cuanto al número de encuestas realizadas, estas no responden a una estricta cuestión de diseño y planificación, sino al hecho de considerar la saturación de la información recopilada, buscándose fundamentalmente la profundidad, en la que es privilegiada la calidad de la muestra sobre la cantidad.

Por lo tanto, se realizaron 91 encuestas., momento en el cual las investigadoras consideraron que se han cumplido las exigencias de heterogeneidad y variaciones suficientes en la muestra de modo que permiten una plausible generalización de los resultados. Es decir, se tenían un número considerable de encuestas y dentro de ellas se buscó que al menos existiera un representante de los diferentes programas, sexos, identidades sexuales, estratos socioeconómicos.

Los factores que han permitido determinar el número de casos seleccionados son:

1. Capacidad operativa en la recolección y análisis de la información, es decir, el número de casos que puedan ser incluidos en la muestra según los recursos disponibles y la capacidad de análisis con la que se cuente.
2. La comprensión del proceso, definido como el número de casos que pueden dar respuesta a las preguntas de investigación, logrando llegar a la saturación conceptual.
3. La naturaleza del proceso estudiado, considerando si los casos estudiados son frecuentes o no y el tiempo que se tarda en la recolección de la información.

### **9.3 Técnicas de investigación**

#### **9.3.1. Fuentes secundarias**

Las fuentes secundarias son textos basados en fuentes primarias, e implican generalización, análisis, interpretación o evaluación.

#### **9.3.2 Observación participante**

La observación es definida como "un medio para recoger información de la manera más natural y más fluyente que el cuestionario o la entrevista." (Andrade *et al.*, 1987, p 69). Es "un aprendizaje directo del mundo" (Taylor y Bogdan, 1992: 99). La observación es un sistema de representación natural, en el sentido en el que la relación sujeto - objeto se hace de manera directa.

Esta técnica es útil para representar el contexto en que se desenvuelven las personas tanto en sus aspectos físicos como en las interacciones que suceden al interior de los mismos. Para algunos autores (como Woolgar, 1991), la observación logra la conexión

adecuada (imagen fiel) entre representación y realidad (objeto). Sin embargo, aunque existe la pretensión desde las formulaciones ideales del método etnográfico de que el/la observador/a no debe “deformar, distorsionar o perturbar la verdadera realidad del fenómeno que se estudia” (Martínez, 1993: 28), es imposible que el observador pase completamente inadvertido salvo que se ubique en una cámara de Gessel.

La observación es de distintos tipos, dependiendo del grado de interacción con los actores. En primer lugar, puede vislumbrarse un continuo en el cual se ubican dos polos: el de la observación participante total y el de la observación como espectador extraño; no podía faltar un punto medio en el cual surgiría una pendulante observación parcial en la cual se toman aspectos de uno y otro polo (Andrade *et al*, 1987); El primero de los polos, la *observación participante*, involucra la interacción social entre el investigador y los sujetos informantes en el contexto de los últimos, y "durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo" (Taylor y Bogdan, 1992). En la observación participante el /la investigador/a tiene un papel concreto dentro del grupo que está observando.

La observación participante tiene una metodología flexible, y los intereses se van concretando en el transcurso de la investigación. Esta concreción se hace en el espectro de las siguientes observaciones: unas de tipo descriptivo o panorámico que brindan un panorama general del programa y sus actividades. Otras, centralizadas o enfocadas, con base en los hallazgos de la primera, permiten identificar aspectos mucho más específicos, para finalmente poder extraer los aspectos sustanciales de la problemática en estudio. Este último tipo de observación se ha llamado de tipo selectivo y su pertinencia es vital en la investigación. En suma, la observación participante opera como un "zoom" que se enfoca del panorama general a los detalles, en cuyos resultados aparece el investigador en la foto.

En el otro polo, la observación realizada en situación de espectador extraño u observación no participante (polo pasivo), se puede representar como el investigador que sostiene la cámara, sin aparecer en la foto. No se requiere la interacción entre investigador y sujetos informantes. Como postura intermedia está la *observación parcial* que oscila entre estos dos polos alternando participación y distancia de la interacción en el contexto de los sujetos informantes, en aras de lograr una representación de la realidad en la que puedan consignarse las ópticas y los contextos de los distintos actores, y de los/as investigadores.

La observación parcial tiene pretensiones eclécticas que buscan un mejor enfoque de la realidad abordada; como método etnográfico es " un medio para regular la conexión entre nuestro objeto (realidad) y su representación (...). Por tanto la representación que produzca no debe ser ni idéntica al objeto (realidad) ni completamente indistinguible del mismo... una representación fiel debe ser tanto similar como distinta" (Woolgar, 1991: p.8).

### **9.3.3 Diario de campo**

Es el conjunto de procesos sociales de preparación y conformación del sujeto, referido a fines precisos para un posterior desempeño en el ámbito laboral. Además, es el proceso educativo que tiene lugar en las instituciones de educación superior, orientado a que los alumnos obtengan conocimientos, habilidades, actitudes, valores culturales y éticos, contenidos en un perfil profesional y que corresponda a los requerimientos para un determinado ejercicio de una profesión”. Son fundamentalmente cuatro los procesos formativos de índole profesional que se concretan en el diario de campo: la apropiación del conocimiento, la meta cognición, la competencia escritural y el sentido crítico. (Fernández, 2001, p. 45)

El diario de campo “Es útil que el estudiante hace evidencia de lo que aprende y lo que aún le queda pendiente por aprender. Conocimiento que apropia puede ser de tipo declarativo o teórico, y proveniente de la práctica, la cotidianidad y el contacto con el entorno.” (Álzate, Puerta & Morales, 2008, p 1).

### **9.3.4 Encuestas**

Es la técnica de análisis cuantitativo por excelencia. Tiene en común con la entrevista algunos aspectos, pero también bastantes diferencias, entre otras:

1. En muchos casos, se aplica a una muestra de población. De hecho, para algunos autores como Briones (1985) encuesta y muestra son sinónimas.

2. Priman las preguntas cerradas y las pre codificadas sobre las abiertas, lo cual facilita tanto la recolección como el procesamiento.
3. Puede diligenciarse mediante una relación cara a cara, telefónica o contestarse de manera auto diligenciada, en papel o en medio magnético.
4. Permite cubrir amplios grupos, regiones, sectores sociales, en tiempos muy cortos de recolección.
5. Con base en los datos de encuesta se puede hacer análisis cuantitativos, correlaciones numéricas para comprobar hipótesis y establecer tendencias.
6. La mecanización de la sistematización ha posibilitado crear series de tiempo, y bases comparativas de grandes conglomerados de poblaciones, países y regiones. (Alonso, Alonso, Rodríguez, Díaz y Castillo, 2002, p 37).

Las encuestas se codificaron de la siguiente forma, el primer número corresponde al número de identificación del entrevistado, en segundo lugar, se encuentra una V para varones y una M para mujeres y finalmente un número que reporta la edad del encuestado. Así:

45-M-21: Este código corresponde a una persona de sexo femenino de 21 años de edad que fue la encuesta número 45 que se aplicó.

### **9.3.5 Etnografía y nuevas tecnologías**

La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) se ha convertido en una herramienta fundamental para crear y consolidar redes sociales, y se ha convertido en uno de los principales medios a través de los cuales los jóvenes logran establecer relaciones de amistad, pareja o sexuales.

Las TIC's están dando lugar a un hecho que se conoce como «tecnosociabilidad», que se considera como un proceso de construcción sociocultural que emerge como consecuencia del despliegue de estas nuevas tecnologías (Castello, 2005:3).

Desde este punto de vista, es necesario analizar los cambios culturales que se están produciendo vinculados directamente con las TIC, teniendo en consideración variables

tales como el sexo, la clase social y la edad, entre otros, que determinan la incidencia de las TIC en los procesos de construcción social y en el cambio de pautas y conductas de comportamiento sexual.

Es importante mencionar este tipo de etnografía y nuevas tecnologías de la información y la comunicación ya que algunas de las encuestas fueron diligenciadas a través de internet por los estudiantes, haciendo más ágil la recolección y sistematización de la información.

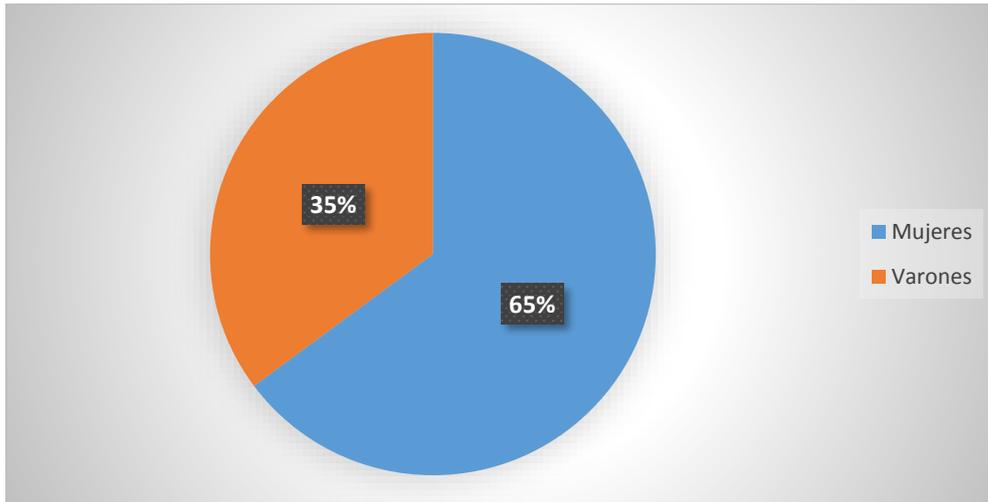
## **10. Resultados**

Con respecto a los resultados obtenidos de la implementación de las técnicas de recolección de información, entre ellas la encuesta auto diligenciada que se le realizó a los estudiantes matriculados en la Corporación Universitaria Minuto De Dios, se analizaron los factores de riesgo y protección sexual de los estudiantes universitarios de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello. Para tal fin se tuvieron en cuenta la influencia de la comunicación familiar, los comportamientos de riesgo que asumían los estudiantes, la presión o no que ejercía el círculo de amigos o social y las prácticas de protección que estos conocían y empleaban. Todas estas categorías se analizaron gracias a las respuestas obtenidas a través de preguntas abiertas que venían incorporadas dentro de las encuestas.

### **10.1 Caracterización Socio-demográfica**

#### 10.1.1 Sexo

**Gráfica 1.** *Porcentaje de estudiantes encuestados según el sexo.*

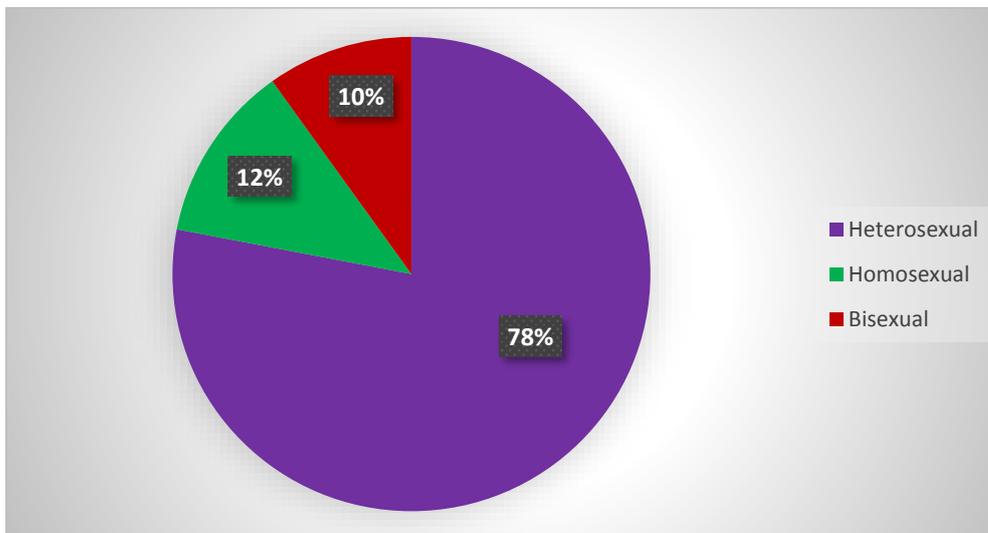


*Fuente: elaboración propia, 2016.*

Del total de los encuestados, es decir 91 personas, el 35% fueron varones y frente al 65% que correspondían a mujeres.

#### 10.1.2 Orientación Sexual

**Gráfica 2.** *Porcentaje de encuestados entrevistados según orientación sexual.*



*Fuente: elaboración propia, 2016.*

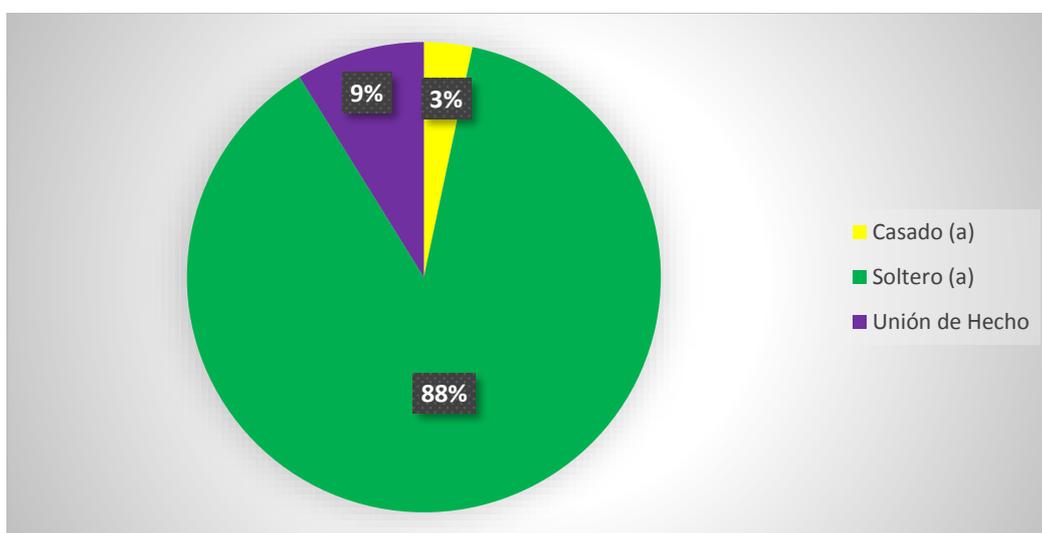
El 78% de los estudiantes encuestados eran heterosexuales, seguidos por un 12% cuya orientación sexual era homosexual y el restante 10% correspondían a aquellos que se identificaban como bisexuales.

Vale la pena mencionar, que el criterio para definir la orientación sexual de los entrevistados era su propia auto identificación, es decir la manera en la cual cada uno de ellos se percibía desde su el sujeto que ejercía una atracción tanto sexual como afectiva.

Este dato pone de manifiesto la diversidad en orientaciones sexuales que se encuentran en la Universidad, las cuales deben ser tenidas en cuenta para el diseño de estrategias de intervención desde todas las dependencias creando un ambiente universitario más incluyente y respetuoso.

### 10.1.3 Estado Civil

**Gráfica 3.** *Porcentaje de estudiantes encuestados según estado civil.*

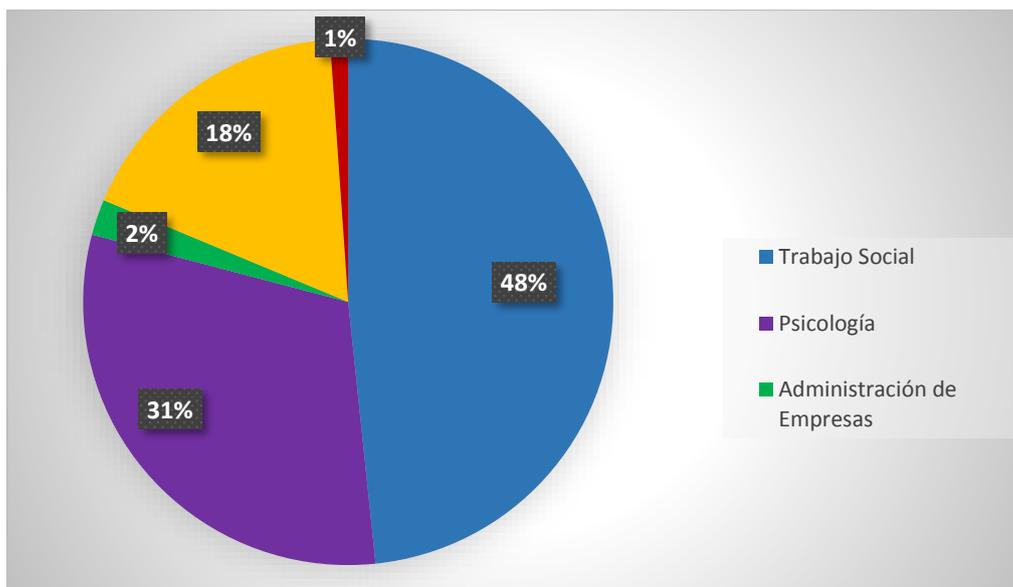


*Fuente: elaboración propia, 2016.*

En cuanto al estado civil el 88% de la población encuestada están solteros, el 9% en unión de hecho y el 3% son casados.

### 10.1.4 Programa Académico

**Gráfica 4.** *Porcentaje de estudiantes encuestados por programa académico que cursan.*



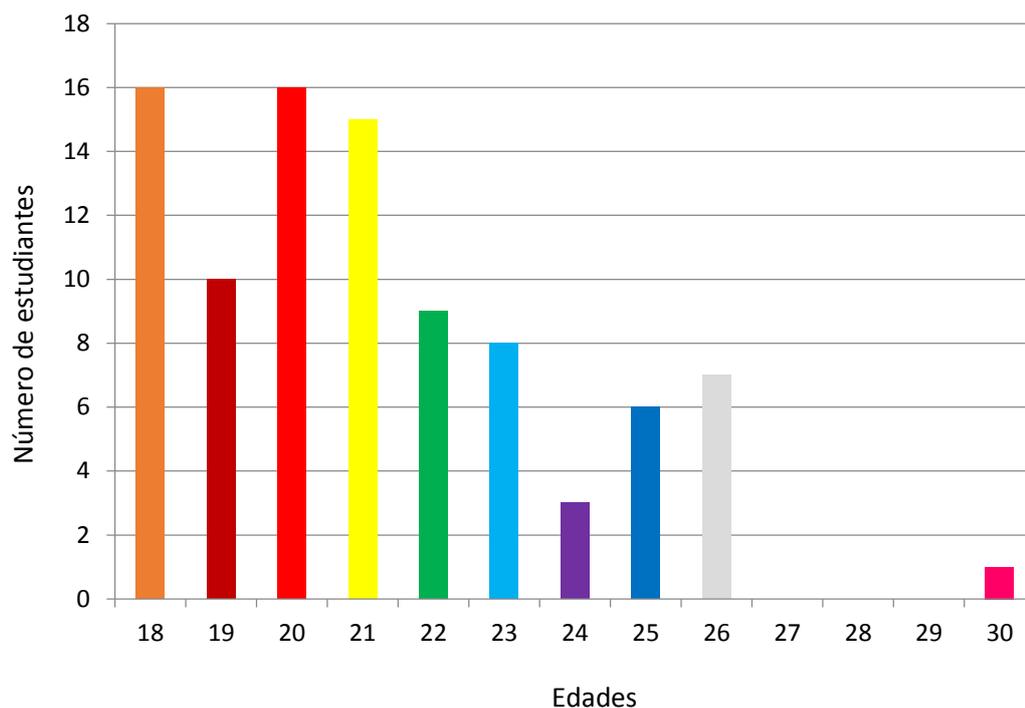
*Fuente: elaboración propia, 2016.*

De los 91 estudiantes encuestados, el 48% de estos estudian trabajo social, le siguen un 31% que cursan psicología, un 18% que están matriculados en comunicación social y periodismo, y en menor proporción un 2% que estudian administración de empresas y el 1% salud ocupacional.

#### 10.1.5 Edad

El promedio de edad de los estudiantes entrevistados es de 21 años, la edad mínima es de 18 y la máxima de 30 años.

**Gráfica 5.** *Número de estudiantes encuestados según edades.*

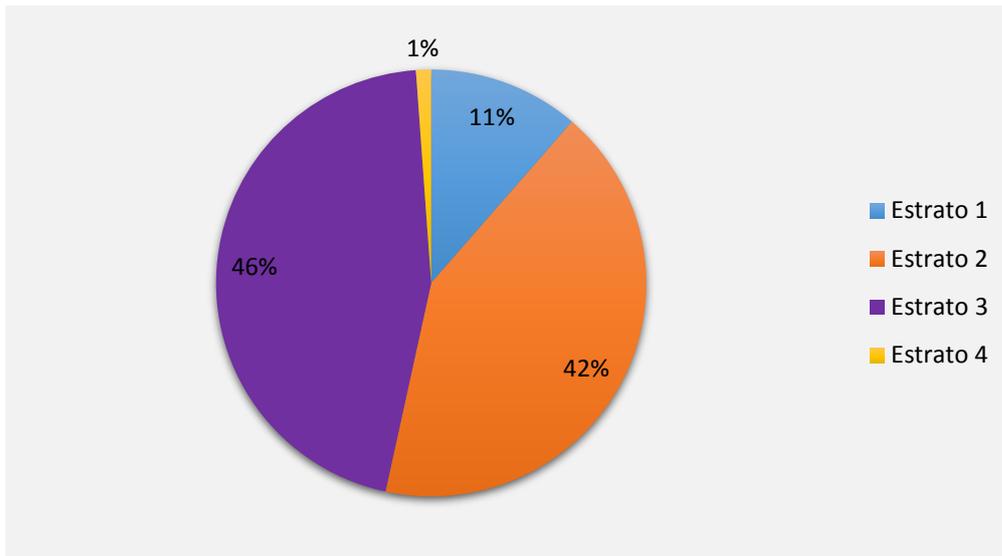


*Fuente: Elaboración propia, 2016.*

La mayor parte de los estudiantes encuestados se ubican en el rango de los 18 a los 21 años de edad, estos representan el 63% de todos los encuestados. A medida que avanzan las edades disminuye la frecuencia de los encuestados. De tal modo que para el rango de edad entre los 27 a 30 años de edad solo se encuestó un individuo.

#### 10.1.6 Estrato Socioeconómico

**Gráfica 6.** *Porcentaje de estudiantes según el estrato socioeconómico en el cual residen.*

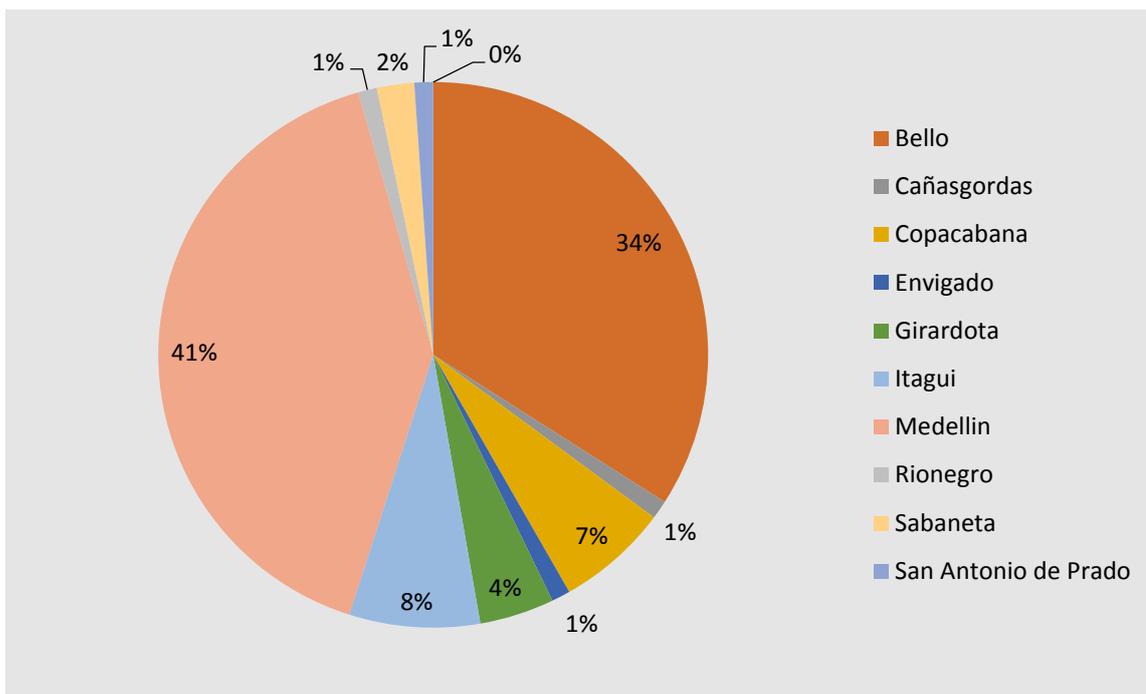


*Fuente: Elaboración propia, 2016.*

El 46% de los estudiantes encuestados viven en estrato 3, le sigue un 42% que lo hacen en estrato 2, un 11% en estrato 1 y finalmente un 1% en estrato 4. Es decir, que el 88% de los estudiantes encuestados pertenecen a los estratos 2 y 3, lo cual podría influir en la manera en la cual perciben la salud sexual y reproductiva y que puedan conducirlos a asumir comportamientos de riesgo.

#### 10.1.7 Municipio de Residencia

**Gráfica 7.** *Porcentaje de estudiantes según el municipio de residencia.*



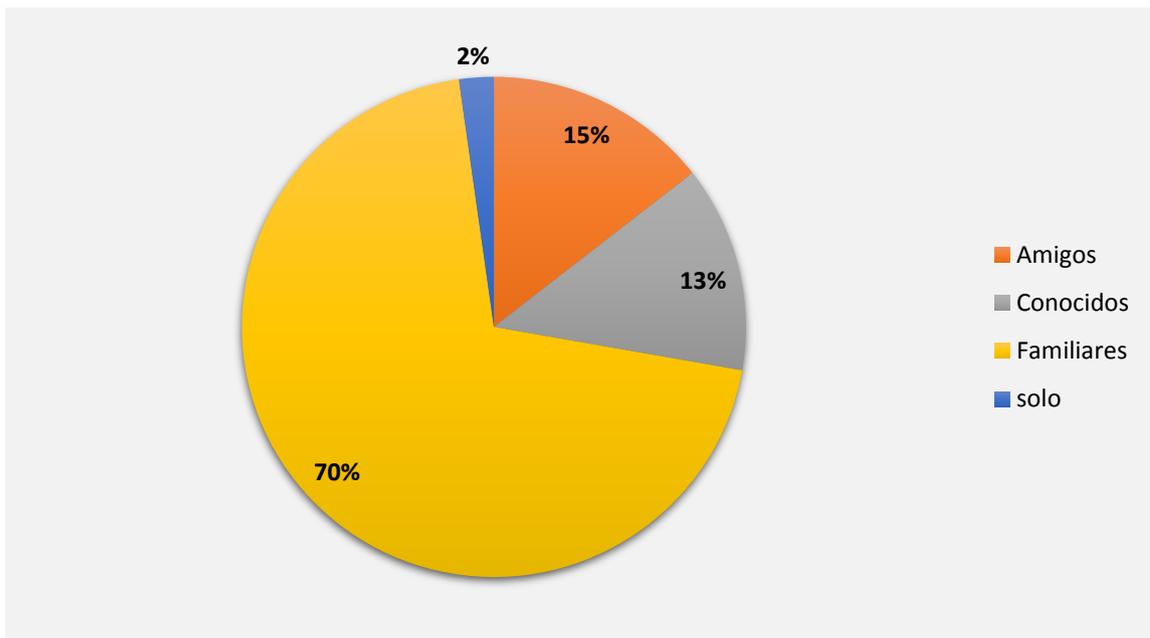
*Fuente: Elaboración propia, 2016.*

El 41% de los encuestados residen en el municipio de Medellín, un 34% en Bello, el 8% en el Municipio de Itagüí, el 7% en Copacabana, un 4% en Girardota, un 2% residen en Sabaneta, un 1% viven en Rio Negro, otro 1% en San Antonio de Prado, un 1% en Cañas Gordas y finalmente, un 1% en Envigado.

Es decir, que mayoritariamente los estudiantes encuestados residen en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

#### 10.1.8 Hogar

**Grafica 8.** *Porcentaje de estudiantes según las personas con las cuales convive actualmente.*



*Fuente: Elaboración propia, 2016.*

Un 70% de los estudiantes encuestados actualmente viven con familiares ya sean padres, hermanos, tíos, abuelos o primos, el otro 15% viven con amigos, un 13% viven con conocidos y por últimos un 2% viven solos.

Teniendo en cuenta este gráfico podríamos decir que el primer contexto de socialización de los estudiantes son sus familias y por lo tanto es allí donde empiezan a conocer los temas referidos a los comportamientos sexuales y los factores de protección.

#### 10.1.9 Síntesis General

La mayor parte de los estudiantes encuestados durante la realización de estas entrevistas fueron mujeres, las cuales además eran mayoritariamente heterosexuales. Sin embargo, también había presencia de mujeres homosexuales, las cuales eran menores en número con respecto a los de los varones. De igual manera sucede con los bisexuales quienes eran de sexo masculino.

Estos datos evidencian que en la Corporación Universitaria Minuto de Dios- UNIMINUTO, Sede Bello, existe una diversidad sexual dentro de sus estudiantes que ha

de ser tenida en cuenta para el diseño y ejecución de programas destinados a la comunidad universitaria.

Por su parte, más del 80% de los estudiantes encuestados eran solteros y en muy baja proporción casados o viviendo en unión libre. Esto se puede deber a que todos ellos tenían edades promedio de 21 años, etapa del ciclo vital en la cual se emprenden los estudios universitarios. Aquellos que se encontraban casados superaban los 26 años de edad.

Frente al estrato socioeconómico de los estudiantes el 88% de estos hacen parte de los estratos 2 y 3 y residen en su mayor parte en los municipios de Medellín y Bello, es decir del Área Metropolitana del Valle de Aburrá.

Por otra parte, el 97% de aquellas personas encuestadas hacen parte de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de UNIMINUTO, siendo mayoritariamente estudiantes de trabajo social y psicología, seguidos por aquellos que estudian comunicación social y periodismo.

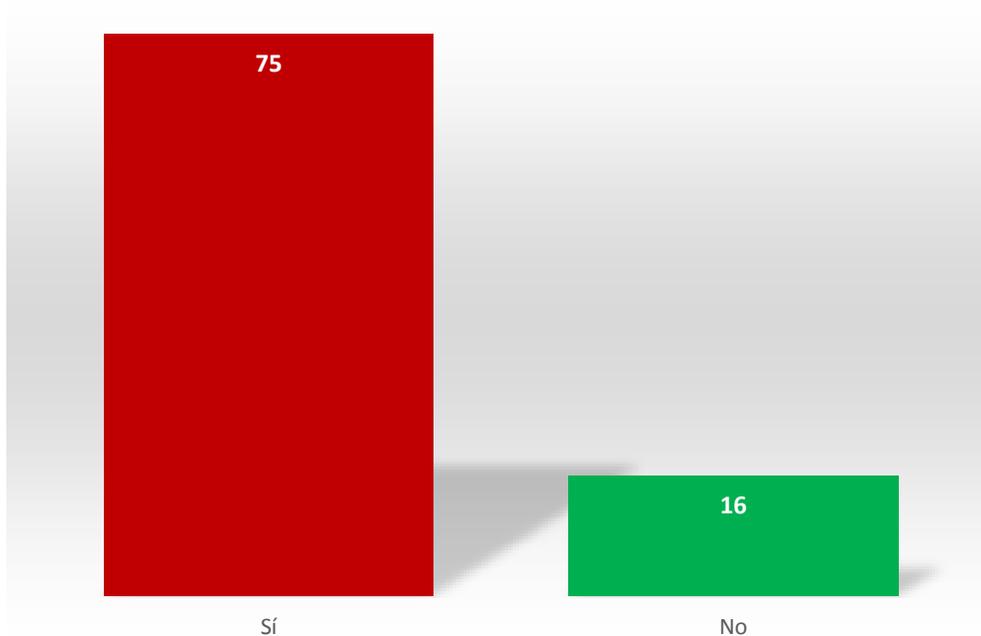
Finalmente, el 70% de los estudiantes conviven en sus hogares con sus familiares y un 15% viven con amigos, siendo estos los contextos en los cuales los universitarios desarrollan sus vidas sociales y sexuales.

## **10.2 Estilos de Vida**

Los estilos de vida se definen como “un estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular cosmovisión o concepción del mundo —poco menos que una ideología: aunque sea esa a veces la intención del que aplica la expresión, cuando se extiende a la totalidad de la cultura y el arte—, como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo —nacional, regional, local, generacional, de clase, subcultural, etc.—, expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, sexo, alimentación, ropa, etc.)” (Padilla y Gaffal, 2013)

### 10.2.1 Consumo de Alcohol

**Gráfica 9.** *Número de estudiantes encuestados según consumo de alcohol en el último mes*



*Fuente: elaboración propia, 2016.*

El 75% de los jóvenes encuestados consumió alcohol en el último mes y el 16% de la población no lo hizo. Generalmente, los estudiantes que consumen algún tipo de bebida alcohólica prefieren la cerveza con un 45%, le sigue el aguardiente con el 42%, un 10% prefiere el ron y solo un 3% manifiesta consumir vodka.

Al preguntar a los jóvenes ¿Si en algún momento ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol nos podría decir sus razones o motivaciones?, estos manifestaron que:

*“Pues porque esa persona lo quiere hacer, ya que cuando uno está tomado se vuelve cariño y en ese cariño llega el hacer el amor” 18-V-18*

*“Casi siempre que se me presenta la oportunidad de tener sexo, es cuando estoy de fiesta, por ende, siempre estoy bajo los efectos del alcohol.” 30-V-23*

*“No hay una motivación como decir que el alcohol me motiva a tener relaciones sexuales. Han pasado ocasiones que coincide con un trago en salidas de pareja” 32-M-26*

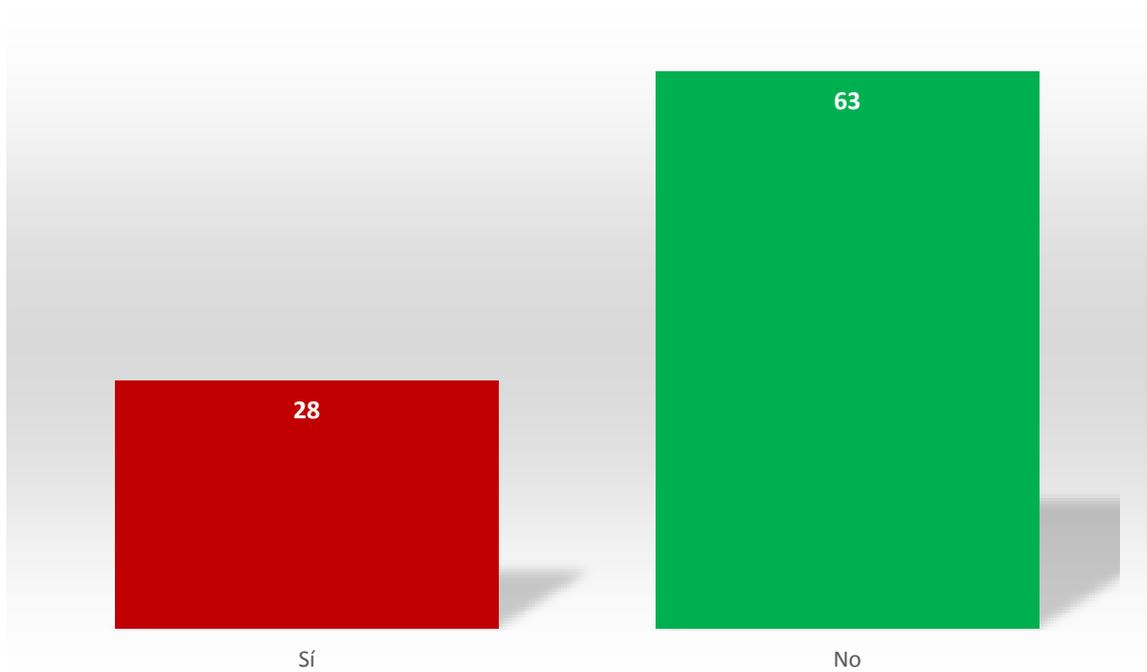
*“Unas de las principales causas es el efecto de tranquilidad que causa el alcohol” 86-V-23*

Todos estos jóvenes, tanto varones como mujeres, en sus respuestas dejan ver que el alcohol está presente durante las relaciones sexuales, lo que puede ocasionar prácticas de riesgo al no tener la lucidez necesaria para tomar medidas de protección o caer en prácticas sexuales no deseadas.

Según el estudio realizado por *Alexandra Morales en la Universidad Miguel Hernández* los adolescentes que combinaron sexo y alcohol se implicaron en mayor medida en sexo vaginal, oral y anal respecto a los que no lo hicieron. Asimismo, haber mantenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol se relacionó con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados

#### 10.2.2 Consumo de Sustancias Psicoactivas

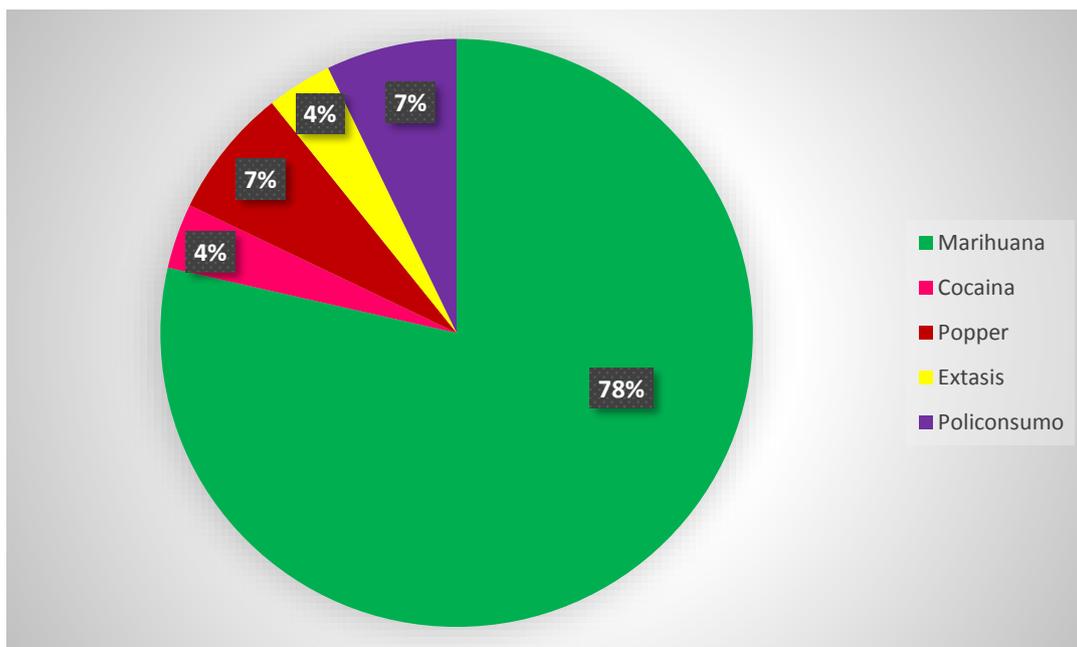
**Gráfica10.** *Número de estudiantes encuestados según consumo de SPA en el último mes.*



*Fuente: elaboración propia, 2016.*

El 28 de los estudiantes encuestados en UNIMINUTO, Sede Bello consumió sustancias psicoactivas en el último mes, frente al 63 estudiantes que manifestaron no consumir sustancias psicoactivas.

**Gráfica 11.** *Distribución porcentual de las SPA más utilizadas por el estudiante que reportan su consumo en el último mes.*

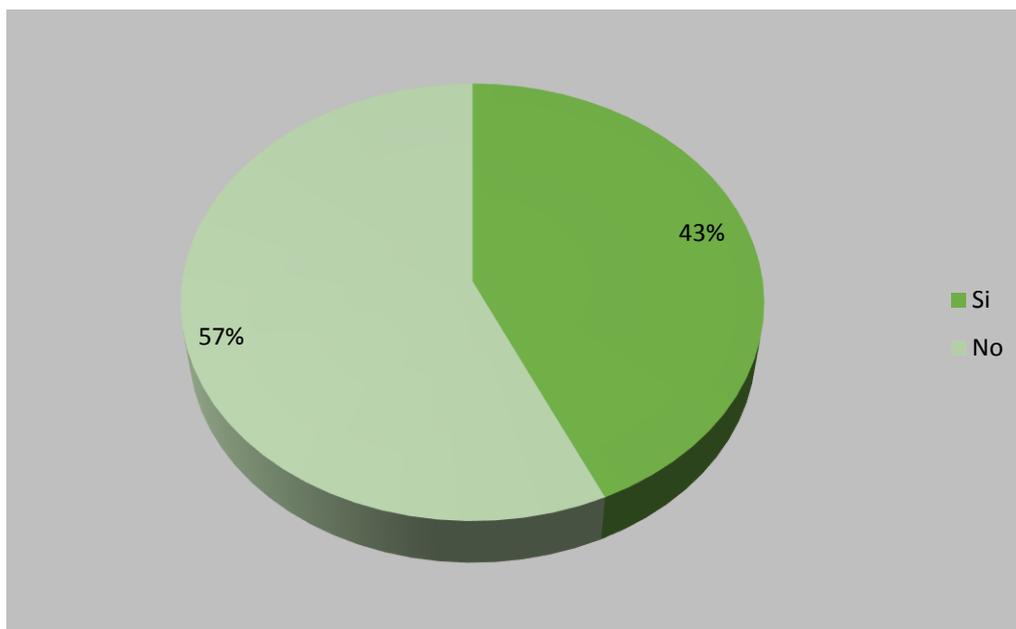


*Fuente: elaboración propia, 2016.*

De los 28 estudiantes encuestados que habían consumidos sustancias psicoactivas en el último mes, el 78% consumió marihuana, el 7% Popper (nitritos inhalados) e igual porcentaje son poli consumidores, es decir consumieron dos o más sustancias psicoactivas durante este lapso de tiempo. Finalmente, el 4% manifiesta haber consumido cocaína e igual porcentaje éxtasis.

### 10.2.3Prácticas Sexuales

**Grafica 12.** *Porcentaje de estudiantes con pareja estable.*



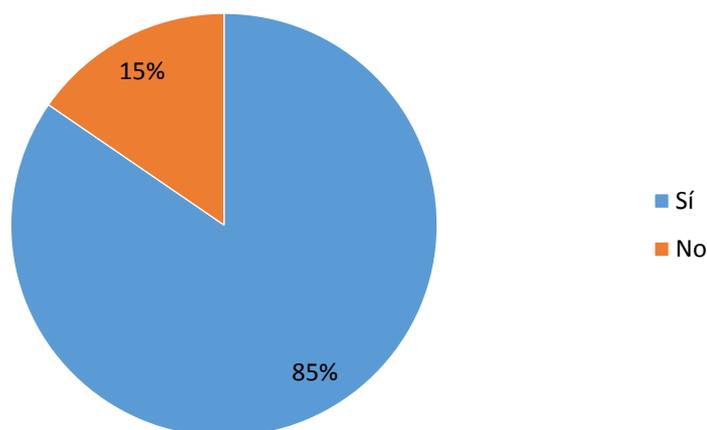
*Fuente: Elaboración propia, 2016.*

De la gráfica anterior se puede concluir que el 57% de los jóvenes encuestados no tienen una pareja estable frente al 43% que manifiestan tener una pareja estable.

Ambos valores son muy cercanos teniendo en cuenta la edad de los encuestados, contradiciendo lo que comúnmente se piensa frente a la población joven, pues se supone que estos no establecen vínculos afectivos y sexuales estables.

#### 10.2.4 Vida Sexual

**Grafica 13.** Porcentaje de estudiantes que han tenido relaciones sexuales en el último mes



*Fuente: elaboración propia, 2016.*

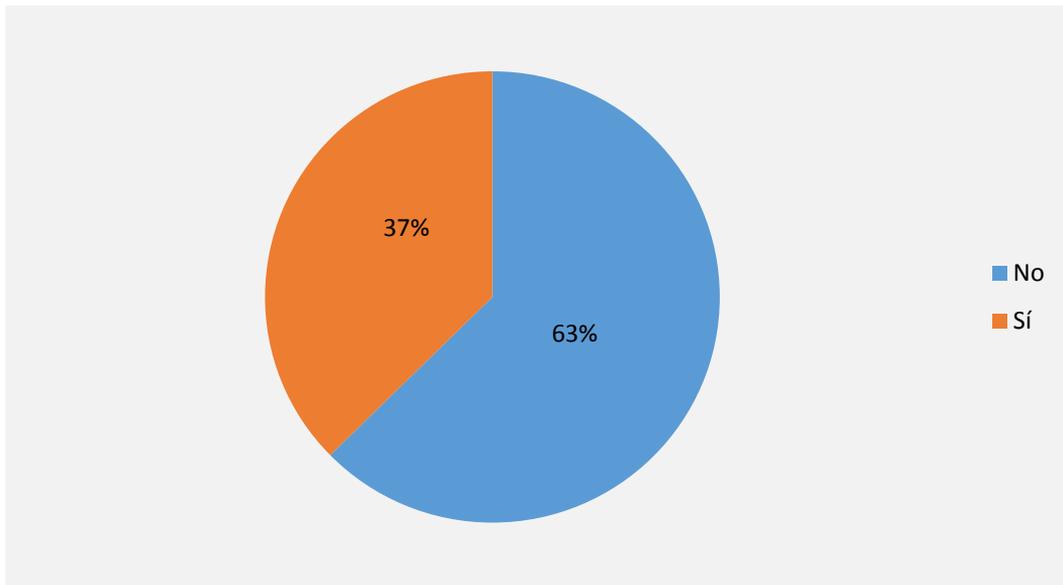
El 85% de los estudiantes encuestados han tenido relaciones sexuales en el último mes y solo el 15% no lo hicieron. Este último dato, no significa que no tengan una vida sexual activa, sino que en el lapso de un mes contado antes de diligenciar la encuesta no habían tenido relaciones sexuales.

Por tanto, se puede decir que mayoritariamente los estudiantes universitarios tienen una vida sexual activa.

Finalmente, aquellos que manifiestan que no han tenido relaciones sexuales en el último mes son exclusivamente mujeres, esto se debe posiblemente a que se encuestaron más mujeres que hombres.

#### 10.2.5 Utilización del condón

**Grafica 14.** *Porcentaje de estudiantes encuestados que utilizan condón en todas sus relaciones sexuales.*



*Fuente: Elaboración propia, 2016.*

El 63% de los estudiantes encuestados manifiestan que no utilizan el condón en todas sus relaciones sexuales, frente a un 37% que aseguran que sí lo hacen.

Es decir, que más de la mitad de los encuestados por lo menos en una de sus relaciones sexuales no ha utilizado el condón, lo cual se convierte en una conducta de riesgo ya que pueden haber adquirido algún tipo de infección de transmisión sexual o estar expuestos a un embarazo no deseado en el caso de las mujeres que no utilizan otro método anticonceptivo.

Frente a la pregunta realizada a los estudiantes sobre los motivos para no utilizar el condón en todas sus relaciones sexuales algunos manifestaron que:

*“Es la única pareja y no he tomado la medida tal vez por la estabilidad y la confianza en cuanto a temas como estos riesgos del estar con otras personas y confianza en las relaciones sexuales” 22-M-18*

En este caso la estudiante dice que no utiliza el condón por la confianza que tiene en la pareja, sin embargo, el hecho de tener una pareja sexual estable no asegura que las personas no se encuentren expuestas a alguna ITS o al VIH.

Algunos autores han estudiado este tipo de percepciones que han denominado falsa percepción de confianza hacia la pareja<sup>3</sup>: es decir, “la creencia que se produce cuando uno del miembro de la pareja es un individuo que genera confianza por factores no relacionados con la conducta social que determina las siguientes posibilidades”:

- Falsa percepción de confianza como facilitador del riesgo: es cuando los adolescentes no se protegen ante personas conocidas, con las que se ha generado confianza.
- La percepción de confianza no condiciona el riesgo: es cuando el adolescente se protege ante personas a las que no conocía previamente.

Sin embargo, también existen estudiantes que han cambiado esta falsa percepción de confianza por una duda sobre las posibles consecuencias de la no utilización del condón:

*“Porque ha sido con parejas estables por largos periodos, claro que ahora lo pienso y por más estable que sea es mejor la seguridad y la protección así que no lo he hecho por descuido e inconsciencia conmigo misma” 32-M-26*

Sin embargo, la palabra confianza o pareja estable aparece muy vinculada a la no utilización de condones lo cual se convierte en una conducta de riesgo para los jóvenes, ya sea para un embarazo no deseado o para adquirir alguna ITS o el VIH.

Además se encuentra otro tipo de estudiantes que asocian las ITS o el VIH con las múltiples parejas sexuales más que con las prácticas de riesgo.

*“Busco que con la mujer que planifique para evitar una ITS y selecciono en no meterme cono mujer promiscuas en sus relaciones” 55-V-25*

Esta información nos lleva a pensar que “la falta de información para protegerse de las ITS y la actividad sexual indiscriminada y sin protección que suelen tener los adolescentes y jóvenes, son los factores y conductas de riesgo más frecuentes en la adquisición de estas enfermedades, que afectan sobre todo a la población comprendida entre los 15 y los 24 años, y que constituyen un verdadero problema de salud en estas edades, al cual se añade el

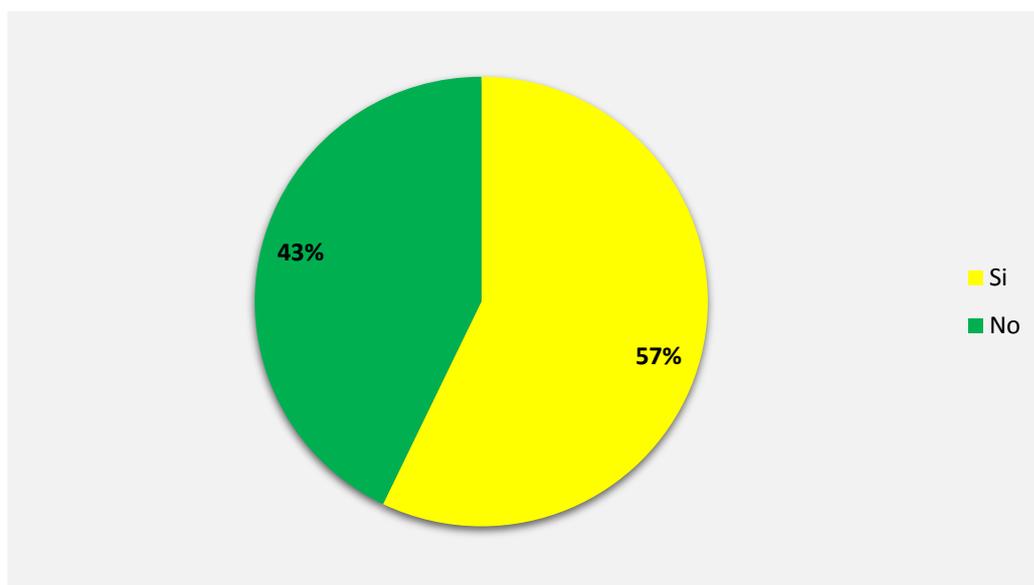
---

<sup>3</sup>Fuente: <http://www.eumed.net/rev/ced/21/ybg.htm>

riesgo a la salud del embarazo precoz si se trata del sexo femenino, y la frustración social que trae para la adolescente o la joven que generalmente se ve impedida de concluir su proyecto de vida” (García, et al., 2006, pp 1,2).

#### 10.2.6 Utilización de métodos anticonceptivos

**Grafica 15.** Porcentaje de estudiantes que utilizan algún método anticonceptivo



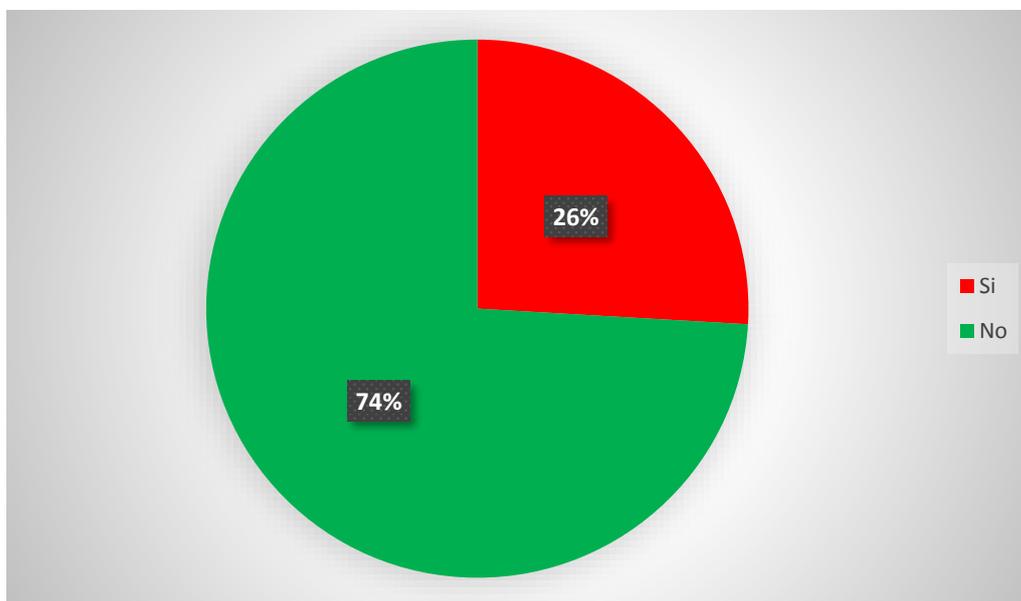
*Fuente: elaboración propia, 2016.*

Un 57% de la población encuestada utiliza algún método anticonceptivo ya sean pastillas, inyecciones, el dispositivo o los condones, frente a un 43% que no utiliza ningún método anticonceptivo.

Sin embargo, mayoritariamente son las mujeres quienes manifiestan utilizar métodos anticonceptivos frente a los hombres quienes no los utilizan. Esto puede deberse a la idea de que son las mujeres quienes deben cuidarse de un embarazo y que es su responsabilidad, mientras que los hombres no comparten dicha responsabilidad.

## 10.2.7 Utilización de SPA en el sexo

**Gráfica 16.** *Porcentaje de estudiantes encuestados que manifiestan haber tenido relaciones sexuales mientras utiliza sustancias psicoactivas.*



*Fuente: elaboración propia, 2016.*

El 26% de los estudiantes encuestados manifiestan haber tenido relaciones sexuales por lo menos una vez mientras utilizaban algún tipo de sustancia psicoactiva. Siendo esta una de las conductas de riesgo que más se presenta dentro de los jóvenes universitarios.

Si analizamos este dato por sexo, vemos que 10 varones reportan haber tenido relaciones sexuales mientras usaban SPA frente a 11 mujeres. Esto quiere decir que el uso de SPA no tiene ningún tipo de condicionamiento vinculado al sexo, caso contrario de lo que sucede con los métodos anticonceptivos.

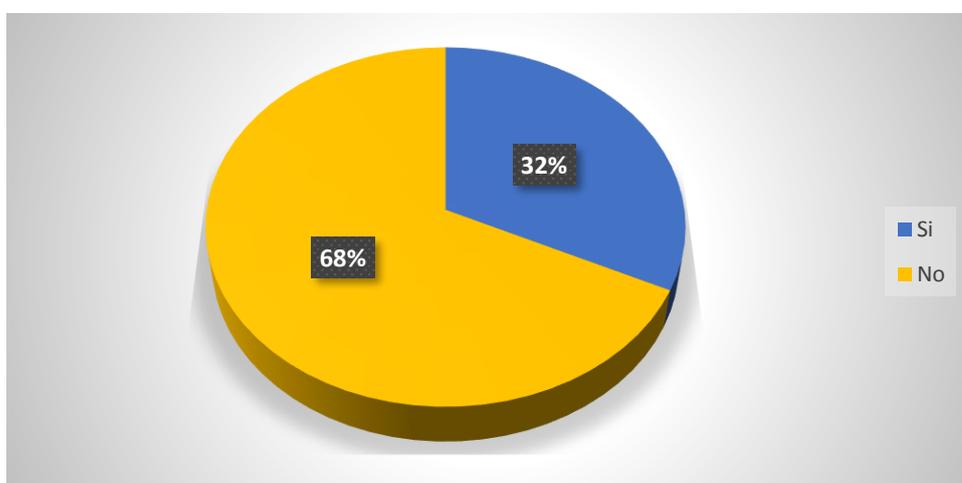
En cuanto a las razones por las cuales los jóvenes consumen SPA mientras tiene relaciones sexuales algunos dicen:

*“Solo por placer extremo. Porque con el popper el placer es muy buen” 31-V-23*

La mayor parte de aquellos que utilizan los SPA durante las relaciones sexuales han dicho que lo hacen motivados por el deseo a experimentar y a descubrir cambios nuevos. Otros dicen que la sensación es mejor y les gusta lo que se siente.

#### 10.2.8 Parejas sexuales ocasionales

**Grafica 17.** *Porcentaje estudiantes entrevistados que manifiestan haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en el último mes.*



*Fuente: Elaboración propia, 2016.*

Un 32% de los estudiantes encuestados manifiestan haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en el último mes, con relación a la fecha de realización de la encuesta. Por su parte, un 68% dice que no tuvo un encuentro sexual de este tipo.

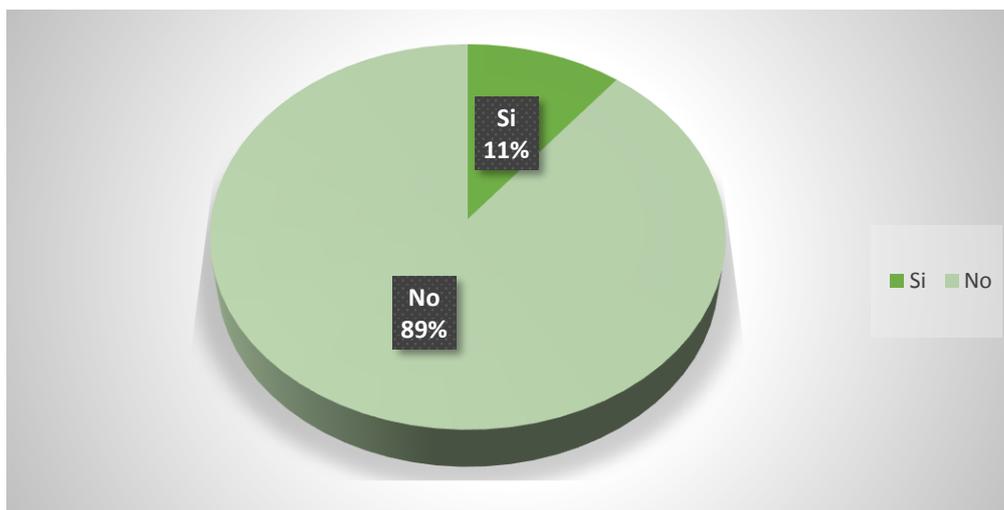
Por sexos, 13 mujeres reportan haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en el último mes anterior a la realización de la encuesta frente a 23 hombres, casi el doble con relación a las mujeres. Esto se puede deber a las fuertes presiones sociales que se ejercen sobre los varones referidos a demostrar constantemente su masculinidad y virilidad al tener múltiples parejas sexuales. Dichas presiones pueden provenir de sus amigos o del medio social en el cual desarrollan sus vidas que generalmente es machista.

### 10.3 Salud Sexual y Reproductiva

Según el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.

#### 10.3.1 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

**Grafica 18.** *Porcentaje de personas encuestadas que han sido diagnosticadas de alguna ITS.*



Fuente: Elaboración propia, 2016.

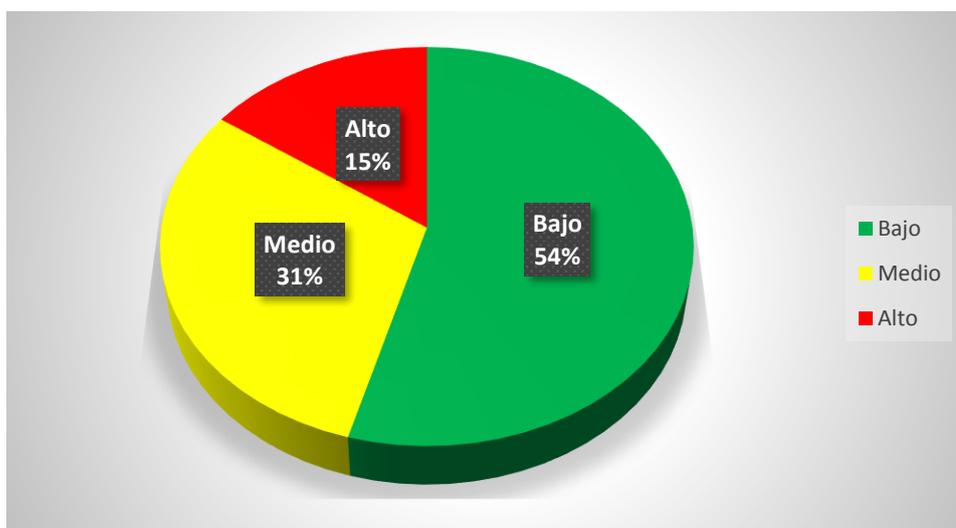
Frente a la pregunta de si había sido diagnosticado alguna vez de alguna infección de transmisión sexual, el 11% fue diagnosticado en algún momento de su vida de una ITS, frente al 89% que nunca ha sido diagnosticado o ha sufrido una ITS.

Por sexos, han sido diagnosticadas de alguna ITS 5 mujeres frente a 4 varones, aunque pareciera una relación muy similar entre ambos sexos no lo es. Esto se debe a que fueron

entrevistadas más mujeres que hombres, así 12,5% de los varones han sido diagnosticado de alguna ITS frente al 8% de las mujeres, es decir un 4% menos que los hombres.

### 10.3.2 Percepción del riesgo frente a las ITS

**Gráfica 19.** Porcentaje de estudiantes según su percepción del riesgo propio de contraer una ITS.

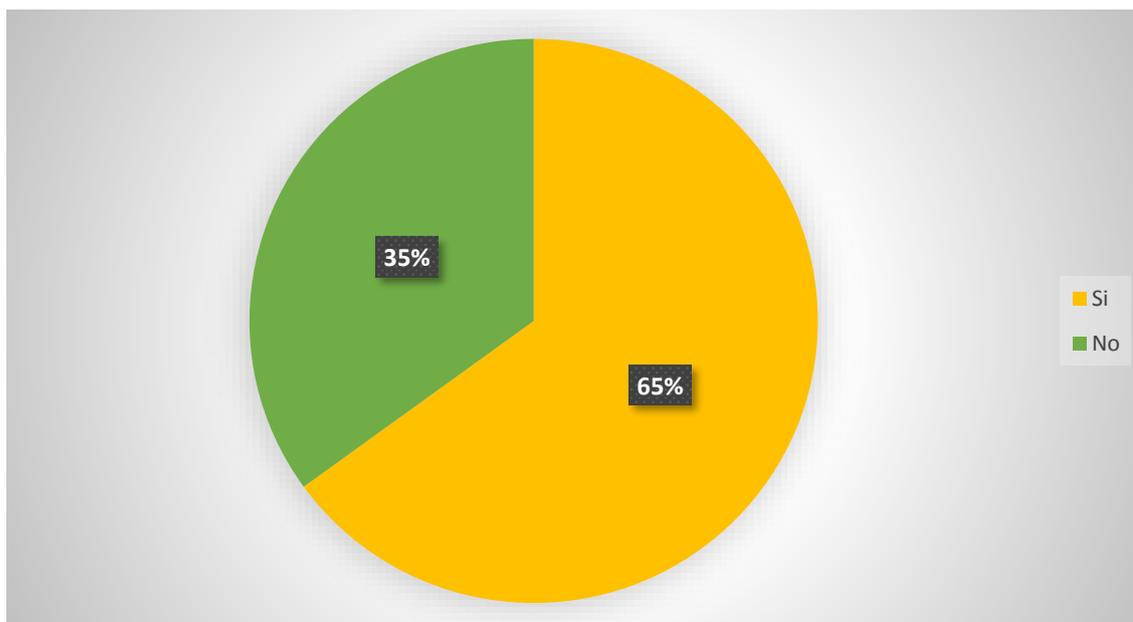


*Fuente: Elaboración propia, 2016.*

Un 54% considera bajo su propio riesgo de contraer alguna ITS, un 31% de la población encuestada supone que su riesgo es medio y solo un 15% considera que este riesgo es alto.

Si se comparan estos datos con aquellos referidos a la utilización del condón en todas sus prácticas sexuales o la utilización de SPA durante las relaciones sexuales deberíamos haber obtenido mayores resultados en las percepciones de riesgo medio y alto, sin embargo no sucede así.

**Gráfica 20.** Porcentaje de estudiantes encuestados con respuestas positivas o negativas frente a la cuestión ¿Ha tenido usted miedo de haberse podido infectar de alguna ITS?



*Fuente: Elaboración propia, 2016.*

De la gráfica anterior se puede concluir que el 65% de la población encuestada ha tenido miedo de haberse podido infectar de una ITS y el 35% manifestó no haber sentido tal miedo.

Sin embargo, cuando se pregunta directamente si la persona ha tenido miedo de haberse infectado de alguna ITS la valoración cambia, ya que mayoritariamente los encuestados dicen que si han tenido miedo de haberse infectado y solo el 35% dice que no.

Estas respuestas se acercarán más a la realidad de los resultados obtenidos en las preguntas referidas a la utilización del condón, la utilización de SPA durante las relaciones sexuales o a las múltiples parejas sexuales.

La percepción del riesgo frente a las ITS y el VIH según lo que manifiestan los encuestados tiene que ver con la sensación de protección que tienen de su pareja y además con el hecho de utilizar el condón.

*“Por la estabilidad de mi vida sexual, sin embargo, no descarto que mi pareja podría tener relaciones sexuales con otra pareja y llegar hacer contagiado por alguna enfermedad de transmisión sexual.” 3-M-20*

Además, se ven como existen acuerdos entre la pareja que disminuye la percepción del riesgo:

*“Porque nosotros nos hacemos examen y nos cuidamos mucho” 18-V-18*

Finalmente, están aquellas personas que tiene claro que de no utilizar los medios de protección adecuadamente pueden verse infectados con alguna ITS, el VIH o un embarazo no deseado, aun teniendo una pareja estable:

*“Porque sé que el ser inestable con la pareja y no cuidarse trae consecuencias como enfermedades o la muerte” 26-M-26*

*“Porque trato de tener parejas estables, y las pocas que he tenido ocasionales siempre han sido con métodos de protección de barrera, es decir, el condón.” 32-M-26*

*“Porque mi pareja puede contagiar me en algún momento, yo soy fiel pero no de si él lo sea en algún momento puede que sea infiel” 50-M-25*

*“No soy promiscuo, y siempre me protejo cuando voy a tener relaciones sexuales” 72-V-21*

### 10.3.3 Información sobre salud sexual y reproductiva

Frente a la cuestión: ¿Cuándo requiere información sobre sexualidad a quien recurre y Por qué?, encontramos respuestas tales como:

*“Cuando decidí iniciar mi vida sexual, recurrí al programa de promoción y prevención de mi EPS (Cooameva) en la cual una enfermera jefa me atendió y aclaro todas mis dudas sobre la sexualidad, a partir de sus consejos escogí mi método de planificación. Desde ese día recurro a mi EPS cada año para realizarme la citología y evaluar mi método de planificación.*

*Decidí recurrir a la EPS porque me mostraron confianza y seguridad, y como segundo todos los gastos de mi planificación son gratuitos gracias a mi EPS.” 3-M-20*

En este caso por ejemplo, la entrevistada recurre a un centro médico en el cual le brindan toda la asesoría necesaria frente a los temas de salud sexual y reproductiva, sin embargo esta es la única respuesta de este tipo que se encuentra entre las 91 encuestas.

La mayor parte de los encuestados recurren a sus amigos o al internet cuando quieren solucionar alguna duda referida a su vida sexual, así como lo menciona esta joven:

*“Internet, por la facilidad accesibilidad y rapidez; en caso de ser algo más urgente, un centro de atención médica o una cita médica general.” 23-M-19*

Si bien, en este caso se hace evidente que el internet es el medio más fácil y rápido para obtener información, sin embargo la persona encuestada deja en claro que para asuntos más complejos recurrirían al médico.

De manera general, los encuestados manifestaron que en el caso de necesitar información sobre salud sexual y reproductiva recurrirían al internet y a los amigos. En esta respuesta no hubo diferencias significativas entre varones y mujeres.

## **10.4 Conductas de riesgo y protección**

### 10.4.1 Conductas de riesgo

Se entienden las conductas de riesgo como aquellas decisiones que implican la probabilidad de la presencia de una o más características o factores que puedan incrementar la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros.

Frente a estas conductas de riesgo se pudieron identificar varias entre las respuestas que ofrecieron los encuestados, las más importantes son:

1. Uso discontinuo e inadecuado del condón.

Esta es una de las conductas de riesgo que se presenta con mayor frecuencia entre los jóvenes universitarios entrevistados, ya que por lo menos en algún momento estos habían

optado por no utilizar el condón con sus parejas sexuales. Dicha decisión la habían tomado porque consideraban que la persona con la que iban a tener relaciones sexuales no representaba un peligro, en otras palabras porque le tenían confianza o sentían amor frente a esta persona. Sin embargo, esta clase de sentimientos no impide que las personas se puedan infectar de alguna ITS o el VIH/Sida.

Frente a la cuestión: ¿Si no utiliza el condón en todas sus relaciones sexuales nos podría decir las causas o motivaciones para no hacerlo?

*“Es la única pareja y no he tomado la medida tal vez por la estabilidad confianza en cuanto a temas como estos riesgos del estar con otras personas y confianza en las relaciones sexuales” 22-M-18*

*“Porque ha sido con parejas estables por largos periodos, claro que ahora lo pienso y por más estable que sea es mejor la seguridad y la protección así que no lo he hecho por descuido e inconsciencia conmigo misma” 32-M-26*

En estos casos vemos como el uso del condón está condicionado por la fidelidad y la confianza en la pareja, por tanto, se pueden asumir riesgos si no se tiene una certeza sobre el estado serológico de la pareja basados en pruebas médicas y solo utilizando la confianza como factor de decisión.

## 2. Utilizar SPA durante las relaciones sexuales

Aunque el consumo de SPA durante las relaciones sexuales de los jóvenes entrevistados no es generalizado, si existe un grupo que manifiestan su utilización, especialmente del alcohol, la marihuana y el Popper. Esta situación conduce a que la persona no pueda tomar decisiones de manera adecuada y por lo tanto, se ve envuelta en una situación de vulnerabilidad. Pues bajo los efectos de los SPA se pierde la capacidad de juicio y la toma de decisiones asertivas y si el joven se encuentra en una situación de sexo es muy posible que no tome las precauciones necesarias para evitar una ITS, la infección por VIH o un embarazo no deseado.

Los efectos de las diferentes SPA sobre el deseo y el acto sexual han sido estudiados a fondo por varios autores tal y como se mencionó anteriormente. El alcohol es la sustancia más consumida y la que más influye en la conducta sexual, y es usada para reforzar la confianza y rebajar las inhibiciones. Durante la investigación se le pregunto a los estudiantes universitarios: ¿Si en algún momento ha tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol nos podría decir sus razones o motivaciones?, encontrando respuestas tales como:

*“Pues porque esa persona lo quiere hacer, ya que cuando uno está tomado se vuelve cariño y en ese cariño llega el hacer el amor.” 18-V-18*

*“Casi siempre que se me presenta la oportunidad de tener sexo, es cuando estoy de fiesta, por ende, siempre estoy bajo los efectos del alcohol.” 30-V-23*

*“No hay una motivación como decir que el alcohol me motiva a tener relaciones sexuales. Han pasado ocasiones que coincide con un trago en salidas de pareja.” 32-M-26*

*“unas de las principales causas es el efecto de tranquilidad que causa el alcohol.” 86-V-23*

Estos estudiantes además manifestaron que lo hacen por “placer”, porque se dejan “llevar por el momento” o simplemente por el hecho de que bajo influencias del alcohol “sienten más en la penetración.”. Es decir, que vinculan el uso de las SPA con el aumento del placer durante las relaciones sexuales.

Por otra parte, cuando se hace mención a SPA diferentes a alcohol, los encuestados dicen que la marihuana es utilizada para facilitar el inicio de la relación sexual, desinhibirse y aumentar la excitación; igualmente, la cocaína y el *popper* son usados para buscar mayor placer y prolongar la relación íntima. De igual manera, el éxtasis es considerada por algunos como la droga del amor, siendo muy usada, por ello, en las prácticas sexuales. De los 91 encuestados, el 26% ha consumido sustancias psicoactivas al tener relaciones sexuales y lo hace por “placer” o “por experimentar.”

### 3. Utilización de los métodos de planificación como único método de barrera

Para algunas de las y los entrevistados existe una mayor preocupación frente a un embarazo no deseado que frente a las ITS o el VIH/Sida. Por lo tanto, cuando la mujer planifica se crea un falso sentimiento de protección en la pareja, ya que la OMS recomienda que además de los métodos de planificación utilizados por la mujer el hombre siempre utilice el condón, así disminuyen la posibilidad de riesgo.

*“Busco que con la mujer que este planifique para evitar una ITS y selecciono en no meterme como mujer promiscuas en sus relaciones” 55-V-25*

En esta entrevista aparece además un factor determinando por el machismo imperante en nuestra sociedad, la mujer es quien asume la responsabilidad de la protección en la pareja y no el hombre. Cuando la responsabilidad debería ser compartida.

### 4. Medios de información sobre salud sexual y reproductiva

Si bien es cierto que algunos de los encuestados recurren a fuentes de confianza cuando tienen dudas sobre la salud sexual, también lo es que muchos prefieren consultar en internet o a sus amigos, posiblemente por vergüenza. Esta situación podría originar otra conducta de riesgo para los jóvenes al acceder a información imprecisa sobre infecciones, tratamientos o alguna otra situación que pudiera afectar su salud.

#### 10.421 Conductas de protección

Existen distintos métodos de protección de un posible embarazo o de una infección de transmisión sexual (ITS), las más utilizadas por los estudiantes encuestados fueron la utilización del condón y los métodos anticonceptivos.

Si bien, muchos estudiantes utilizan condones la utilización no es constante como ya se mencionó, por lo tanto se hace necesario intervenir sobre este aspecto. Vale la pena mencionar que los estudiantes conocen los riesgos que asumen cuando no utilizan un método de barrera y están conscientes de la importancia para su salud.

## **10.5 Padres y Amigos frente a la sexualidad**

### 10.5.1 Los padres y la sexualidad

Cuando se indago a los estudiantes sobre si estos tenían suficiente confianza con sus padres para hablar sobre la sexualidad las respuestas fueron muy variadas, desde aquellos que hablaban abiertamente del tema, hasta quienes dicen que sus padres son muy cerrados frente al tema. En el primero de los casos este joven dice:

*“A mi padre, porque el mejor buen consejo lo dan los padres que siempre quieren lo mejor para sus hijos” 18-V-18*

En el caso contrario una estudiante afirma:

*“No, debido a que son personas demasiado conservadoras y poco abiertas en el tema, nunca he tenido la suficiente confianza para hablar con ellos del tema” 3-M-20*

Otros estudiantes hacen evidente cosas como:

*“Si porque a pesar de sus costumbres o prácticas culturales se van adaptando a los nuevos estilos de vida” 13-M-25*

*“Si creo que son personas que han estado siempre acompañándome por tanto me siento con plena confianza para dialogar mis temas con ellos en gran medida” 22-M-18*

*“Si, porque mi madre es una persona que me inspira confianza, el lazo que tenemos es estrecho y me permite hablar del tema sin juzgar, con palabras y actitudes de escucha abierta y razonables.” 32-M-26*

Estos tres testimonios permiten ver como la familia y en especial los padres se van adaptando a los cambios sociales y culturales permitiéndoles una mayor comunicación con sus hijos y por lo tanto mayor confianza entre ellos para hablar sobre temas como la sexualidad.

Sn embargo, en otros casos la comunicación de padres e hijos es muy complicada y esto hace casi imposible que puedan hablar sobre la sexualidad, un estudiante afirma:

*“No, Porque no me gusta preguntarles a mis padres debido y la vida sexual que llevo y porque tengo poca comunicación con ellos en cuanto mi privacidad.” 30-V-23*

Todo esto nos lleva a reafirman lo que plantea el psicólogo-sexólogo José Ricardo Bateman: "los padres deben abrir un canal de comunicación con sus hijos desde temprana edad, para que cuando llegue el momento de hablar de la parte coital el canal esté abierto. Siempre se debe hablar, pero con conocimiento"<sup>4</sup>.

Pero además, Bateman sostiene que “una de las principales trabas a la hora de hablar sobre sexualidad es que los padres no saben de qué hablarles a sus hijos, porque ellos mismos no conocen el tema a profundidad. Los padres deben capacitarse y saber cómo ir transmitiendo la información a sus hijos a medida que van creciendo<sup>5</sup>”

### 10.5.2 Los amigos y la sexualidad

---

<sup>4</sup> Fuente: <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/familia/1597/article-85779.html>

<sup>5</sup> Fuente: <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/familia/1597/article-85779.html>

En cuanto a la influencia de los amigos en la sexualidad, los entrevistados manifestaron que:

*“No, debido a que siempre tomo mis propias decisiones, sin la consulta de mis amigas, y respecto a mi pareja, nunca me obliga hacer cosas que yo no quiera, siempre toma en cuenta mi apreciación o decisión.” 3-M-20*

*“No. Porque la decisión de las parejas radica en mi propia decisión” 21-V-23*

*“No, la sexualidad es algo personal e intransferible nadie puede vivirla por ti, ni influir en ella, son decisiones autóctonas.” 23-M-19*

*“No, porque soy una personas autónoma y segura, la verdad nunca me ha importado la aprobación de los demás. Las decisiones son primero pensando en mi bienestar.” 32-M-26*

Aquello que dicen que no influyen lo hacen bajo la convicción de que son autónomos para decidir sobre su cuerpo y sus actos y por lo tanto los amigos no podrían influir en estas decisiones. Sin embargo hay quienes manifiestan que sí influyen:

*“Si, por la curiosidad” 9-M-21*

*“Si, puesto que según los consejos uno cambia de comportamiento” 15-M-22*

*“Sí, Porque uno quiere adquirir conocimientos y practica lo que los demás comparten de su vida íntima” 50-M-25*

Estos últimos dicen que las experiencias de sus amigos les sirven para adquirir mayores conocimientos frente al tema de la sexualidad. Además, coinciden con aquellos que consultan la información sobre salud sexual y reproductiva exclusivamente con sus amigos. Esto podría conducir a que accedan a prácticas sexuales de riesgo o que adquieran información poco precisa sobre la salud sexual y reproductiva.

## **11. Conclusiones**

- Aunque los jóvenes universitarios tanto hombres como mujeres tienen el conocimiento sobre las ITS y el VIH/Sida aún siguen asumiendo conductas de

riego ya que no utilizan el condón en todas sus relaciones sexuales, motivados por factores tales como la confianza o la fidelidad, que no puede ser considerada como una forma de prevenir estas infecciones sino se cuenta con una prueba médica que asegure que la pareja está sana.

- La utilización de las sustancias psicoactivas durante las relaciones sexuales se convierte en un aspecto a investigar de forma más profunda, debido a que las implicaciones para la salud de los jóvenes universitarios puede ser considerable, teniendo en cuenta que el 26% de los encuestados han utilizado estas sustancias mientras mantenían prácticas sexuales.
- El alcohol es la sustancia psicoactiva legal más consumida por los estudiantes y la cual tiene implicaciones directas sobre la salud de los jóvenes, no solo cuando interviene en las prácticas sexuales, sino además en todos los ámbitos de sus vida, ya sean el académico, laboral, familiar, entre otros.
- Los padres y la familia se convierten en el primer escenario de conocimiento para los jóvenes sobre la sexualidad, por lo tanto es necesario capacitar y sensibilizar a los padres y madres para que puedan hablar de forma apropiada, sincera y sin tabúes con sus hijos sobre este aspecto fundamental de la vida.
- Los estudiantes acuden al internet para consultar información sobre sexualidad, incluyendo temas de salud como el VIH y las ITS, por lo tanto será necesario brindarles a estos páginas web que tengan información precisa y veraz sobre el tema, evitando que acudan a chats o páginas que sólo pueden confundirlos o darles indicaciones erradas que puedan afectar sus vidas.

- La sexualidad es un componente esencial de la vida de todo ser humano y fundamental en el desarrollo de los jóvenes, por tal razón desde las Universidades y los demás centros de educación se deben crear los espacios para su discusión y conocimiento que le permita al joven tomar decisiones asertivas en este tema.
- Desde el trabajo social se puede intervenir sobre las conductas sexuales de riesgo que pueden asumir los estudiantes universitarios a través de actividades de educación sexual, así como ofreciendo orientación y elementos de prevención destinados a los jóvenes de manera que reconozcan sus particularidades, intereses y expectativas personales.

## 12. Referencias Bibliográficas

Acosta et al. (2010). Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. *Revista NOVA*, 8, 30-41. Recuperado de: [http://www.unicolmayor.edu.co/invest\\_nova/NOVA/NOVA13\\_ARTORIG3.pdf](http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA13_ARTORIG3.pdf)

Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 1, 9. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

Álzate, T., Puerta, A., & Morales, R. (2008). Una mediación pedagógica en educación superior en salud. El diario de campo. *Revista iberoamericana de educación*, 1-10. Recuperado de: <file:///C:/Users/Maria/Downloads/2541Alzate.pdf>

Baile, J. (2008). *Estudiando la homosexualidad – teoría e investigación*. Madrid: Editorial Pirámide.

Boletín Epidemiológico, Situación del VIH/Sida, Colombia. 2013. Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2012.pdf>

Diez, L. (2016). El papel de la familia en la educación de la sexualidad. Recuperado de: <http://ucsp.edu.pe/imf/investigacion/articulos/el-papel-de-la-familia-en-la-educacion-de-la-sexualidad/>

Estrella, R. (2006). Cuando existe un nosotros. Estudio sobre la sexualidad de parejas heterosexuales puertorriqueñas. *Revista Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 6(2).

Forcada, M. P., Pahua, M. E., Pacheco, M. A.S., Todd, F.N., Pérez, P.R., & Pulido, M. A. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15, 23-46. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=80225697003>

Guevara, E. (2008). Vida sexual y bienestar emocional. Las contradicciones de la modernidad. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 6, 1-10. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-75272008000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-75272008000300002)

Johan Huizinga, *El otoño de la Edad Media: Estudios sobre la forma de la vida y del espíritu durante los siglos XIV y XV en Francia y en los Países Bajos*

Jesús Padilla Gálvez y Margit Gaffal, *Formas de vida y juegos del lenguaje*, Plaza y Valdés, Madrid, México DF, 2013, ISBN 978-84-15271-75-8

Lipovetsky, C. (1997). *la tercera mujer: permanencia y revolución de lo femenino*; Paris, Francia: editorial ANAGRAMA.

Mallie, J., Paschall, M., Roberts, F., Saltz, R. Byron, L. & Zamboanga, B. (2012). Young Adults and Casual Sex: The Relevance of College Drinking Settings. *Revista de investigación sobre sexo*, 49.

Ministerio de Salud de Colombia. Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH. Colombia 2009 – 2011. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio\\_vih/documentos/monitoreo\\_evaluacion/1\\_vigilancia\\_salud\\_publica/a\\_situacion\\_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf)

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2016. Disponible en: [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2016. Disponible en:

<http://www.who.int/about/role/es/>

Ospina, J. & Manrique, F. (2007). Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Avances de enfermería*, 2, 101-111.

Política pública de juventud Acuerdo 076 del Consejo de Medellín de 2006 concordado con el artículo 3 de la ley 375 de 1997.

Rico, A., Alonso, J., Rodríguez, A., Díaz, A. & Castillo, S. (2002). La investigación social: diseños componentes y experiencias, 1-49

Terris M. (1992). "Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas", en "La crisis de la Salud Pública", Publicación Científica N° 540, OPS..

Trujillo, O. (2014). Factores de riesgo y protectores en las prácticas y comportamientos sexuales de los estudiantes de pregrado presencial en una universidad de la ciudad de Manizales. *Revista universidad y salud.*,16,82-92.

## 13. Anexo

### Anexo 1. Encuesta

Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Seccional Bello. Factores de riesgo y protección.									
Fecha:	DD	MM	AAAA						
A continuación encontrará una serie de preguntas. Por favor, conteste de manera libre y espontánea lo que piensa sobre cada una de ellas. Recuerde que no existen respuestas buenas o malas; se trata simplemente de conocer su opinión personal de lo que se le pregunta. Le recordamos que toda la información que usted nos facilite será anónima y confidencial, es decir, en ningún momento se le van a preguntar datos que le puedan identificar y la información será utilizada con fines meramente académicos. Le rogamos que conteste con la mayor sinceridad.									
<b>1. Caracterización Sociodemográfica</b>									
1.1 Edad:									
1.2 Sexo:		Varón	Mujer						
1.3 Orientación sexual:		Heterosexual	Homosexual	Bisexual					
1.4 Estado civil:		Solero (a)	Casado (a)	Separado (a)	Unión de hecho				
1.5 Programa académico:									
1.6 Semestre que cursa:		1	2	3	4	5	6	7	8
		9	10						
1.7 Municipio de residencia:									
1.8 Estrato socioeconómico:		1	2	3	4	5	6		
<b>2. Estilos de Vida</b>									
2.1 ¿Con quién ha vivido la mayor parte del tiempo, con otras personas o solo?									
2.2 ¿Con que personas vive usted actualmente?									
2.3 ¿Con que frecuencia ha salido usted en las noches a sitios de diversión en los últimos doce meses?									
Una vez a la semana		Una vez cada 15 días		Una vez al mes		Una vez cada seis meses		Una vez al año	
Una vez cada 15 días		Una vez al mes		Una vez cada seis meses		Una vez al año		Nunca	
Una vez al mes		Una vez cada seis meses		Una vez al año		Nunca		¿Con que frecuencia ha consumido alcohol el último mes?	
Una vez cada seis meses		Una vez al año		Nunca					
Una vez al año		Nunca							
Nunca									
2.4 ¿Ha consumido alcohol en los últimos doce meses?									
Sí		No							
Sí		No							
No									
2.5 ¿Ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva en los últimos doce meses?									
Sí		No							
Sí		No							
No									
¿Si es así, mencione cuales ha consumido?:									
2.6 ¿Cuándo requiere información sobre sexualidad a quien recurre? ¿Por qué?									
2.7 ¿Tiene suficiente confianza para hablar con sus padres sobre su sexualidad y todos los aspectos relacionados con esta? ¿Por qué?									
<b>3. Relaciones Sexuales</b>									
3.1 ¿Tiene pareja sexual estable? ¿Cuánto tiempo tiene esta relación?		Sí		No		Tiempo:			
Sí		No							
No									
3.2 ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses?									
Sí		No							
Sí		No							
No									
3.3 ¿Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses?:									
3.4 ¿Ha utilizado el condón en todas sus relaciones sexuales?		Sí		No					
Sí		No							
No									
¿Por qué?:									
3.5 ¿Utiliza algún tipo de método anticonceptivo?		Sí		No					
Sí		No							
No									
¿Por qué?:									
3.6 ¿Ha tenido relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol?		Sí		No					
Sí		No							
No									
¿Por qué?:									
3.7 ¿Ha tenido relaciones sexuales mientras utilizaba sustancias psicoactivas?		Sí		No					
Sí		No							
No									
¿Por qué?:									
3.8 En estos últimos 12 meses, ¿tuvo relaciones sexuales con parejas ocasionales?		Sí		No					
Sí		No							
No									
3.9 ¿Con qué frecuencia usó preservativo con estas parejas ocasionales?									
Nunca		Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre	
Casi nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre			
Algunas veces		Casi siempre		Siempre					
Casi siempre		Siempre							
Siempre									
3.10 ¿Utiliza sustancias psicoactivas mientras tiene relaciones sexuales con sus parejas ocasionales?									
Nunca		Algunas veces		Casi siempre		Siempre		¿Por qué?	
Algunas veces		Casi siempre		Siempre					
Casi siempre		Siempre							
Siempre									
<b>4. Salud Sexual</b>									
4.1 ¿Alguna vez en la vida le ha diagnosticado un médico una infección de transmisión sexual (ITS)?		Sí		No					
Sí		No							
No									
4.2 ¿Cuánto tiempo hace que fue diagnosticado por última vez de una ITS?									
4.3 ¿Cuál fue la última ITS que le diagnosticaron?		Clamidia		Gonorrea		Sífilis		Papiloma	
Clamidia		Gonorrea		Sífilis		Papiloma		VIH/Sida	
Gonorrea		Sífilis		Papiloma		VIH/Sida			
Sífilis		Papiloma		VIH/Sida					
Papiloma		VIH/Sida							
VIH/Sida									
4.4 ¿Cómo valoraría su propio riesgo de contraer alguna ITS con su comportamiento sexual actual?									
Alto		Medio		Bajo		¿Por qué?:			
Medio		Bajo		¿Por qué?:					
Bajo		¿Por qué?:							
¿Por qué?:									
4.5 En alguna ocasión, ¿ha tenido usted miedo de haberse podido infectar de alguna ITS?									
Sí		No							
Sí		No							
No									
¿Por qué?:									
<b>5. Observaciones</b>									

## **Anexo 2. Datos sistematizados**

<https://www.dropbox.com/s/0wblgetq3m82usq/Base%20de%20datos%20encuesta.xlsx?dl=0>