

**CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN FEMENINA UNIVERSITARIA DE UNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD RESPECTO AL CONDÓN MASCULINO  
EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2015**

Tesis Presentada Para Obtener El Título De  
Magister en Salud Pública y Desarrollo Social  
Fundación Universitaria del área Andina, Bogotá

Claudia Liliana Bernal Bermúdez.  
Mayo 2015.

**CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN FEMENINA UNIVERSITARIA DE UNA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD RESPECTO AL CONDÓN MASCULINO  
EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2015**

Director Doctor: Giovane Mendieta Izquierdo. MSc. PhD  
Co-Director Doctor: Gustavo Jaimes Monroy. MSc. PhD  
Fundación Universitaria del área Andina, Bogotá

Claudia Liliana Bernal Bermúdez.  
Mayo 2015.

### **Dedicatoria**

A Dios, por darme la maravillosa oportunidad de aprender y compartir experiencias de conocimiento con personas que a lo largo de la investigación aportaron a mi formación y crecimiento personal y profesional.

A Freddy, Santiago y Juanita mi amada familia por su inmensa comprensión, apoyo e infinito amor.

## **Agradecimientos**

Agradezco de manera especial a las personas que me han acompañado en el desarrollo de este proceso, a las Directivas de la Fundación Universitaria del Área Andina, al Doctor Giovane Mendieta Izquierdo, Director de la Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social, Paola Alvis Duffó Coordinadora Académica de la maestría en Salud Pública y Desarrollo Social, al Doctor Gustavo Jaimes Monroy, asesor metodológico de la Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social

A las Directoras y Coordinadoras de los programas de Enfermería, Instrumentación Quirúrgica y Terapia Respiratoria de la Facultad de Ciencias básicas de la universidad, por apoyarme en el desarrollo del proyecto de investigación poniendo a mi disposición los recursos necesarios.

A las jóvenes universitarias que participaron en la realización de la investigación y a todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron a la culminación de esta etapa.

## **Resumen**

El objetivo de la presente investigación, es identificar los conocimientos de la población femenina universitaria de primer semestre de una facultad de ciencias de la salud, respecto al condón masculino en el primer semestre de 2015.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, para la recolección de los datos se llevó a cabo de manera individual, mediante un cuestionario, auto aplicables, que consta de varias ítems sobre conocimientos e información de variables sociodemográfica como edad, estrato socioeconómico entre otras, y variables conductuales como la edad de inicio de inicio de relaciones sexuales e información general sobre salud sexual y reproductiva, la segunda parte del cuestionario consta de una serie de preguntas de tipo nominal y ordinal referentes al conocimiento sobre el condón con variables que permiten realizar abordaje a nivel psicosocial a nivel de la autoeficacia y actitudes, comportamiento sexual de riesgo y prevención y variables situacionales.

Los datos fueron digitados en una base de datos previamente diseñada en el programa EXCEL. Posteriormente se importaron al paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Versión 15.0 para su procesamiento y análisis. Los resultados se expresaron en distribuciones de frecuencia, graficas, medidas de tendencia central y medidas de dispersión así como tablas bivariadas para mirar posible relación de las variables, según sea su naturaleza cuantitativa o cualitativa.

En los resultados se evidencia que en las jóvenes no existen conocimientos claros e información adecuada referente a los riesgos, a la forma correcta de uso del condón. Estos vacíos en el conocimiento refleja la problemática en relación a factores familiares, culturales, sociales administrativos, políticos de la salud sexual en el grupo de jóvenes. Los resultados de la investigación permitirán implementar estrategias a nivel de la institución en los programas de prevención dirigidos a mejorar la habilidad conductual de la población de jóvenes en salud sexual y reproductiva para usar correctamente el condón.

Palabras Claves: Salud Sexual y Reproductiva, uso del condón, estudiantes universitarios, entrenamiento conductual.

## **Abstract**

The objective of this research is to identify the knowledge of university female population in first semester of a faculty of health sciences, regarding over the male condom in the first half of 2015.

An observational, descriptive cross-sectional study was realized. The data collection was carried out individually and was conducted through a questionnaire, self-applicable, consisting of several items of knowledge and information of socio-demographic variables such as age, socioeconomic status among others, and behavioral variables such as age of first sexual intercourse and general information on sexual and reproductive health. The second part of the questionnaire consists of a series of questions of nominal and ordinal type concerning the knowledge about variables that allow condom level approach to make psychosocial level of self-efficacy and attitudes, sexual risk behavior and prevention and situational variables.

The data was entered into a database previously designed in EXCEL. Then, the data was imported into SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 15.0 for processing and analysis. The results were expressed as frequency distributions, graphs, measures of central tendency and dispersion measures and bivariate tables to look at possible relationship of the variables, as quantitative or qualitative nature.

The results are clear evidence that there are no adequate knowledge and information regarding the risks and the proper way to condom use in young women. These gaps in knowledge reflects the problems relating to family, cultural, social, administrative, political,

sexual health in youth group factors. The research results allow implementing strategies at the level of the institution in prevention programs aimed at improving behavioral skills of young people in sexual and reproductive health to correctly use a condom.

**Keywords:** Sexual and Reproductive Health, condoms, college students, behavioral training,



## Tabla de Contenidos

Capítulo 1.....	1
<b>Introducción</b> .....	1
<b>Planteamiento del problema</b> .....	3
<b>Justificación</b> .....	6
Objetivos.....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos .....	8
Capítulo 2.....	9
Marco Teórico.....	9
Conocimientos actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva. ....	9
Conocimiento.....	9
Modelos psicológicos en el área de la salud .....	12
Modelo psicológico de la salud biológica.....	12
La teoría de la acción reforzada (TAR), de Martin Fishbein y Ajzen, .....	12
Modelo basado en la teoría de la conducta planeada.....	13
Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura.....	14
Modelo de autoeficacia. ....	15
La sexualidad .....	16
Definiciones alternativas de la sexualidad.....	17
Componentes de la sexualidad.....	19
Salud sexual y reproductiva (SSR) .....	20
Promoción en salud en jóvenes.....	21
Sexo.....	22
Identidad de género.....	22
Género.....	23
Identidad con el género y bienestar psicológico. ....	24
Condón.....	28
Antecedentes históricos .....	28
Componentes en la elaboración del condón.....	30
Efectividad del condón .....	30
Uso del condón en Colombia.....	32
Marco normativo de los componentes de salud sexual y reproductiva .....	33
Historia de los DSR en Colombia.....	34
Política pública de juventud en Colombia .....	36
Política pública de juventud para Bogotá 2006-2016 (decreto 482 de 2006).....	37
Desarrollo normativo colombiano sobre DSR.....	39
Constitución Política De Colombia 1991 .....	40
Ley 100 de 1993.....	41
Capítulo 3.....	42
Metodología .....	42
Tipo de estudio.....	42
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos .....	42
Población de estudio. ....	42
Criterios de inclusión .....	43

	x
Criterios de exclusión .....	43
Tipo de muestreo.....	43
Procedimiento y recolección de información .....	49
Consideraciones éticas .....	50
Capítulo 4.....	51
Resultados .....	51
Aspectos sociodemográficos de las estudiantes.....	51
Resultados de los aspectos relacionados con la sexualidad de las estudiantes. ....	55
Resultados los conocimientos de las jóvenes universitarias en relación a su salud sexual y reproductiva, respecto tema del condón.....	59
Distribución según disminución de la sensibilidad por el uso del condón en una relación sexual. ....	68
Distribución porcentual según frecuencia del uso del condón en la población de estudiantes. ....	72
Distribución porcentual según frecuencia del uso del condón en la población de estudiantes. ....	73
Resultados de los conocimientos de las jóvenes universitarias en relación a su salud sexual y reproductiva, respecto al riesgo en el tema del condón. ....	73
Frecuencia de la utilización del condón sólo si la pareja lo solicita .....	73
Frecuencia relacionada con la pregunta a usted le daría pena comprar un condón, por qué? ..	75
Frecuencia relacionada con los riesgos al romperse el condón durante la relación sexual. ....	75
Resultados de los conocimientos de las jóvenes universitarias en relación a su SSR, respecto a las inquietudes que les surgen al desarrollar la encuesta. ....	75
Capítulo 5.....	77
Discusión.....	77
Fortalezas del estudio.....	86
Debilidades del estudio .....	87
Conclusiones .....	87
Capítulo 6.....	89
Recomendaciones Políticas.....	89
Lista de referencias .....	91
Apéndice 1 .....	103
Apéndice 2 .....	104
Vita.....	108

**Lista de tablas**

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables	44
Tabla 2. Descripción de la variable edad	52
Tabla 3. Distribución porcentual según estado civil	53
Tabla 4. Distribución del programa académico según estrato socioeconómico	54
Tabla 5. Distribución del programa según estado civil	55
Tabla 6. Promedio de parejas sexuales en la población	56
Tabla 7. Promedio edad primera relación sexual	57
Tabla 8. Distribución según conocimientos, realización prueba diagnóstica ITS	58
Tabla 9. Distribución porcentual según conocimientos sobre el condón	59
Tabla 10. Distribución porcentual según riesgo al no utilizar condón	60
Tabla 11. Distribución según los pasos desde la apertura del empaque del condón	61
Tabla 11a Distribución según conocimientos postura del condón	62
Tabla 11b. Distribución según conocimiento del momento que se retira el condón	64
Tabla 12. Distribución según conocimientos doble protección	66
Tabla 13. Distribución de la población según uso del condón	68
Tabla 14. Distribución según exigencia por parte de la mujer	69
Tabla 15. Distribución según si la mujer propone el uso del condón	71
Tabla 16. Distribución según riesgo de exposición por no uso del condón	73
Tabla 17. Frecuencia de la utilización del condón si la pareja lo solicita	74

**Lista de Gráficos**

Gráfica 1. Descripción de la variable edad	52
Gráfica 2. Distribución porcentual según estrato socioeconómico	53
Gráfica 3. Distribución porcentual según persona con la que vive	54
Gráfica 4. Distribución porcentual según inicio de vida sexual	56
Gráfica 5. Promedio de la edad de la primera relación sexual	57
Gráfica 6. Distribución porcentual según uso de condón primera relación sexual	58
Gráfica 7. Pareto conocimientos ITS	67
Gráfica 8. Distribución porcentual según exigencia de la mujer en el uso del condón	72
Gráfica 9. Pareto Inquietudes referentes al uso del condón	76

## Capítulo 1

### Introducción

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD-El Cairo, 1994) se señaló la necesidad de considerar a las y los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos, criterio que fue compartido en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y en la Cumbre del Milenio de 2005.(Peláez M, J 2008). La población de jóvenes a nivel mundial está creciendo y a su vez se están evidenciando las necesidades y problemas asociados con procesos fisiológicos, psicológicos y sociales en el tema de la salud sexual y reproductiva.(Niño L., Hakapiel M., Rincón Y., 2012)(Vargas Ruiz, 2005).

En Colombia, La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva , busca mejorar la salud sexual y promover el ejercicio de los Derechos de Salud Reproductiva relativos al ejercicio de la sexualidad y de la reproducción para toda la población, hace énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.(MPS, 2003).

A nivel del País, el tema, constituye unas de las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública , varios estudios sobre la conducta sexual de los jóvenes han evidenciado vacíos alrededor del tema, (Martínez, 2008) en su revisión de literatura reporta estudios en relación con problemas en las “metodologías para la implementación de los programas de salud sexual y reproductiva(Atable, 2000), a la conceptualización de sexualidad y adolescencia y juventud (Quiñones, 2000; Martínez y Martínez, 2002; Castellanos y Falconier, 2001, Palma y Cols.,

2002), a la calidad de los temas que deben ser tenidos en consideración para la implementación de los programas (Quiñones,2000); la preparación de los educadores y profesionales que implementarán los proyectos (Escobar,1998), la relación con el enfoque investigativo y metodologías de intervención (Quiñones,2000; De la Cuesta, 2002; Ávila y Medina, 2003 ),las inexactitudes en la educación sexual impartida a nivel de colegios y la oferta de métodos de planificación familiar, que no es acompañada de la información necesaria para su uso adecuado (Florez y Soto, 2006)”. Estos diferentes vacíos en el tema de salud sexual y reproductiva se hacen evidentes al revisar fuentes bibliográficas ente las que se encuentra (Alvarado et al., 2013),donde reportan un aumento en el número de personas que inicia su vida sexual a edades cada vez más tempranas sin conocimiento y uso constante del condón, que generan altas prevalencias e incidencias de infecciones de transmisión sexual (ITS), aumento en las tasas de embarazos a edades muy tempranas, altos porcentajes de embarazos no planeados y la alta mortalidad de mujeres por cáncer de cuello uterino o mama. (Arévalo et al., 2011).

En la presente investigación, se busca identificar conocimientos de la población femenina universitaria de primer semestre de una facultad de ciencias de la salud, en relación a su salud sexual y reproductiva respecto al condón masculino en el primer semestre de 2015.

Los resultados arrojados en la investigación permitieron evidenciar la falta de claridad en los conocimientos de las jóvenes universitarias respecto al tema del condón, especialmente en lo que se refiere al uso del condón, el 43,4% considera disminuye la sensibilidad el 9,1% indica que no siente lo mismo, el 34,8% que no hay contacto directo con la piel. Se observa la exigencia del uso del condón en la relación sexual por parte de las jóvenes universitarias en un 87,6%, pero el

85,6% reportó que si ellas proponen el uso del condón su pareja pensaría mal, el 32,1% que tienen una ITS, igual porcentaje que desconfía de él y no quiere tener relaciones, el 21,4% atribuye a que tiene otra persona, adicionalmente el 13,2% de las jóvenes considera que pierde la oportunidad de relacionar sexualmente si exige el uso del condón.

Estos vacíos en el conocimiento refleja la problemática en relación a factores familiares, culturales, sociales administrativos, políticos de la salud sexual en el grupo de jóvenes. Los resultados de la investigación, permitirán implementar estrategias a nivel de la institución en los programas de prevención dirigidos a mejorar la habilidad conductual de la población de jóvenes en salud sexual y reproductiva para usar correctamente el condón.

### **Planteamiento del problema**

Estudios a nivel mundial sobre la conducta sexual en jóvenes y adolescentes han reportado el inicio de la actividad sexual a temprana edad sin el uso del condón. La Organización Mundial de la Salud, informa unos indicadores desfavorables en relación a la población en edades comprendidas entre 20 y 40 años, población de mayor actividad sexual, cada minuto hay en promedio 380 mujeres que quedan embarazadas, 110 están sufriendo complicaciones y una mujer muere por esta causa. (Saeteros Hernández, Pérez Piñero, 2013). Con respecto a las ITS, la OMS estima que la frecuencia general fluctúa entre 0.1 y 0.5%, y para la población más afectada que se encuentran entre 18 a 24 años, se calcula una frecuencia que va de 10 a 20%. (Calderón, 2002). Según el estudio realizado sobre “evidencia de determinación social sobre uso del condón en Colombia “con los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007 se reportó que

entre el 75 y 94% de los encuestados habían oído hablar del condón, pero solo el 22.2% lo utilizaron, y en la población joven solo el 17.3% usa el condón en todas las relaciones, (Arrivillaga, Tovar, & Correa, 2012). Adicionalmente en diversos estudios científicos, se ha demostrado que los riesgos en salud sexual y reproductiva se pueden disminuir con el uso correcto y constante del condón..(Becerra, Cortazar, & Castaneira, 2007).

Los jóvenes universitarios son la población que más compromete su salud sexual y reproductiva, ya que la conducta sexual irresponsable, el embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, constituyen a nivel nacional y mundial un impacto psicosocial, que se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores, lo que contribuye a perpetuar el ciclo de pobreza y la feminización de la pobreza. Es por eso que en las sociedades modernas es en extremo peligroso que en la adolescencia o juventud por estas causas, se pierdan oportunidades para maximizar el desarrollo y el éxito personal, profesional y económico futuros. (Saeteros Hernández, Pérez Piñero, 2013).

Uribe, J (2013), describe en la revisión de la literatura de su artículo sobre “predictores del uso del condón en relaciones sexuales de adolescentes” la falta del no uso del condón entre jóvenes y adolescentes, refiere el estudio de “Fisher, Eke, Cance, Hawkins y Lam (2008) donde reportan que 30% de adolescentes que participaron en su estudio son sexualmente activo y 23% de ellos usa de forma inconsistente el condón en sus relaciones sexuales. Robles, Montijo et al (2006) en un estudio en jóvenes universitarias encontró que 71,4% de las estudiantes eran sexualmente activas y solo el 54,6% utilizo condón en su última relación sexual.(Robles Montijo,



Piña López, & Moreno Rodríguez, 2006) En otro estudio “Lema, Salazar, Varela, Tamayo, Rubio y Botero (2009)” refieren que 70% de jóvenes en su estudio no usan el condón durante su actividad sexual, 14.5% expresa un promedio de tres parejas sexuales al año. Berhan, Hailu y Alano (2011) reportan que 42.1% de estudiantes jóvenes que tienen relaciones sexuales no usó condón durante la última relación sexual. Resalta que entre los factores asociados al uso inconsistente del condón masculino, Jiménez, Andrade, Betancourt y Palacios (2007) reportan la falta de habilidades de comunicación en la actividad sexual y Uribe, González y Santos (2012) reportan que el rechazo al uso del condón está asociado al entorno sociocultural y a las creencias erróneas respecto al uso del condón.

El uso adecuado del condón constituye un medio eficaz demostrado para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados, y la propagación del virus de inmunodeficiencia humana; sin embargo en la evidencia reportada por los estudios científicos se ha encontrado que no existe conocimiento sobre la forma correcta del uso del condón entre los jóvenes adolescentes y universitarios (Caballero, M.C, Camargo, F. A., Castro, 2011).

Por lo tanto es importante contextualizar en salud pública, específicamente en el ámbito de los estudios de salud sexual y reproductiva las actitudes de las jóvenes universitarias de la facultad de ciencias de la salud, frente al conocimiento del condón, dentro del contexto de sus interrelaciones, en una institución superior con el propósito de obtener información que brinde soporte para intervenciones asertivas en promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva. Teniendo en cuenta el panorama anterior surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los conocimientos de la población femenina universitaria de primer

semestre de los programas de enfermería, terapia respiratoria e instrumentación quirúrgica de una facultad de ciencias de la salud, en relación a su salud sexual y reproductiva específicamente al condón masculino en el primer semestre de 2015?

### **Justificación**

Las jóvenes universitarias, a nivel mundial y nacional practican conductas sexuales riesgosas, entre las cuales están el inicio de su actividad sexual a edades cada vez más temprana, el poco reconocimiento de los riesgos, las relaciones sexuales imprevistas, la inestabilidad o cambios de parejas continuamente, el poco conocimiento de su sexualidad, y la escasa información sobre el uso de métodos anticonceptivo. (Camacho Robriguez, 2014).

Las estudiantes universitarios transitan por una etapa crucial del desarrollo, la juventud, en la cual enfrentan situaciones de vida trascendental y por esto es necesario una educación sexual que permita a esta población de jóvenes universitarias el conocimiento de su sexualidad de una manera responsable(Saeteros Hernández, Pérez Piñero, 2013). La sexualidad es un componente propio del ser humano, la cual debe ser manejada con responsabilidad para evitar la presencia de infecciones de transmisión Sexual (ITS), embarazos no deseados y VIH/SIDA(Capacho & Duarte, 2014).

Según el estudio sobre “evidencia de determinación social sobre uso del condón en Colombia “con los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007 reporta que entre el 75 y 94%

de los encuestados habían oído hablar del condón, pero solo el 22.2% lo utilizaron, y en la población joven solo el 17.3% usa el condón en todas las relaciones, datos similares se presentan en otras investigaciones a nivel mundial. En Colombia a nivel poblacional no se cuenta con estudios relacionados con este tema pero la evidencia demuestra que el solo conocimiento de una medida de protección no implica necesariamente la transferencia de estos conocimientos en el campo de prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y el VIH/SIDA. (Arrivillaga et al., 2012).

Las instituciones de educación superior son escenarios de formación integral: técnica, profesional, humanística de la comunidad, dentro de sus retos a parte de la formación profesional, estas instituciones tienen un nuevo desafío el de “ser un contexto de vida que propicie comportamientos saludables y que redunden en la calidad de vida, no solo del colectivo universitario sino de toda la sociedad en general”(Saeteros Hernández, Pérez Piñero, 2013). Es por esta razón que se propone esta investigación para crear la línea de base y continuar apoyando este reto y establecer diferentes estrategias de salud sexual y reproductiva, específicamente en sus conocimientos.

## Objetivos

### Objetivo general

Identificar conocimientos de la población femenina universitaria de primer semestre de una facultad de ciencias de la salud, respecto al condón masculino en el primer semestre de 2015.

### Objetivos específicos

Determinar las características sociodemográficas de las jóvenes universitarias de primer semestre de una facultad de ciencias de la salud.

Describir los conocimientos de las jóvenes universitarias de primer semestre de una facultad de ciencias de la salud, respecto a la adquisición, uso, riesgo, inquietudes sobre el tema del condón masculino.

## Capítulo 2

Marco Teórico

Conocimientos actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva.

Conocimiento

En el ámbito de la conducta sexual reproductiva, Quispe Rojas et al (2013) definen los Conocimientos sobre sexualidad como el grado de entendimiento sobre sexualidad(Quispe Rojas, Quispe Rojas, & Quispe Rojas, 2003). Varga R(2005) En salud sexual y reproductiva, las actitudes suelen estudiarse dentro del contexto de sus interrelaciones con el conocimiento y las prácticas de un individuo, la actitud se concibe como algo que media e interviene entre los aspectos del ambiente externos llamados estímulos y las reacciones de la persona. “Siendo la actitud un estado interno, su generación se encuentra asociada con procesos fisiológicos y psicológicos. Dentro de estos últimos, sobresale el proceso cognitivo de categorización, mediante el cual se atribuye al objeto actitudinal un determinado significado evaluativo. Es este conocimiento del objeto lo que se denomina el componente cognoscitivo”, Dentro de los factores fundamentales involucrados en el conocimiento social se encuentra la realidad que es entendida como los estímulos, y el conocimiento previo que posee quien percibe un estímulo y que ya se encuentra almacenado en su mente (en forma de representaciones mentales). (Vargas Ruiz, 2005).

Rengifo-Reina (2012), señala que la caracterización de los conocimientos en salud sexual y reproductiva (SSR) de la población de jóvenes, permite construir categorías de análisis sobre los diversos factores que pueden favorecer o desfavorecer la buena salud sexual y reproductiva.(Rengifo-Reina, Cordoba-Espinel, & Serrano-Rodriguez, 2012).

Salazar, Agudelo et al (2008), refieren que el término salud sexual, “implica control sobre el cuerpo, reconocimiento de derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como por la autoestima y su bienestar emocional y mental”(Salazar, Agudelo, Restrepo, Henao, & Garro, 2008).

La conducta que promueve la salud depende varios factores entre los cuales se encuentra factores personales, factores cognitivos perceptivos, que son influenciados por los factores modificadores y pueden llegar a explicar que la probabilidad de adoptar conductas que promuevan la salud obedecen al conocimiento en el tema particular y de la información recibida del medio externo.(Uribe, I., Amador, G., Zacarías, X., Villareal, 2012).

Uribe (2012), refiere que las bases teóricas para explicar las conductas saludables se apoyan en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1997), para quien los procesos cognitivos son medulares en la modificación del comportamiento; y en la teoría de Ajzen y Fishbein (1980), en Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile (2001) sobre la teoría de la acción razonada, quienes proponen que la conducta depende, entre otros aspectos, de actitudes personales y de normas subjetivas y creencias. (Uribe, I., Amador, G., Zacarías, X., Villareal, 2012).

La probabilidad de adoptar conductas que promuevan la salud depende tanto de la acción de las personas como de factores cognitivo-perceptivos, que a su vez son influenciados por los denominados factores modificantes, lo que indica claramente que una conducta saludable o no,

puede ser explicada en función de la información recibida del exterior, pero además, por las características de cada persona y de su particular forma de interactuar en su medio ambiente o contexto sociocultural (Marriner & Raile, 1997).

Así, desde esta perspectiva, la conducta sexual de los y las jóvenes está relacionada con los factores de carácter modificante, como con sus percepciones, incluidas sus creencias y conocimientos respecto al ejercicio de la sexualidad. Vargas (2007), en su artículo sobre la toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia, refieren a Vargas Trujillo y Barrera (2004), donde plantean la necesidad de establecer en qué medida las decisiones sexuales pueden ser examinadas, en las y los jóvenes, como producto de un proceso racional y sistemático de toma de decisiones. Estudios como el de Resnik (1987), “evidencia que “las decisiones de las jóvenes son, de carácter individual, ya que cada miembro de la pareja elige una acción determinada con el ánimo de promover sus propios fines; también, son inmediatas en la que los instintos se encargan de la elección”. Se evidencia la importancia de conocer las cogniciones que han construido los jóvenes con respecto a sí mismos y la sexualidad en general.(Vargas Trujillo, Henao, & González, 2007).

En salud pública se emplean modelos o teorías para explicar los problema referentes a la salud, relacionados con los individuos o colectivos los cuales permiten modifican su comportamiento, así como de las característica y dinámicas en el contexto de que estos eventos ocurran.(Cabrera, 2004).

## Modelos psicológicos en el área de la salud

Los modelos psicológicos en el área de la salud (Ribes, 1990c), evalúan y describen los comportamientos de riesgo relacionados con la salud sexual y reproductiva. Se basa en la “Teoría Interconductual” en la cual se observan los comportamientos de las personas referidos al riesgo o a la prevención, los cuales están representados por las prácticas sociales, analizadas desde el modelo psicológico de la salud y culturales que corresponden a las costumbres y hábitos de los individuos en el proceso salud- enfermedad en un medio regulado por las diferentes relaciones socioculturales en el ámbito de la salud.(Gustavo, 2011).

## Modelo psicológico de la salud biológica

Modelo propuesto por el Dr. Ribes Iñesta (1990c) aborda la dimensión psicológica en los problemas de salud, la concepción biomédica y la sociocultural. De acuerdo con el modelo, la salud biológica o la enfermedad será el resultado de la forma en que el comportamiento media los efectos del ambiente sobre el organismo. El comportamiento es considerado como un eje mediador entre las características biológicas propias del organismo y las características socioculturales que le dan contexto. En los procesos de salud enfermedad, se analiza el tipo de comportamiento de riesgo o de prevención, de acuerdo a las prácticas sociales y culturales.(Gustavo, 2010).

## La teoría de la acción reforzada (TAR), de Martin Fishbein y Ajzen,

Es una teoría general, de la conducta humana que trata de la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamientos, los cuales esta relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual. Parte del supuesto que los seres humanos son esencialmente racionales y esto



les permite hacer uso de la información disponible para el ejercicio de las acciones o conductas aprendidas. Plantea que las y los jóvenes tienden a comportarse en función de la valoración que realizan de las consecuencias de sus comportamientos y las expectativas de obtener esos resultados.

La teoría de la acción razonada ha mostrado su utilidad y capacidad predictiva en una amplia variedad de ámbitos conductuales. En el caso de la conducta sexual, aunque ha sido aplicada más específicamente a las intenciones y conductas de usar medidas de protección durante las relaciones sexuales (Albarracín, Fishbein & Middlestadt, 1998; Boyd & Wandersman, 1991; Chan & Fishbein, 1993; Doll & Orth, 1993; White, Terry & Hogg, 1994), propone que la conducta está predicha por la intención de involucrarse en tal conducta que a su vez está predicha por la actitud de los individuos y la norma social percibida. Se toma en cuenta los factores individuales y grupales, de igual forma permite el abordaje en el contexto donde tiene lugar. (Rodríguez, 2007).

#### Modelo basado en la teoría de la conducta planeada

Este modelo trabaja con Teoría de Acción Razonada desarrollada por Ajzen, (T.A.R) y “Control conductual percibido”. Este elemento afecta directamente a las intenciones e indirectamente a la conducta de las personas, pero se trabaja con los factores de la Teoría de Acción Razonada como son: primero la norma subjetiva la cual se ve influenciada por las creencias normativas y la motivación para conformarse, la segunda son las actitudes que se ven afectadas por las creencias de las personas y las evaluaciones de la posible conducta. Estos elementos van articulados con la percepción de control de acuerdo a su capacidad predictiva, de

entendimiento y de cambio conductual en función de las intenciones. Estos elementos se ven reflejados en las intenciones de las personas hacia la conducta preventiva.

Es importante entender el concepto del nuevo elemento que es el control conductual percibido el cual se define “como las valoraciones individuales acerca de la facilidad o dificultad para llevar a cabo la conducta preventiva y se considera como el reflejo de una creencia de control individual o de una valoración de los recursos y/o oportunidades que la persona posee para realizar el comportamiento preventivo”. En el caso del estudio en particular sería la relación que tienen las jóvenes universitarias sobre la conducta de usar el condón (Fisher y Fishser, 2000). La percepción de control está conformada por variables internas (percepción de capacidad y habilidad de acción), como por variables externas como la oportunidad de acción, obstáculos y tiempo (Adams y Bromley, 1998). (García, 2011a).

#### Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura

La Teoría de la autorregulación social cognitiva de Albert Bandura (1977, 1986); Explica la interacción del comportamiento, el entorno y los factores personales, especialmente la cognición entendida, como los procesos de pensamiento involucrados en la adquisición, organización y uso de la información. Se centra en el componente de la autoeficacia de la variable persona, la cual hace referencia a las “creencias de las personas sobre su capacidad de ejercer control sobre los acontecimientos que afectan su vida”(Brannon, L, 2000).

Bandura (1987) se basó en la “Autoeficacia, que se refiere a las creencias que tiene la persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar caminos para la acción”, Plantea unas

fuentes de la eficacia entre las cuales están generar experiencias de destreza, experiencia vicaria (comparar), persuasión verbal y otros tipos de influencia social y estados fisiológicos y afectivos.(Tejada, 2010).

La “agenciación humana como la capacidad de ejercitar el control sobre el propio funcionamiento y sobre los eventos que afectan nuestra vida” (Bandura, 1989, 2001).

En la agenciación, es importante la planeación, la previsión, predicción y prospección, que incluyen las expectativas de los resultados, la autoevaluación, la motivación y la autorregulación. Los individuos poseen un auto sistema que provee, percibe, regular y evaluar los comportamientos, con resultados dados entre el sistema y las fuentes de influencia del medio ambiente que les permite medir el control sobre sus pensamientos, sentimientos, motivación y acciones. (Tejada, 2010) El modelo de Bandura, está compuesto por tres elementos: la conducta; los factores personales, que incluyen eventos cognitivos, afectivos y biológicos, y, finalmente, factores medioambientales, estos elementos interactúan entre sí, configurando una triangulación dinámica.

Modelo de autoeficacia.

El modelo de autoeficacia (Bandura, 1977), tiene sus orígenes en la tiene sus orígenes en la Teoría Cognitivo-Social, describe la interacción de tres componentes que operan unos con otros. Dentro de los componentes se encuentran: primero los determinantes personales en forma de cogniciones, emociones y factores biológicos; segundo la conducta y tercero las influencias ambientales. Dentro de los determinantes personales es donde según la teoría Cognitivo-Social,

“los individuos interpretan y evalúan sus propias experiencias y sus procesos de pensamiento y es aquí donde Bandura (1977) atribuye la existencia de un autosistema, el cual permite a las personas ejercer un control sobre el medio ambiente y sus creencias, factores que a su vez alteran las conductas subsecuentes”.(García, 2011b).

El modelo de Autoeficacia como modelo psicológico en el área de la salud supone que uno de los principales problemas con respecto al cambio conductual es que comúnmente se intenta enseñar a las personas lo que deben o necesitan hacer para llevar a cabo una conducta saludable, a este respecto Bandura (1994) considera que lo que realmente se debe de enseñar a las personas, son habilidades que fomenten la autoeficacia, por ejemplo, las habilidades de autorregulación que les permitan ejercer el control sobre ellos mismos y sobre otros en la práctica de comportamientos saludables, formas de actuar.(García, 2011b).

## La sexualidad

La sexualidad como construcción simbólica comprende dimensiones que se caracterizan por establecer relaciones dinámicas de independencia e interdependencia La sexualidad tiene múltiples conceptos, derivados de diferentes modelos de pensamiento y construcciones teóricas, comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer la intimidad y la reproducción. Está compuesta por una serie de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos que interactúan. La sexualidad se expresa a través de los pensamientos, creencias, reacciones, deseos comportamientos, valores prácticas. Dichas funciones se manifiestan en diversos contextos de los seres humanos, en los que se destacan los planos individual, familiar, de pareja y social.

(Ministerio de Educación Nacional & Unfpa, 2008). Banda (2012), destaca a Bandura (1979), el cual define la sexualidad como “el resultado de la interacción de la evolución biológica y del medio ambiente sociocultural, el cual influye sobre el funcionamiento biológico, además es el producto de la experiencia y el aprendizaje, de los procesos cognitivos y del medio ambiente”.

### Definiciones alternativas de la sexualidad

Históricamente, la sexualidad ha tenido diferentes abordajes entre los cuales se encuentran varios autores y posiciones, se realiza una relación de algunos de ellos. La sexualidad es definida desde una perspectiva teórica por Foucault (1976),” quien considera a ésta como construcción social y como un producto de fuerzas históricas y sociales en oposición a cualquier otra idea esencialista”. Jeffrey Weeks (1998, p.20) define la sexualidad como: “una construcción histórica, que reúne una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales (...) que no necesariamente deben estar vinculadas, y que en otras culturas no lo han estado. Todos los elementos constitutivos de la sexualidad tienen su origen en el cuerpo o en la mente (...).

Pero las capacidades del cuerpo y la psique adquieren significado sólo en las relaciones sociales”. Jeffrey Weeks (1998) en su libro sobre sexualidad realiza un análisis de las diversas formas de definir y comprender la sexualidad, desde el atributo biológico, psicológico y social afirma “que el ser humano es sexuado en todas las dimensiones de la vida, el sexo aparece como un hilo organizador de todas las relaciones humanas, lo cual otorga un carácter natural a relaciones sociales y culturales, como son las relaciones de género”(Weeks, 1998).

Una de las definiciones más citadas, es la que por convocatoria la Organización Mundial de la Salud OMS en el año 2002, propone por consenso con representantes de otras organizaciones, entre ellas La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Sociedad Mundial de Sexología (2004, p10) definen la sexualidad como: ...“Un aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida donde se involucra al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Aunque la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas son experimentadas o expresadas. En la sexualidad influye la interacción entre los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos y religiosos. (World Health Organization, 2004)

Correa et all (2009), definen la sexualidad como una dimensión integral de los seres humanos “La sexualidad es un proceso de aprendizaje que se manifiesta y evoluciona a lo largo de todo el ciclo de vida: la infancia, la adolescencia, la juventud y la adultez, forma parte inseparable de quienes somos; implica múltiples aspectos que pasan desde ser hombres o mujeres; los papeles y expectativas asociadas a esas creencias; las conductas e interacciones con las demás personas y la aceptación del propio cuerpo”. La sexualidad está condicionada por factores de orden biológico (hormonas, anatomía, fisiología); socioculturales (roles, estereotipos, expectativas, lenguaje), afectivos (deseos, emociones, sentimientos), y éticos (derechos humanos). De igual forma la sexualidad es una dimensión importante de la identidad de cada persona enmarcada dentro del potencial reproductivo(Correa, Cubillán, & Parra, 2009).

La construcción sociocultural de la sexualidad es una dimensión bastante amplia y abarca hasta la forma de conceptualizar, definir, nombrar y describir el sexo en los distintos tiempos y en las distintas culturas (Correa et al., 2009).

Carrasco y Gavilán (2014) refieren que la sexualidad, “está mediada por las concepciones culturales y condiciones sociales que las sociedades construyen a través de su historia (Foucault 1978; Bozon y Leridon, 1993; Lamadrid y Muñoz, 1996; Szans, 1998; Weeks, 1998) y que permiten la elaboración de diversas formas de dar satisfacción a las necesidades sexuales y reproductivas, la sexualidad se han constituido de todo derecho en un asunto público, por lo tanto esta en un campo político caracterizado por la presencia de posiciones diferentes por su significado (Araujo, 2009).

#### Componentes de la sexualidad

Entendiendo la sexualidad como construcción simbólica en la cual se establecen relaciones dinámicas de independencia e interdependencia, con unos componentes como el sexo, el género, la identidad de género, la orientación sexual, y los comportamientos culturales de género que, los cuales están constituidos en sistema, y tienen un papel rector en los procesos de inducción, orientación y regulación psíquica de las funciones de la sexualidad (reproductiva, erótica, afectiva y comunicativa y relacional). (Secretaría De Salud De Bogotá - Universidad Nacional, 2012).

Padrón Morales (2009), destaca que en la sexualidad se pueden explicar procesos en el desarrollo personal del conocimiento de sí misma (conocimiento corporal, de género,

afectividad, autoestima), de las relaciones interpersonales entre los cuales están las relaciones familiares de amigos, los vínculos afectivos, relaciones sexuales, relaciones de poder, y en un marco social establecido de acuerdo a las normas, valores sociales y culturales (Padron, et al., 2009).

### Salud sexual y reproductiva (SSR)

Ospina Muñoz D, Castaño López, R (2009), en su producción científica sobre los derechos sexuales y reproductivos, señalan que el concepto de salud sexual y reproductiva (SSR) articula discusiones teóricas sobre “salud sexual, salud reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos, reproducción humana y sexualidad”. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD-El Cairo, 1994), estableció la salud reproductiva como elemento fundamental para el desarrollo social y económico de las de las regiones y destaca la necesidad de considerar a las y los jóvenes como sujetos de derechos reproductivos. (Ospina Muñoz D, 2009).

La salud sexual y reproductiva (SSR), se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad



seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.(MPS, 2003).

En el tema de (SSR), se trabajan tres aspectos: una fundamentación epistemológica en derechos sexuales y reproductivos (DSR); investigación sobre contextos históricos y culturales, y finalmente SSR con perspectiva de género y comunicación. Los DSR son el pilar central de la SSR ya que mantienen una visión global en cómo se produce el conocimiento en relación con la autodeterminación corporal y sexual, lo relacionado con las políticas públicas. (Ospina Muñoz D, 2009).

### Promoción en salud en jóvenes

Entendida la promoción de la salud, como la creación de las condiciones que hacen viable la salud, por medio de estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC), diseñadas para desarrollar competencias cognitivas y sociales que promueven la sensibilización y lograr movilizar a los jóvenes, creando así un clima propicio para el cambio a nivel de individuos y los colectivos en el marco del logro y mantenimiento de la salud. (Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública, 2010).

## Sexo

El sexo, es una distinción entre hembras y machos basada en las grandes precisiones de correspondencia en los cuerpos humanos entre tres componentes del mismo: el sexo cromosómico genético (alelos XX o XY), el sexo hormonal (carga diferenciada de hormonas femeninas y masculinas en todas las personas), y el sexo anatómico (pene o vulva al momento del nacimiento, y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios a partir de la pubertad). (Secretaria De Salud De Bogotá - Universidad Nacional, 2012).

## Identidad de género

Es definida como un proceso de construcción cultural que se genera en el marco de las relaciones sociales, y que define los atributos de los individuos y los colectivos, marca la diferencia entre lo propio y lo diferente, en un proceso permanente de construcción subjetiva, intersubjetiva y sociocultural. Son dinámicas y estructuran diferentes formas en las que se encarna el género en el cuerpo vivido. (Secretaria de Salud de Bogotá - Universidad Nacional, 2012).

Elvira Vargas (2007), en su libro sobre Sexualidad Mucho más que sexo. Refiere que la identidad con el sexo supone la percepción de afinidad, compatibilidad y conformidad con las características biológicas, las cuales incluyen aspectos genéticos, anatómicos, hormonales y fisiológicos que intervienen en la diferenciación sexual propias de las personas. La identidad se desarrolla a lo largo de la vida, en la juventud adquiere organización e importancia particulares, se presentan cambios hormonales que tienen efectos importantes para la persona y su entorno. (Vargas-Trujillo Elvira, 2007).

## Género

El género no es sinónimo de sexo. Se entiende por género una construcción de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos de los individuos que la conforman, en la que se determinan todos los papeles que unas y otros deberán desempeñar o se espera que desempeñen. Posee aspectos subjetivos como los rasgos de la personalidad, las actitudes, los valores y aspectos objetivos o fenomenológicos como las conductas y las actividades que diferencian a hombres y mujeres. Como categoría de análisis, el género, explica los factores que conducen a las desigualdades, el carácter jerarquizado de las relaciones entre los sexos (Correa et al., 2009).

El género, es una categoría social que permite analizar las responsabilidades, limitaciones, papeles y oportunidades diferentes, para hombres y mujeres en el interior de su unidad familiar, comunidad, escuela, cultura y unidad de producción. (Benazet. Alvaro Bernalte. Calvo Lazaro Gonzalez, 2011).

En el artículo de Ilena Castañeda de las “Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género”(2007) la autora cita a Marta Lamas en su artículo “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría Género”, la definición de género dada por “Scott y expresa que se utiliza para identificar los símbolos y mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples; conceptos normativos entendidos como doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas del significado entre lo femenino y lo masculino; instituciones y organizaciones sociales como el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo diferenciado por sexos e instituciones educativas; identidad individual y grupal de género

que definen y relacionan los ámbitos del ser y el quehacer femeninos y masculinos dentro de contextos específicos”. Tanto el sexo como el género tienen un impacto sobre la salud, “El conocimiento profundo de los factores que condicionan las desigualdades de género relacionados con la salud, permite la realización de acciones tendientes a su eliminación o disminución”(Castañeda Abascal, 2007).

Identidad con el género y bienestar psicológico.

Culturalmente, las normas y las expectativas que la mujer acepte son determinantes y relevantes de su propia evaluación, las mujeres que incorporan al concepto de sí mismas las características femeninas interiorizan un rol de género devaluado culturalmente. La construcción de la identidad de género es un proceso de socialización sexual.(Vagras-Trujillo Elvira, 2007).

## **IDENTIDAD DE GÉNERO Y SEXUALIDAD SALUDABLE**

A partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994) se evidenció la tendencia a atribuir características y comportamientos distintos en función del sexo y asociarlos a múltiples procesos de salud y enfermedad en relación a la sexualidad.

## **JUVENTUD.**

El concepto de juventud es abordado desde distintas perspectivas y ha adquirido innumerables significados, que se apoyan en disciplinas de las ciencias sociales para entender el significado, Dávila León, (2004) refiere que el concepto de juventud corresponde a una construcción social, histórica, cultural y relacional, que a través de las diferentes épocas y procesos históricos y sociales han ido adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes.

Dávila León, (2004 p 92) cita en su artículo “adolescencia y juventud de las nociones a los abordajes” la definición de (Brito, 1996) sobre la juventud como una condición social que se manifiesta de diferentes maneras según las características históricas de cada individuo, adicionalmente cita la definición de (Sandoval, 2002:159-164) sobre la juventud la cual es concebida como una categoría etaria (categoría sociodemográfica), como etapa de maduración (áreas sexual, afectiva, social, intelectual y físico/motora) y como subcultura. (Dávila León, 2004).

La juventud es una de las etapas por las que atraviesa cualquier ser humano en su ciclo vital, que implica transformaciones tanto a nivel físico como cambios subjetivos (biológicos, psicológicos, sociales, culturales, etc.); es una etapa para la exaltación de una nueva corporalidad, unas características sexuales determinadas y nuevos roles que le son exigidos al joven o a la joven por la sociedad, la cultura, etnias, clases sociales y el género a partir de su nueva condición.(Aguilar, 2009)(Gallo & Molina, 2012).

CEPAL (2000), en su informe de juventud, población y desarrollo en américa latina y el caribe cita en su concepción más general, el término de «juventud» “se refiere al período del ciclo de vida en que las personas transitan de la niñez a la condición adulta, y durante el cual se producen importantes cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que varían según las sociedades, culturas, etnias, clases sociales y género.(CEPAL, 2000).

Para las Naciones Unidas, el concepto de juventud incluye a la adolescencia como población en edades comprendidas entre los 13 a 19 años y los adultos jóvenes en edades

comprendidas entre los 20 a 24 años, es importante anotar que el criterio de clasificación es la población que se encuentra entre los 15 y 24 años. “Esta definición fue elaborada en el año Internacional de la Juventud celebrado alrededor del mundo 1985”. Actualmente hay en el mundo mil millones de jóvenes, el 18% de la población global, la mayoría viven en países en vías de desarrollo (85%), con aproximadamente el 60% en Asia, el 23% restante en África, América Latina y el Caribe, para el año 2025, se estima que el número de jóvenes que vivirán en países en vías de desarrollo crecerá en un 89,5%, (“La Juventud y las Naciones Unidas,” 2015). A medida que el tamaño relativo de la población crece, también aumenta la necesidad de acceder a los medios y herramientas que les permitan trazar un proyecto de vida, tanto a nivel individual, colectivo y social, por esta razón la problemática se debe abordar en contexto de su ambiente social y económico creando mecanismos con acciones de promoción y prevención.

La adolescencia y la juventud es un momento de oportunidad pero para algunos, también es una etapa que puede conducir a comportamientos que reducen las opciones de vida. En algunos casos, el desarrollo sexual de adolescentes y jóvenes, se produce en un contexto de inestabilidad y vulnerabilidad social. Ciertos estudios informan que de los adolescentes que son sexualmente activos, un tercio ha tenido múltiples parejas sexuales en el último año, el 90% ha utilizado condón, pero sólo entre el 16% y el 25% los han utilizado constantemente y aproximadamente la mitad informó que su primera relación sexual fue forzada (UNFPA, MSPS. 2014).

En Colombia, la Ley 375 de 1997, define a los jóvenes como “la persona entre 14 y 26 años en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y

cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía”.(Sarmiento, 2005). Sin embargo, en el Proyecto de Ley 127 de 2010 (Congreso de la República), que pretende derogar la Ley 375, se circunscribe al sujeto joven hasta los 30 años. Las características de la población joven en distintos países han hecho que el rango etario por el cual se la define esté demarcado de acuerdo con otros aspectos, como la participación socioeconómica. (Gallo & Molina, 2012).

## **MÉTODO DE BARRERA CONDÓN**

El preservativo o condón es uno de los métodos anticonceptivos de barrera más antiguos que se han utilizado para la prevención de embarazos, (ITS) y el VHI/Sida. Estudios anteriores a nivel nacional reportan que un alto porcentaje (92%), reconoce el condón como elemento protector contra el VIH. (UNFPA.MSPS, 2013).

El condón es un método anticonceptivo de barrera, generalmente fabricado de látex para hombre y de nitrilo sintético para mujer lo requieren las personas que establecen relaciones sexuales, es de doble protección; ya que si se usa correcta y consistentemente evita las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo no deseado. La doble protección abarca relaciones vaginales, anales y orales, que implica el contacto con semen o fluidos vaginales infectados con la boca, el ano, y el pene, así como el contacto oral o genital con llagas externas producidas por (ITS). Existen organismos nacionales e internacionales de normalización (Organización Internacional para la Normalización ISO) que desarrollan normas de seguridad, calidad y rendimientos del producto, adicionalmente se especifican métodos de ensayo que permiten verificar dichos productos. La OMS y el UNFPA colaboran con las ISO para ampliar la

norma de acuerdo a las circunstancias económicas y sociales del país.(O. UNFPA., 2011) Según la OMS la eficacia del condón femenino tras un año de uso frente al embarazo es de un 95% en un uso correcto y adecuado, en el caso en que la mujer omite algún paso su eficacia sería de un 79%. Con respecto a la eficacia para la reducción del riesgo de las (ITS) es del 97% (UNFPA, 2014).

La tasa de embarazo con el uso correcto y consistente del condón es del 3%, tasa que se incrementa al 14% si la pareja lo usa en forma incorrecta. En relación con las infecciones de transmisión sexual y el VIH la reducción del riesgo en relaciones heterosexuales se estima en un 80%, en estudios realizados por el UNFPA, WHO Y PATHA no se ha establecido el porcentaje de reducción de ITS por secreciones genitales, como clamidia, gonorrea y tricomoniasis. (UNFPA.MSPS, 2013).

## **EL CONDÓN MASCULINO**

### Condón

#### Antecedentes históricos

Existen diferentes teorías sobre el origen del condón o vaina, no existe la fecha exacta de aparición del condón, los antecedentes refieren que fueron los romanos los que usaron los primeros condones, en un manuscrito (1200 A.C) se reporta que el Rey Minos usaba como condón los pulmones de pescado para evitar embarazos y enfermedades. En las conquistas realizadas por los romanos comenzaron a utilizar tripas de cordero como protección sanitaria en sus relaciones sexuales.(Arango, P & Mosquera, C. 2007)



El origen de la palabra "condón" también es desconocido; una de las teorías favoritas es que se llama así por el nombre de su inventor, el señor *Condón* o *Contón*, un cortesano de Carlos II; otros evocan la etimología latina *condus*, que para los romanos significa receptáculo. La primera descripción sobre el uso del condón se encontró en la obra de *Falopio*, la cual hacía referencia en lograr la protección contra la sífilis. Se ha sugerido que algún trabajador de un matadero medieval tuvo la ocurrencia de que las membranas delgadas de un animal lo protegían contra la infección. En 1870 aparece el primer preservativo de caucho, de calidad aún mediocre y poco práctico. En 1930, con el desarrollo del látex, aparece el nuevo preservativo, más fino y más sólido. (Díaz Alonso, 1995). En 1980 en Inglaterra en una excavación en el Castillo de Dudley, encontraron preservativos fabricados con intestino de animales, de 35 mm de ancho, cocidos cuidadosamente en una extremidad, mientras que la otra punta tenía una cinta que permitía mantenerlos apretados una vez colocados, se estima que corresponden a los siglos XVI, XVII, y XVII. (Wikipedia.org, 2015).

Según el Manual para la adquisición, suministro y distribución de condones masculinos elaborado por UNFPA y el Ministerio de Salud Colombia, 2013 define el preservativo o condón masculino como una delgada funda de plástico o de látex de caucho natural, diseñado para cubrir el pene en erección durante una relación sexual. Evita el contacto del esperma con las mucosas que revisten los genitales de la pareja sexual, sirva para prevenir el embarazo, ITS y el VIH/Sida. Este condón solo soporta lubricantes a base de agua, se ajusta al pene y solo puede colocarse cuando el pene esta erecto. Se deteriora rápidamente si no se almacena en condiciones adecuadas de luz, temperatura y humedad. Cubre solo el pene y los genitales internos femeninos. (UNFPA.MSPS, 2013).

Componentes en la elaboración del condón.

Deben estar fabricados con látex de caucho natural y existen también de poliuretano para las personas que son alérgicas al látex. El preservativo masculino generalmente posee un espacio en el extremo cerrado llamado depósito, diseñado para contener el semen, sus medidas pueden variar entre 16 a 22 cm de longitud y de 3,5 a 6,4 cm de diámetro, la medida estándar es de 170 mm de largo, 48 mm de ancho nominal y entre 0,055 y 0,07 mm de grosor. La presentación también puede variar se encuentran lisos o con texturas (anillos, tachones) para lograr una sensación más intensa; con aromas diversos (vainilla, fresa, chocolate, banana, coco, entre otros); con formas anatómicas especiales para aumentar la comodidad o la sensibilidad; más largos y anchos o ajustados; más gruesos (extra fuertes) o más delgados (sensitivos); con lubricante saborizado; sin lubricar, lubricados ligeramente, extra lubricados, entre otros, no pueden liberar sustancias tóxicas o perjudiciales en cantidades que puedan causar irritación, sensibilidad o cualquier otra molestia al usuario, en condiciones normales de uso.(Wikipedia.org, 2015)

Efectividad del condón

Gayón Vera et al (2008) refiere que los estudios de laboratorio han demostrado que los condones de látex constituyen una barrera “muy efectiva” para partículas similares en tamaño a los virus más pequeños; sin embargo, su protección no es del 100%. , al realizar revisiones de la literatura encontró varios resultados que apoyaban la idea que los condones constituyen una barrera efectiva , en un primer metanálisis que fue realizado en parejas heterosexuales (1993) la efectividad del uso del condón se reportó en 69% (límite: 46 a 82%) en parejas heterosexuales. En un segundo metanálisis revisado por el autor en mención en el cual se estudió el control de transmisión para prevenir infección por VIH (1997), se encontró una efectividad del preservativo

del 90 a 95% en relación al condón para la prevención del VIH, En un tercer metanálisis se basó en estudios longitudinales (1999) donde se compararon parejas que siempre utilizaron condón (100% de los coitos), versus parejas que lo utilizaron ocasionalmente (1 a 99% de coitos) y nunca (0% de los coitos), La estimación de la efectividad del condón en 87%(IC95%: 60 a 95). El último metanálisis Cochrane (2006) reportó que el uso del preservativo en forma consistente reportó una efectividad de 80% en relación a la disminución de la incidencia de VIH en parejas heterosexuales.(Gayón Vera, Hernández Orozco, Sam Soto, & Lombardo Aburto, 2008).

Los preservativos son efectivos para prevenir las infecciones de transmisión sexual cuando se usan en forma consistente y correcta; sin embargo, la protección no es del 100%. Se estima una efectividad del 95% en prevención de ITS ya que no protege al escroto ni evita las infecciones producidas por epizoonosis (piojo público, escabiosis), verrugas genitales o lesiones por virus de papiloma humano (VPH)(Wikipedia.org, 2015).

De acuerdo a la efectividad del preservativo para otras enfermedades como el VPH, el Herpes, la gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis Gayón Vera et al reportan que para prevenir la infección por VPH se desconoce, en un metanálisis de 20 estudios, Mahart y Koutsky indicaron que el preservativo no es efectivo contra la infección del VPH y enfermedades relacionadas como verrugas, neoplasia intraepitelial cervical y cáncer cervicouterino. Entre las limitantes se menciona que ningún estudio se diseñó específicamente para evaluar el uso del condón y no se estableció la secuencia temporal. Winer y colaboradores realizaron un estudio prospectivo en 82 mujeres de 18 a 22 años de edad (estudiantes universitarias, núbiles o con actividad sexual dentro

de las dos semanas previas al estudio), donde encontraron que las parejas que usaron preservativo en 100% de los coitos vaginales tuvieron menos probabilidad de contagio del VPH (70%). Con respecto al Virus del Herpes Simple (2)- VHS-2 estudios realizados en estados unidos reportan que la efectividad parcialmente. En gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis los estudios demuestran que los condones brindan una barrera “esencialmente impermeable” contra los microorganismos responsables de estas infecciones, pero la protección con uso típico no es del 100%. (Gayón Vera et al., 2008).

#### Uso del condón en Colombia.

El uso del condón masculino ha sido promovido como parte de los métodos anticonceptivos temporales de barrera. "El uso correcto se refiere a la colocación, previo a cualquier contacto pene-genitales, sin escurrimiento del eyaculado o rotura del preservativo”(Gayón Vera et al., 2008). El principio del método es evitar el embarazo no deseados y proteger de las ITS incluyendo VIH/SIDA. El condón es una funda que cubre el pene erecto, recoge el semen y actúa como barrera para impedir el paso de los espermatozoides a la vagina. Es el único método que brinda protección, previene ITS y embarazos no deseados. El buen uso garantiza seguridad e higiene en la anticoncepción.( Arango, P, & Mosquera, C. 2007).

En Colombia diversas campañas dirigidas a la población sobre el uso del condón en el marco de un proyecto nacional de educación sexual, con el fin de promover el uso del condón y como respuesta a la necesidad de emprender acciones orientadas a la prevención del VIH/Sida. Desde entonces, se han implementado muchas campañas como parte de los programas de prevención, las cuales han tenido resultados variables. La Encuesta Nacional de Salud de 2007

evidenció que el 88% de las personas entre 18 y 69 años conocen la existencia de enfermedades que pueden transmitirse sexualmente, de las cuales el 92% sabe que el uso del condón ayuda a prevenirlas. Sin embargo, solo el 18% de ellos admite haberlo utilizado en su primera relación sexual, porcentaje no muy diferente del 19%, que refiere haberlo utilizado en su última relación sexual. La ENDS 2010 encontró que del 4% de todas las mujeres en edad fértil que fueron entrevistadas y que manifestaron haber tenido dos o más parejas sexuales en los últimos doce meses anteriores a la entrevista, solo el 34% en promedio reportó haber usado condón en su última relación sexual; el porcentaje más alto 44,5% se encontró entre las jóvenes de 15 a 19 años, y el porcentaje más bajo 25,2% está en las mujeres de 30 a 39 años (Profamilia, 2011). (UNFPA.MSPS, 2013).

#### Marco normativo de los componentes de salud sexual y reproductiva

Son bastantes las políticas públicas que están relacionadas con la temática del trabajo, en una revisión del Marco Normativo Institucional Colombiano, y en coherencia con la perspectiva de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos, las políticas de salud sexual y reproductiva de Colombia “tienen como eje el marco conceptual definido por las plataformas emanadas en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo del Cairo (CIPD, 1994) donde se destaca la necesidad de considerar a las y los jóvenes como sujetos de derechos reproductivos, con unos objetivos fijados que incluían asegurar el acceso voluntario y universal a los servicios de salud reproductiva antes del 2015; la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995; Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer - Conferencia de Belém Do Pará (OEA 1994) y el Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación, 2010”. A nivel Nacional,

Colombia viene desarrollando un marco normativo orientado a reconocer la sexualidad y la salud sexual y reproductiva como dimensiones propias del desarrollo humano y campos para el ejercicio de sus derechos con referencia a la promoción, se destaca la Ley de Educación Nacional 115 de 1994 en la que se estipula la obligatoriedad de la educación sexual en el marco de las competencias ciudadanas y de los proyectos pedagógicos transversales.(Aguirre & Técnicos, 2014).

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), busca mejorar la SSR y promover el ejercicio de los Derechos de Salud Reproductiva para toda la población, hace énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.(MPS, 2003).

#### Historia de los DSR en Colombia

Los Derechos Sexuales y Reproductivos en Colombia, iniciaron en los años 60's, en un momento de cambios sociales y políticos que dan a la apertura para el abordaje de la sexualidad, como una temática específica y objeto de las políticas de Estado. En 1969 se crea en el Ministerio de Salud, el Programa de Atención Materno Infantil, a través del cual se orientó la prestación de servicios de planificación familiar en los hospitales locales, regionales, universitarios y centros de salud, que complementaba los prestados por Profamilia (Ministerio de Educación Nacional & Unfpa, 2008).

Posteriormente en la década de los 1970 se estableció, la primera cátedra de educación sexual en las Universidades, en el ámbito escolar, con el Decreto 080 de 1974, se establece la obligatoriedad de la cátedra de Comportamiento y Salud centrado básicamente en aspectos biológicos del sexo, no profundiza las dimensiones de la sexualidad y propicia la formación de los jóvenes para una vida sexual plena y satisfactoria.

De acuerdo a lo expuesto y viendo la necesidad de un cambio, la Sociedad Colombiana de Sexología contribuyó al estudio de la sexualidad y la educación sexual, y destacó la importancia de establecer, formalmente una propuesta desde el Estado en torno a la sexualidad y a la educación, de acuerdo a esto surgió el Proyecto Nacional de Educación Sexual, desprovisto de un enfoque de género y de derechos”. En la década de los 80 la sexualidad fue abordada desde el aspecto demográfico teniendo en cuenta variables poblacionales como fecundidad, mortalidad, migraciones, tamaño, tendencias, estructura por sexo y edad de la población.

En la década de los 90’s con la Constitución Política de 1991 se observó un cambio positivo con la apertura de los temas en salud sexual y reproductivas; no así con la expedición de la Ley 100 de 1993, y la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Institucionalmente se comenzó a hablar del condón desde la década de 1990, fue a partir de la implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en 2003 que oficialmente se reconoció su uso y se asumió su promoción como un adminículo eficaz para evitarlas Infecciones de Trasmisión Sexual - ITS y los embarazos no deseados.(Secretaria De Salud De Bogotá - Universidad Nacional, p26,27,28. 2012)

## Política pública de juventud en Colombia

La juventud se ve afectada, positiva y negativamente, por las políticas explícitas e implícitas. Entre las políticas explícitas se citan las legislación, programas y directrices que transforman las situaciones que viven los jóvenes y garantizan el ejercicio de sus derechos y promover su participación. “Las políticas implícitas son las leyes, reglamentos y otras directivas que aunque no son promulgadas con el objeto de influir directamente en la situación específica de los jóvenes, tienen repercusiones positivas y negativas sobre su condición y situación”(Sarmiento, 2005).

En la política de juventud el Público objetivo son adolescentes o jóvenes en edades comprendidas entre 14-28 años de edad, se implementó con la firma del Acuerdo 159 en el Concejo Distrital en 2005, “por el cual se establecen los lineamientos de la Política Pública de Juventud para Bogotá, D.C., y se dictan otras disposiciones”. Posteriormente se genera un proceso de construcción compartida entre el Distrito y los jóvenes que dio como resultado un documento de Política Pública de juventud, el cual fue reglamentado bajo el Decreto 482 de 2006. En Colombia los jóvenes desde la segunda mitad del siglo XX inician con su expresión social, política y cultural, el contexto y dinámicas de la modernización; por esta razón se proyectan las políticas de juventud, las cuales son definidas como el: “conjunto coherente de principios, objetivos y estrategias, que identifica, comprende y aborda las realidades de los jóvenes, da vigencia a sus derechos y responsabilidades, reconoce y reafirma sus identidades y afianza sus potencialidades, resultado de consensos y acuerdos entre jóvenes, Estado y sociedad, cuya finalidad es crear condiciones para que los jóvenes participen en la vida social, económica, cultural y democrática y por ende en la construcción de un nuevo país”.(Sarmiento, 2005).



### Política pública de juventud para Bogotá 2006-2016 (decreto 482 de 2006)

Por la cual se adopta la Política Pública de Juventud para Bogotá D.C. 2006-2016, tiene unos principios orientadores como son: Universalidad dirigida a toda la población joven que habita Bogotá; Equidad orienta las acciones de manera transversal para lograr la igualdad y oportunidades de mujeres y hombres joven; Participación con decisión de los jóvenes como sujetos de derecho; Inclusión y promoción de la diversidad reconocimiento de la heterogeneidad juvenil; Reconocimiento del simbolismo cultural; Integralidad con la articulación de políticas públicas poblacionales; Territorialidad; Reconocimiento del simbolismo cultural; Corresponsabilidad y concurrencia; Gerencia pública y humana; Descentralización; Contextualización de las acciones; seguimiento integral y Difusión. Con un enfoque de derechos y garantía progresiva de los derechos de las y los jóvenes del Distrito. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2006) En el año 2013 se firma la Ley Estatutaria "por medio de la cual se expide el Estatuto de Ciudadanía Juvenil y se dictan otras disposiciones" que deroga la Ley Nacional de Juventud 375 de 1997, y establece nuevas definiciones, enfoques, rango etario de los jóvenes, nuevas instancias de participación juvenil.

Se desarrolla a partir de un enfoque de derechos; con principios de universalidad, equidad de mujer y géneros, participación con decisión, inclusión y promoción de la diversidad, integralidad, territorialidad, reconocimiento del simbolismo cultural, corresponsabilidad y concurrencia, gerencia pública y humana, descentralización, contextualización de las acciones, seguimiento integral y difusión.

Los principios son relacionados con los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos ya que “...los jóvenes tienen derecho a decidir sobre su vida sexual y a decidir si quieren o no tener relaciones sexuales;... la decisión debe estar respaldada por una formación que permita el “actuación y vivencia de una sexualidad sana, protegida, responsable y gratificante fundamentada en el respeto de los derechos, la equidad entre géneros, el fortalecimiento de habilidades comunicativas y la construcción del proyecto de vida y, por una estrategia amigable de servicios que facilite el acceso a métodos anticonceptivos modernos y a servicios oportunos de salud sexual y reproductiva, con estos derechos se reconocen la autonomía de los y las jóvenes respecto a las decisiones que deciden sobre su cuerpo, el ejercicio de la sexualidad en condiciones de bienestar y el Estado es el responsable de la garantía de derechos”.(Secretaria De Salud De Bogotá - Universidad Nacional, p41. 2012).

La política de juventud y su enfoque de derechos también entra en armonía con el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, del Ministerio de Educación Nacional de Colombia, con el apoyo Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), cuyo propósito es “contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, con un enfoque de construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos” , y en cuya apuesta confluyen estrategias como la búsqueda del fortalecimiento de Secretarías de Educación e Instituciones Educativas y la formación de agentes en Educación para la Sexualidad y la Construcción de Ciudadanía(Secretaria De Salud De Bogotá - Universidad Nacional, 2012).

La Política Pública de juventud se implementó por un amplio proceso de participación de la juventud colombiana: durante dos años se discutieron propuestas a todo lo largo y ancho del país en foros que convocaron a más de 6.000 jóvenes y a muchos participantes los más diversos sectores sociales. El Congreso de la República y el Gobierno Nacional estuvieron presentes en este proceso, y acogieron la voz de los jóvenes colombianos.(Niño Diez, 2001).

#### Desarrollo normativo colombiano sobre DSR

Los derechos sexuales y reproductivos son los derechos humanos, relativos al ejercicio de la sexualidad y de la reproducción orientados al disfrute y al desarrollo personal antecedido por el respeto de la dignidad humana y de los derechos y libertades en aspectos de la vida que históricamente eran considerados privados o íntimos como la vivencia y toma de decisiones en el mundo de las relaciones afectivas, relaciones sexuales y aspectos relacionados con la reproducción, los lazos parentales y la familia orientadas en el proyecto de vida de cada una de las personas.

Al referirse al carácter de derecho fundamental de la dignidad humana, la Corte Constitucional en la sentencia T-881 de 2002 señala que este derecho tiene “un objeto de protección más o menos delimitado (autonomía, condiciones de vida, integridad física y moral)”, adicionalmente la Corte define que la dignidad humana está vinculada con tres ámbitos exclusivos de la persona: La primera está relacionada con autonomía individual (materializada en la posibilidad de elegir un proyecto de vida y de realizarse según su elección), segundo las condiciones de vida cualificadas (circunstancias materiales necesarias para el desarrollo del proyecto de vida) y finalmente la integridad del cuerpo y el espíritu.

Las conferencias internacionales del Cairo y Beijing señalan que los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que están reconocidos en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos básicamente señalan que todas las parejas e individuos tienen derecho a decidir libre y responsablemente acerca de su sexualidad y a la reproducción, a disponer de la información y de los medios para ello y al derecho a alcanzar el nivel más alto de su salud sexual y reproductiva, se incluyen el derecho a la toma de decisiones a la reproducción. El ser humano es sujeto de su auto biografías sexual, escribe su historia como sujeto de libertades y derechos razón por la cual la puede orientar y resinificarla. (Hurtado Sáenz, M. C., Gómez López, C. P., Londoño Vélez, A., Veloza Martínez, E. G., & Urrego Mendoza, 2011).

#### Constitución Política De Colombia 1991

Con la vigencia de la Constitución Política de 1991 en la cual se establece un Estado Social y Democrático de Derecho, laico, pluriétnico, multicultural, descentralizado, participativo con entidades territoriales autónomas, en DSR “derecho a la vida (art. 11); a la igualdad, libertad y no discriminación (art. 13); a la intimidad personal y familiar (art. 15); al libre desarrollo de la personalidad (art. 16); a la libertad de conciencia (art. 18); al trabajo (art. 25); a la libre asociación(art. 38); a la conformación y protección de la familia (art. 42); los derechos de los niños y las niñas(art. 44), a la igualdad entre hombres y mujeres; de las mujeres a recibir atención y protección especiales durante el embarazo (art. 43); a la atención de la salud (art. 49),a la vivienda (art. 51); a la educación (art. 67); a un medio ambiente sano (art. 79)”.(Secretaria De Salud De Bogotá - Universidad Nacional,p45 2012)

### Ley 100 de 1993

La salud es definida como un servicio público a cargo del Estado, con acciones de promoción y prevención, desde un enfoque biomédico el cual determino, las acciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva; entre las que se trabajaron las siguientes áreas planificación familiar, la atención médica dentro del núcleo materno infantil, y la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), de acuerdo a los compromisos del Estado en el marco de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo efectuada en el Cairo en 1994 y reproductivos en la población. (Secretaria De Salud De Bogotá - Universidad Nacional,p45 2012).

### Capítulo 3

#### Metodología

#### Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

#### Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de los datos se solicitó permiso al Doctor Gustavo René García, del grupo de Estudio sobre VIH en jóvenes, competencias y salud sexual para utilizar preguntas del instrumento adaptado y validado por el grupo de estudios de VIH/SIDA. La recolección de los datos se llevó a cabo de manera individual, mediante un cuestionario, auto aplicables, que consta de varias ítems sobre conocimientos e información de variables sociodemográfica como edad, estrato socioeconómico entre otras, y variables conductuales como la edad de inicio de relaciones sexuales e información general sobre salud sexual y reproductiva, la segunda parte del cuestionario consta de una serie de preguntas de tipo nominal y ordinal referentes al conocimiento sobre el condón con variables que permiten realizar abordaje a nivel psicosocial a nivel de la autoeficacia y actitudes, comportamiento sexual de riesgo y prevención y variables situacionales.(Robles Montijo et al., 2006).

#### Población de estudio.

La población de estudio las estudiantes femeninas matriculadas en la cohorte 2015-1 de primer semestre de la Facultad de ciencias de la salud de los programas de Enfermería, Terapia Respiratoria e Instrumentación Quirúrgica de la Fundación Universitaria del Área Andina.

### Criterios de inclusión

Para la selección de la población de estudio se estableció como criterios las estudiantes femeninas matriculadas, en la cohorte 2015-1 de primer semestre de la Facultad de ciencias de la salud de los programas de Enfermería, Terapia Respiratoria e Instrumentación Quirúrgica de la Fundación Universitaria del Área Andina. Ser mayor de edad, autorizar por medio del consentimiento informado la participación en la investigación.

### Criterios de exclusión

No estar matriculado en primer semestre 2015-1, no pertenecer a los programas seleccionados, no estar presente en el salón de clase en el momento de la aplicación de la encuesta, encuesta incompleta.

### Tipo de muestreo

Para el estudio se consideró a todas las estudiantes de la cohorte 2015-I de los programas de enfermería, terapia respiratoria e instrumentación quirúrgica que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión.

La población estaba conformada de la siguiente manera: 175 estudiantes del programa Enfermería de primer semestre de las cuales 44 no cumplieron los criterios de inclusión; 25 eran menores de edad y 15 no desearon participar. Por lo tanto el grupo de enfermería sobre el cual se desarrolló la investigación correspondió a 131 estudiantes.

Las estudiantes del programa de Terapia respiratoria: 63 estudiantes, de ellas 52 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, por lo tanto la encuesta se aplicó a estas estudiantes.

Del programa de Instrumentación Quirúrgica: De las 64 estudiantes inscritas en el programa a primer semestre participaron en el estudio 36 que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Por lo tanto el grupo definitivo de estudiantes que participo en el estudio fue de 219 jóvenes universitarias que ingresaron al primer semestre de los diferentes programas incluidos en el estudio de la facultad de ciencias de la salud en el primer semestre de 2015.

*TABLA 1. Matriz de operacionalización variables encuesta.*

DOMINIO	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERATIVA
Información socioeconómica y cultural de los	Sexo P1	Se refiere a las características físicas y biológicas que definen a hombres y mujeres	Cualitativo	Nominal	F (Femenino)
	Edad P2	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento	Cuantitativo	Razón	Numérica, años cumplidos
	Programa Educación Superior-Universitario P3	Se refiere a la formación de pregrado, que otorga un título de grado profesional	Cualitativo	Nominal	Enfermería Terapia Respiratoria Instrumentación Quirúrgica



universitarios	Estado civil P4	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativo	Nominal	Casado Soltero Unión libre
	Estrato Socioeconómico o P5	clasificación en estratos de los inmuebles residenciales de los universitarios	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5 6
	Con quien vive P6	Vínculo que existe entre cada miembro del hogar con respecto al jefe del mismo, basado en lazos de consanguinidad, afinidad	Cualitativa	Nominal	Núcleo familiar Pareja Otros familiares Sola
	Inicio vida sexual P7	expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente	Cualitativa	Nominal	Si No
	Número de parejas sexuales durante su vida P8	Número de parejas con las cuales se involucra en actos sexuales	Cuantitativo	Razón	Un número entero
	Edad de la primera relación sexual P9	Momento en el que comienzan un conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos seres de distinto sexo o del mismo y que generalmente suele incluir uno o varios coitos	cuantitativo	Razón	Numérica, años cumplidos
	Utilizo condón en su primera relación P10	Evalúa los conocimientos de las jóvenes para el uso adecuado del preservativo.	Cualitativa	Nominal	Si No

	Infecciones de Transmisión Sexual P11	Grupo heterogéneo de patologías transmisibles que comparten la vía sexual como mecanismo de transmisión	Cualitativa	Nominal	Si No
	Se ha realizado pruebas de ITS P12	Examen de laboratorio clínico detección de agente etiológico	Cualitativa	Nominal	Si No
	Ha sido diagnosticado de una ITS P13	Resultado del examen	Cualitativa	Nominal	Si No
Información relacionada con los conocimientos sobre el condón	¿Tiene conocimientos acerca del método anticonceptivo condón? P14	Conocimiento, que tiene las jóvenes sobre el procedimiento y la forma de uso del condón masculino	Cualitativa	Nominal	Si No
	¿Conoce el riesgo al que se expone una persona al no utilizar condón en una relación sexual? P21		Cualitativa	Nominal	Si No
	¿Sabe cómo utilizar un condón, desde la apertura del empaque? P28		Cualitativa	Nominal	Si No
	¿Quién coloca el condón? P29a		Cualitativa	Nominal	Mujer Hombre Ambos Cualquiera de los dos
	¿En qué momento se debe colocar el condón? P29b		Cualitativa	Nominal	Antes de iniciar la relación Cuando el pene esta erecto, antes de la penetración Antes del contacto sexual
	¿En qué momento retira		Cualitativa	Nominal	Después de terminar la

	el condón? P29c				relación. Cuando termina la eyaculación
	¿Quién retira el condón? P29d		Cualitativa	Nominal	Mujer Hombre Ambos
	¿Sabe usted que es la doble protección en una relación sexual? P30		Cualitativa	Nominal	Si No
	¿Cuáles enfermedades de transmisión sexual conoce? P32		Cualitativa	Nominal	Conocimiento del estudiante
Información relacionada con los conocimientos respecto al uso del condón	Considera importante utilizar condón en una relación sexual P15	Conocimiento, que tiene las jóvenes sobre el procedimiento y la forma de uso del condón masculino	Cualitativa	Nominal	Si No
	Considera que el uso del condón en una relación disminuye la sensibilidad P16		Cualitativa	Nominal	Si No
	¿Soy yo quien debe exigir el uso del condón? P17		Cualitativa	Nominal	Si No
	¿Si propongo el uso del condón en una relación sexual, mi pareja pensaría mal de mí? P18		Cualitativa	Nominal	Si No
	¿Si exijo el uso del condón puedo perder la oportunidad de relacionarme? P19		Cualitativa	Nominal	Si No
	Usa condón P23		Cualitativa	Nominal	Siempre La mayoría de veces Ocasionalmente Nunca

Información relacionada con los conocimientos respecto al riesgo del condón	¿Debo usar condón sólo si mi pareja sexual lo solicita? P20	Conocimiento, que tiene las jóvenes sobre el procedimiento y la forma de uso del condón masculino	Cualitativa	Nominal	Si No
	¿Se ha visto expuesto al riesgo no utilizar condón en una relación sexual? P22		Cualitativa	Nominal	Si No
	Investiga el pasado sexual de la pareja P24		Cualitativa	Nominal	Siempre La mayoría de veces Ocasionalmente Nunca
	Planea sus encuentros sexuales P25		Cualitativa	Nominal	Siempre La mayoría de veces Ocasionalmente Nunca
	Aplaza el momento de la relación sexual si no tiene un condón disponible P26		Cualitativa	Nominal	Siempre La mayoría de veces Ocasionalmente Nunca
	¿Le daría pena comprar un condón? P27		Cualitativa	Nominal	Si No
	¿Sabe usted cuales son los riesgos al romperse un condón? P31		Cualitativa	Nominal	Conocimiento del estudiante
Información relacionada con los conocimientos respecto a las inquietudes	¿Qué inquietudes le surgen en torno al tema del condón? P33	Conocimiento, que tiene las jóvenes sobre el procedimiento y la forma de uso del condón masculino	Cualitativa	Nominal	Conocimiento del estudiante

## Procedimiento y recolección de información

Una vez aprobado el proyecto de investigación y obtenido el aval de la encuesta, se solicitó colaboración por escrito desde la coordinación de la maestría de Salud Pública y Desarrollo Social de la Fundación Universitaria del Área Andina, a la facultad de ciencias básicas de la misma universidad para el apoyo en el desarrollo del proyecto de investigación. Se realizaron reuniones con los directores de los programas donde se socializo el proyecto, el consentimiento informado y se procedió a la autorización para la aplicación de la encuesta a los estudiantes matriculados de primer semestre de los programas de enfermería, terapia respiratoria e instrumentación quirúrgica de acuerdo a los horarios establecidos en el plan de estudios.

Las encuestas fueron aplicadas directamente por la investigadora, una vez en los respectivos salones se les informo a los estudiantes el proyecto el propósito del mismo, se les explico que los datos obtenidos serian confidenciales y anónimos, y únicamente serán reportados de manera general en el estudio. Se les solicito su libre participación a los mayores de 18 años, previa lectura del consentimiento informado. (Ver Anexo).

Las encuestas se recibieron y fueron digitadas por la investigadora en una base de datos previamente diseñada en el programa EXCEL. Los datos fueron depurados y posteriormente se importaron al paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciencies) Versión 15.0 para su procesamiento y análisis. Con base en distribuciones de frecuencia, graficas, medidas de tendencia central y medidas de dispersión así como tablas bivariadas para mirar posible relación de las variables, según sea su naturaleza cuantitativa o cualitativa.

## Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló según las normas establecidas en Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud; de acuerdo con su artículo 11, la investigación se ubica en la categoría “sin riesgo”. La participación fue voluntaria y quienes aceptaron formar parte del estudio firmaron un consentimiento informado. Los datos fueron manejados con estricta confidencialidad y anonimato sin realizarse análisis individuales, las encuestas estaban enumerada con un código utilizado para el proceso de tabulación y el cual estaba separado del registro de consentimiento informado.

## Capítulo 4

### Resultados

Con el fin de presentar los resultados de una manera organizada y comprensible, se establecen siete apartados: aspectos sociodemográficos, aspectos relacionados con la sexualidad, conocimientos en relación a la salud sexual y reproductiva, conocimientos en relación a la salud sexual y reproductiva respecto al uso del condón, conocimientos en relación a la salud sexual y reproductiva respecto al riesgo en el tema del condón, conocimientos en relación a la salud sexual y reproductiva respecto a las inquietudes de las jóvenes universitarias, y el análisis bivariado.

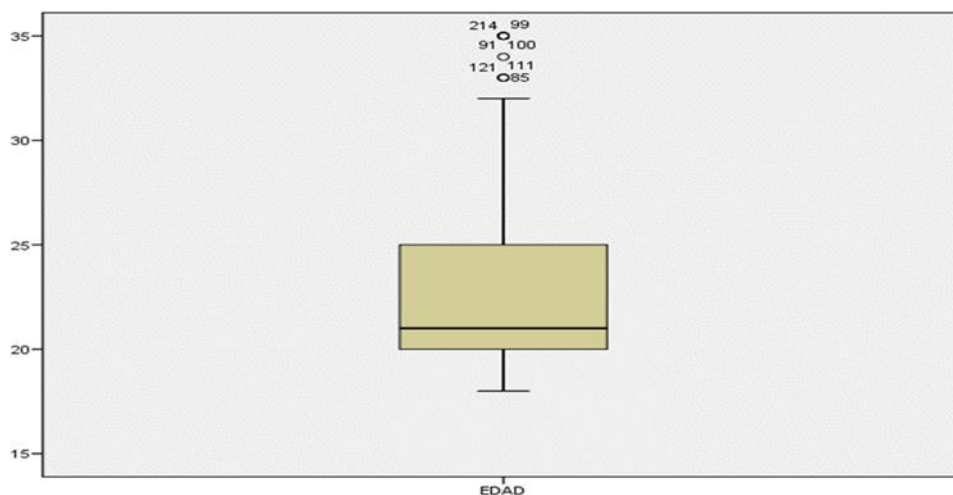
### Aspectos sociodemográficos de las estudiantes

De las 219 mujeres jóvenes universitarias que participaron en el estudio, el 60%(131) pertenecen al programa de Enfermería, seguido del programa de Terapia Respiratoria con un 24%(52) y finalmente el programa de Instrumentación Quirúrgica con un 16 %(36).

La edad promedio de las 219 estudiantes pertenecientes a los programas de enfermería, terapia respiratoria e instrumentación quirúrgica de la facultad de ciencia de la salud fue de 23 años; el 95% de la población se encuentra entre 22,52 y 23,61, con un mínimo de 18 años y un máximo de 35 años. El 25% de las estudiantes tenían una edad menor o igual a 20 años el 50% de ellas tenía una edad menor o igual a 21 años y el 75% tenía 25 años o menos.

**Tabla 2. Descripción de la variable edad**

Cantidad	Media	Moda	DS	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%
219	23	20	4,3	18	35	20	21	25

**Gráfica 1. Diagrama de cajas y bigotes para la variable edad**

Fuente: Base de datos

La dispersión promedio de las edades de las estudiantes con respecto a su edad es d.s. ( $\pm 4,4$ ), evaluando el valor del coeficiente de variación evaluado fue (19,06%) revelando que las edades son moderadamente homogéneas, es decir que la mayoría están muy cercanas a su edad promedio y pueden existir edades extremas como se observa en el diagrama de cajas y bigotes.

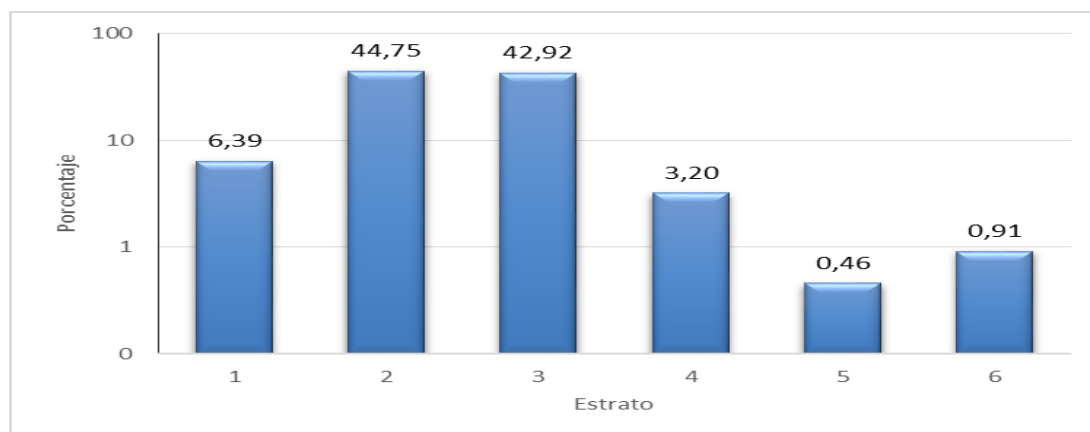


**Tabla 3. Distribución porcentual de la población según estado civil**

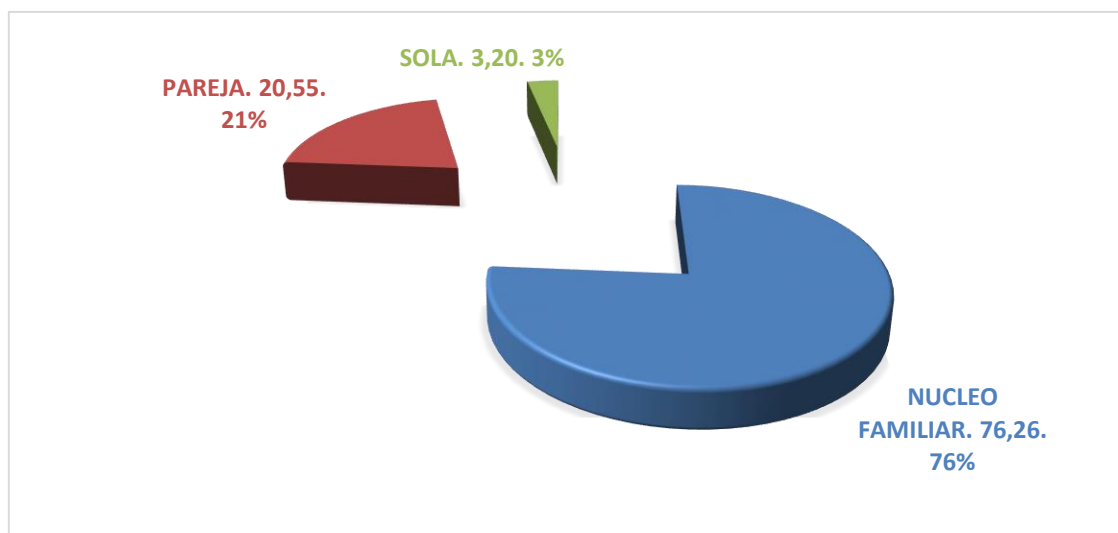
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO	23	10,6
SOLTERO	154	70,6
UNION LIBRE	41	18,8
Total	218	100

Fuente: Base de datos

En relación al estado civil, la mayoría de las encuestadas son solteras con un 71% (154), seguidos por unión libre 19%(41) y una proporción 10%(23) las casadas.

**Gráfica 2. Distribución porcentual de la población según del estrato socioeconómico**

El mayor nivel socioeconómico que se encontró en las estudiantes correspondió al estrato dos (2) 44,7%(98), seguido por el estrato tres (3) 42,9%(94), estrato uno (1) 6,4%(14) y el estrato cinco con 0,46%(1).

**Gráfico 3. Distribución porcentual de la población según persona con las que convive**

Fuente: Base de datos

**Tabla 4. Distribución del Programa académico según estrato socioeconómico**

PROGRAMA		ESTRATO					
		1	2	3	4	5	6
ENFERMERIA	Cantidad	10	62	54	3	0	0
	% ESTRATO	71,40%	63,30%	57,40%	42,90%	0,00%	0,00%
TERAPIA RESPIRATORIA	Cantidad	3	21	24	1	1	2
	% ESTRATO	21,40%	21,40%	25,50%	14,30%	100,00%	100,00%
INSTRUMENTACION QUIRURGICA	Cantidad	1	15	16	3	0	0
	% ESTRATO	7,10%	15,30%	17,00%	42,90%	0,00%	0,00%

Fuente: Base de datos

Del total de las estudiantes de enfermería 48,1% pertenece al estrato dos, seguido por el 41,9% estrato tres y solo un 7,8% en el estrato uno, 2,3% en el estrato cuatro. A los estratos 5 y 6 no pertenece ninguna estudiante del programa de enfermería. De las estudiantes del programa de terapia respiratoria 24 estudiantes representan el 46,2% pertenecen al estrato tres, seguidos por

un el 40,4% de estrato dos y un 5,8% al estrato uno, en los estratos cuatro y cinco hay un estudiante para cada caso que representa el 1,9%. En instrumentación quirúrgica 16 estudiantes pertenecen al estrato tres que aporta un 45,7%, seguido de un 42,9% perteneciente al estrato dos, 8,65 estrato cuatro y 2,9% al estrato uno. Se observa que el 91,4% de todas las estudiantes en los tres programas pertenecen a los estratos dos y tres y un 6,5% al estrato uno.

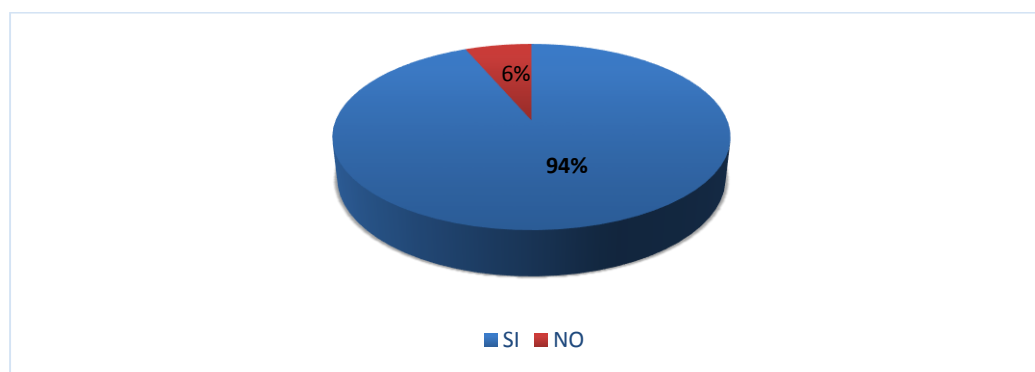
**Tabla 5. Distribución del Programa académico según estado civil**

PROGRAMA		ESTADO CIVIL			TOTAL
		CASADO	SOLTERO	UNION LIBRE	
ENFERMERIA	Cantidad	15	80	36	131
	% Programa	11,50%	61,10%	27,50%	100,00%
	% Estado civil	65,20%	51,90%	87,80%	60,10%
TERAPIA RESPIRATORIA	Count	5	43	4	52
	% Programa	9,60%	82,70%	7,70%	100,00%
	% Estado civil	21,70%	27,90%	9,80%	23,90%
INSTRUMENTACION QUIRURGICA	Count	3	31	1	35
	% Programa	8,60%	88,60%	2,90%	100,00%
	% Estado civil	13,00%	20,10%	2,40%	16,10%

Fuente: Base de datos

Del total de las estudiantes de enfermería el 61.1%(80) son solteras seguidas por el 27,5% que viven en unión libre y el 11,5% son casadas. El 82,7%(43) universitarias del programa de terapia respiratoria son solteras, el 9% corresponde a mujeres casadas y un 8% a unión libre. En el programa de instrumentación quirúrgica el 88,6% son solteras, el 8,6% son casadas y solo una mujer vive en unión libre que representa el 2,9%

Resultados de los aspectos relacionados con la sexualidad de las estudiantes.

**Gráfica 4. Distribución según inicio de vida sexual**

Fuente: Base de datos

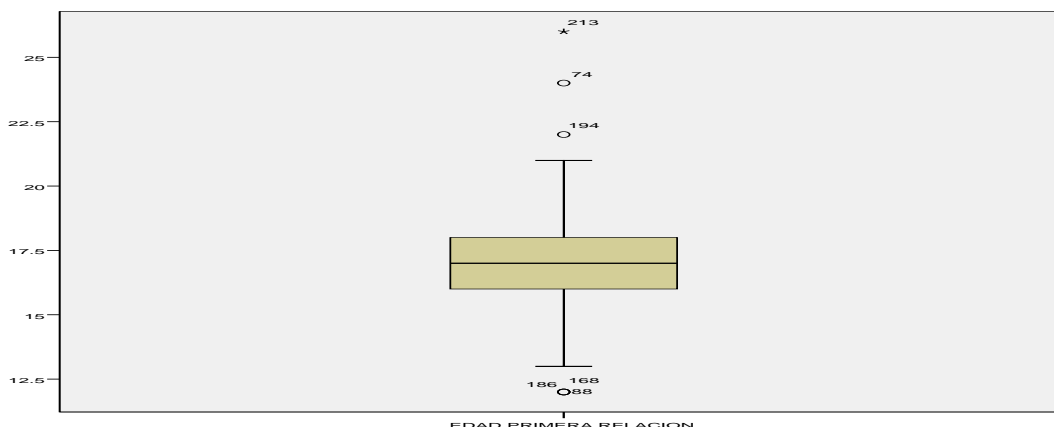
De las 219 mujeres encuestadas de los tres (3) programas de la facultad de ciencias de la salud el 94% (204) iniciaron vida sexual, el 6% restante no había iniciado vida sexual.

**Tabla 6. Promedio de parejas sexuales en la población de estudio.**

Cantidad	Media	Moda	DS	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%
199	2,95	1	2,56	1	20	1	2	3

Fuente: Base de datos

El número de parejas sexuales de la población femenina pertenecientes a los programas de enfermería, terapia respiratoria e instrumentación quirúrgica de la facultad de ciencia de la salud en promedio fue de 2,95; con un mínimo de parejas sexuales de 1 y un máximo de 20. La dispersión promedio de las parejas sexuales de las estudiantes fue de 2.5 con respecto al global de parejas promedio; evaluando el valor del coeficiente de variación fue (0,87%) revelando que el número de parejas es homogéneo con respecto a la media.

**Gráfica 5. Promedio de la edad de la primera relación sexual**

La edad promedio de la primera relación sexual de las estudiantes pertenecientes a los programas de enfermería, terapia respiratoria e instrumentación quirúrgica de la facultad de ciencia de la salud fue de 16,8 años con d.s ( $\pm 2,0$ ); con una edad mínima de inicio de 12 y un máximo de 26 años de edad.

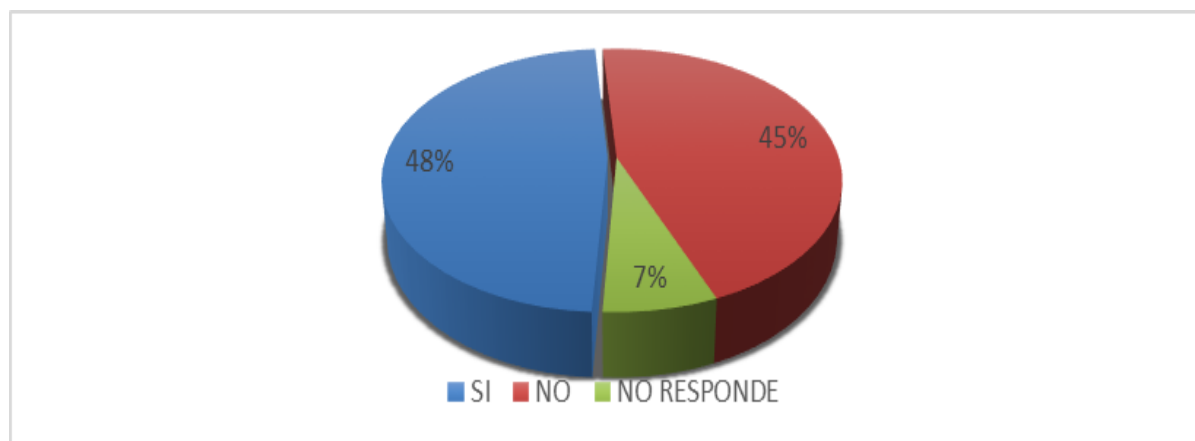
**Tabla. 7. Promedio edad primera relación sexual**

Cantidad	Media	Moda	DS	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%
204	16,89	18	2,09	12	26	16	17	18

Fuente: Base de datos

Evaluando el valor del coeficiente de variación el cual fue (12%) revelando que las edades promedio de inicio de relaciones sexuales son homogéneas, es decir que la mayoría están muy cercanas a su edad promedio.

**Gráfica 6. Distribución porcentual según uso de condón en su primera relación sexual**



Fuente: Base de datos

Se identificó que en el 45,2% (99) de las encuestadas su pareja no utilizó condón, y el 48%(105) si lo utilizaron y el 7% no responde a la pregunta durante su primera relación sexual

**Tabla 8. Distribución según conocimientos, realización de prueba diagnóstica y diagnóstico de ITS.**

PRUEBA ITS		DIAGNOSTICO		TOTAL
		SI	NO	
SI	Cantidad	3	108	111
	% Prueba ITS	2,7%	97,3%	100%
	% Total	1,4%	50,7%	52,1%
NO	Cantidad	0	102	102
	% Prueba ITS	0%	100%	100%
	% Total	0%	49,0%	49,0%

Fuente: Base de datos

En la distribución porcentual según conocimientos sobre ITS, el 99%(216) de las mujeres respondieron que posee conocimientos sobre ITS. Del total de las mujeres que se realizaron la prueba diagnóstica de ITS (111), (3) resultaron con un diagnóstico positivo lo cual representa un 2,7%. Los (3) resultados positivos a nivel de grupo corresponden al 1,4%.

Resultados los conocimientos de las jóvenes universitarias en relación a su salud sexual y reproductiva, respecto tema del condón.

**Tabla 9. Distribución porcentual según conocimientos que refieren las encuestadas sobre el condón.**

CONOCIMIENTOS CONDON		CUALES CONOCIMIENTOS						total
		Evita ITS	Método anticonceptivo	Fácil acceso	No es 100% efectivo	Evita contacto s secreción	Hombre / mujer	
SI	Cantidad	18	112	3	31	8	6	178
	% Conocimientos condón	10,1 %	62	1,7%	17,4%	4,5%	3,4%	100 %
	% Conocimiento condón cuales	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %
	% Total	10,1 %	62,9%	1,7%	17,4%	4,5%	3,4%	100 %
TOTAL	Cantidad	18	112	3	31	8	6	178
	% Conocimiento condón	10,1 %	62	1,7%	17,4%	4,5%	3,4%	100 %
	% Conocimiento condón cuales	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100 %
	% Total	10,1 %	62,9%	1,7%	17,4%	4,5%	3,4%	100 %

Fuente: Base de datos

El 100% de las estudiantes encuestadas reporto tener conocimientos sobre el condón. Del total de estudiantes (178) que respondieron la pregunta sobre cuales conocimientos tenían al respecto del condón el 62,9%(112) lo consideran como método anticonceptivo, el 17,4%(31) método anticonceptivo que no es 100% efectivo, el 4,5%(8) refieren que evita contacto directo

con secreciones, el 3,4%(6) tienen conocimientos sobre el condón masculino y femenino y el 1,7%(3) refiere que es de fácil acceso.

**Tabla 10. Distribución porcentual de la población en estudio según Riesgo al no utilizar el condón en una relación sexual**

CONOCIMIENTO DEL RIESGO AL NO UTILIZAR CONDON		QUÉ CONOCE DEL RIESGO			Total
		Contraer ITS	Embarazo no deseado	ETS / Embarazo no deseado	
		77	94	33	204
<b>SI</b>	%Conocimientos condón	37,7%	46,1%	16,2%	100%
	% cuales	100%	100%	100%	100%
	%Total	37,7%	46,1%	16,2%	100%
		77	94	33	204
<b>TOTAL</b>	%Conocimiento condón	37,7%	46,1%	16,2%	100%
	% cuales	100%	100%	100%	100%
	%Total	37,7%	46,1%	16,2%	100%

Fuente: Base de datos

Las estudiantes que respondieron a la pregunta refieren tener conocimientos sobre el riesgo de no utilizar condón, el 37%(77) expreso que existía el riesgo de contraer una ITS, el 46,1%(94) reporto conocimientos de riesgo al no utilizar condón sobre el embarazo no deseado y el 16,2%(33) considera el riesgo de contraer una ITS y que se presente un embarazo no deseado.



**Tabla 11. Distribución según utilización del condón desde la apertura del empaque**

<b>EXPLIQUE EL PASO A PASO EN LA UTILIZACIÓN DEL CONDON</b>	<b>SABE COMO UTILIZAR UN CONDON</b>	<b>SI</b>
Mirar fecha de vencimiento abrir suavemente con los dedo y colocar	Cantidad % Sabe cómo utilizar el condón	37 31,1%
Se abre el empaque con los dedos, se saca el condón y se evalúa si está Bueno y se coloca	Cantidad % Sabe cómo utilizar el condón	46 38,7%
Se rompe con tijeras el empaque se coloca y se presiona la parte superior	Cantidad % Sabe cómo utilizar el condón	9 7,6%
Se rasga desde la punta el empaque se verifica el estado del látex y se coloca	Cantidad % Sabe cómo utilizar el condón	10 8,4%
No se debe abrir con los dientes se coloca y se presiona	Cantidad % Sabe cómo utilizar el condón	3 2,5%
Se compra, se revisa fecha de vencimiento, se destapa cuidadosamente y se coloca	Cantidad % Sabe cómo utilizar el condón	2 1,7%
Se coloca deslizándolo suavemente por el pene y se verifica que no queden burbujas	Cantidad % Sabe cómo utilizar el condón	3 2,5%
Se rompe el empaque con los dientes se saca y se coloca	Cantidad % Sabe cómo utilizar el condón	1 0,8%
Nunca se guarda en la billetera se abre y se coloca cuando el pene esta erecto se coloca suavemente y se verifica que no tenga aire	Cantidad % Sabe cómo utilizar el condón	3 2,5%
Abrir por el lado de la pestaña, buscar la parte lubricada colocar con el pene erecto oprimir la punta y verificar ausencia de aire.	Cantidad % Sabe cómo utilizar el condón	1 0,8%
<b>TOTAL</b>	Cantidad % Sabe cómo utilizar el condón	119 100%

Fuente: Base de datos

El 100% de las estudiantes que sabe cómo utilizar el condón, de estas el 38,7%(46) abre el empaque con los dedos saca el condón y evalúa si no está roto y lo coloca, 31,1%(37) refieren que lo primero para ellas es mirar fecha de vencimiento abrirlo muy suavemente con las yemas de los dedos y colocarlo en pene, el 7,6%(9) indica que el empaque se rompe con tijeras se

coloca y se saca el aire, un 2,5%(3) refieren que no se debe abrir con los dientes el empaque y simplemente se coloca, otro 2,5%(3) comenta que solamente se coloca en el pene y se verifica que no tenga aire y otro 2,5%(3) considera que no debe guardarse en la billetera. El 1,7%(2) refiere que lo compra verifica fecha de vencimiento, lo destapa cuidadosamente y lo coloca. Una estudiante 0,8% considera que se abre el empaque con los diente y se coloca en el pene y finalmente una estudiante 0,8% comenta que se debe abrir por el lado de la pestaña buscar la parte lubricada colocarlo en el pene erecto oprimir la punta sacar el aire y verificar que este bien puesto.

**Tabla 11a. Distribución según conocimiento postura del condón y momento en el que se debe colocar.**

QUIEN COLOCA EL CONDÓN		EN QUE MOMENTO SE DEBE COLOCAR			TOTAL
		antes de iniciar la relación	cuando el pene esta erecto antes de la penetración	antes del contacto sexual oral, toques , copulación	
La Mujer	Cantidad	11	13	1	25
	% Quien	9,5%	11,1%	33,3%	10,6%
	%En qué momento	44,0%	52,0%	4,0%	100%
El Hombre	Cantidad	64	50	1	115
	% Quien	55,2%	42,7%	33,3%	48,7%
	% En qué momento	55,7%	43,5%	4,0%	100%
Ambos	Cantidad	41	54	1	96
	% Quién	35,3%	46,2%	33,3%	40,7%
	% En qué momento	42,7%	56,3%	1,0%	100%
<b>TOTAL</b>	Cantidad	116	117	3	236
	% Quién	100%	100%	100%	100%
	% En qué momento				

Fuente: Base de datos

Del total de las estudiantes encuestadas respondieron a la pregunta de quién coloca el condón de la siguiente manera el 10,6%(25) la mujer, el 48,7%(115) el hombre siempre es quien lo coloca, el 40,7%(96) entre los dos.

Del total de las que lo colocan antes de iniciar la relación sexual el 55,2%(64) los hombres, el 35,3%(41) ambos y el 9,5%(11) las mujeres.

Las que respondieron que se coloca cuando el pene esta erecto antes de la penetración el 46,2%(54) ambos, el 42,7%(50) los hombres y el 11,1%(13) las mujeres.

Con respecto a las respuesta de en qué momento se debe colocar el condón el 33,3%(1) de las mujeres refiere que se coloca antes del contacto sexual oral copulación o toques, el mismo porcentaje corresponde tanto para hombres como para las que respondieron que ambos.

Del total de mujeres el 44%(11) indican que debe colocarse antes de iniciar la relación, el 52%(13) refiere que se coloca cuando el pene esta erecto antes de la penetración y el 4%(1) reportan que antes del contacto sexual oral copulación o toques.

Para el total de las mujeres que reportaron que lo debe colocar el hombre el 55,7%(64) indican que se debe colocar antes de iniciar la relación y el 43,5%(50) cuando el pene esta erecto antes de la penetración y el 0,9%(1) indica que se debe colocar antes del contacto sexual oral o copulación.

En el caso de las estudiantes que reportaron que ambos lo colocaban el 49,6%(117) indican que se debe colocar cuando el pene esta erecto antes de la penetración y solo tres estudiantes con un aporte del 1,3% indicaron que se debe colocar antes de del contacto sexual, copulación o toques.

**Tabla 11. b. Distribución de la población según conocimiento del momento en el que se debe retirar y quien lo retira**

EN QUE MOMENTO LO RETIRA			QUIE LO RETIRA				TOTAL
			La mujer	El Hombre	Ambos	Cualquiera de los dos	
Después de terminada la relación	Cantidad		15	122	18	2	157
	%		9,6%	77,7%	11,5%	1,3%	100%
			44,1%	69,3%	69,2%	100%	66,0%
Al terminar la eyaculación	Cantidad		19	54	8	0	81
	%		23,5%	66,7%	9,9%	0%	100%
			55,9%	30,7%	30,8%	0%	34,0%
<b>TOTAL</b>	Cantidad		34	176	26	2	238
	%		14,3%	73,9%	10,9%	0,8%	100%
			100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Base de datos

El 66%(157) reportaron que el condón debe retirarse después de terminada la relación sexual y el 34%(81) indican que se debe retirar cuando se termina la eyaculación.

Del total de las estudiantes el 14,3%(34) indican que el condón lo retira la mujer, el 73,9%(176) el hombre y el 11,8%(28) ambos.

Del total de estudiantes que considera que se debe retirar después de terminada la relación el 9,6%(15) indica que lo debe retirar la mujer, el 77,7%(122) el hombre y el 12,7%(20) ambos.

Del total de estudiantes que reportaron que debe retirarse cuando termina la eyaculación reportaron el 23,5%(19) que lo retira la mujer, el 66,7%(54) el hombre y el 9,9%(8) ambos.

El total de estudiantes que reporta que lo retira la mujer el 44%(15) refiere que debe hacerse después de terminada la relación y el 55,9%(19) indica que se debe retirar cuando termina la eyaculación.

Del total de estudiantes que refieren que lo debe retirar el hombre el 69,3%(122) indican que debe hacerse después de terminada la relación sexual y el 30,7%(54) dicen que lo retiran cuando termina la eyaculación.

Del total de estudiantes que reportaron que lo retiran ambos el 77,4%(20) refieren que se debe retirar después de terminada la relación y el 28,6%(8) indican que lo deben retirar cuando termina la eyaculación.

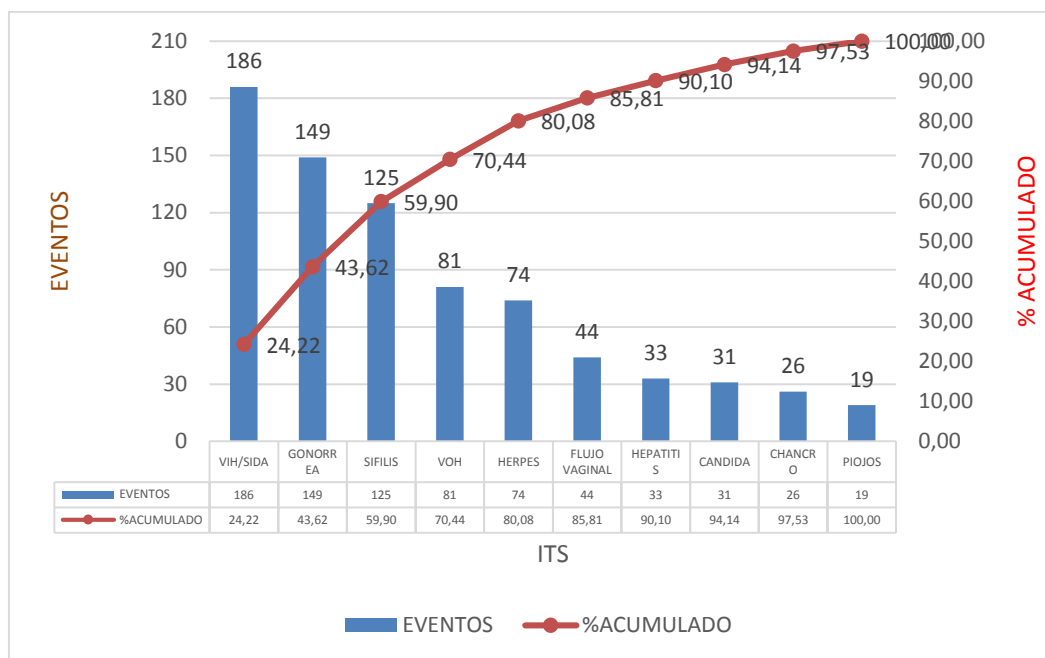
**Tabla 12. Distribución según los conocimientos doble protección**

<b>QUE SABE DE LA DOBLE PROTECCION EN UNA RELACION SEXUAL</b>		<b>Sabe que es la doble protección</b>
		<b>SI</b>
Doble condón	Cantidad	23
	% Que es la doble protección	76,7%
	% Que sabe protección	19,8%
Condón y pastillas anticonceptivas	Cantidad	90
	% Que es la doble protección	97,8
	% Que sabe protección	77,6%
Ni idea	Cantidad	3
	% Que es la doble protección	5,1,%
	% Que sabe protección	2,6%
<b>TOTAL</b>	Cantidad	116
	% Que es la doble protección	63,7%

Fuente: Base de datos

Del total de estudiantes 63,7%(116) refieren conocer que es la doble protección en una relación sexual y 36,3%(36,3) no saben. Del total de estudiantes que saben que es la doble protección 18,8%(23) indican que se trata de utilizar doble condón en la relación sexual, el 77,6%(90) relacional el uso del condón con el uso de pastillas anticonceptivas y 3(2,6%) no conocen ningún método de doble protección.

**Gráfica 7. Pareto conocimiento ITS**



Fuente: Base de datos

Las ITS que refiere la población de universitarias de mayo impacto con un 85%(186) del VIH/SIDA, en un 68%(149) la gonorrea, 57%(125) sífilis, 70%(81) VPH, 34%(74), herpes14%(31).

**Tabla.13. Distribución de la población según uso del condón en una relación sexual.**

<b>EL PORQUE DE LA IMPORTANCIA DEL CONDON EN RELACION SEXUALES</b>		<b>SI</b>
Evita embarazo no deseado	Cantidad	15
	% Importancia	7,2%
Previene ITS	Cantidad	42
	% Importancia	20,3%
Evita embarazo no deseado e ITS	Cantidad	110
	% Importancia	20,3%
Evita ITS e infecciones urinarias	Cantidad	9
	% Importancia	4,3%
No conoce el pasado de la pareja	Cantidad	19
	% Importancia	9,2%
Respeto por el cuerpo	Cantidad	9
	% Importancia	4,3%
Tiene relaciones con personas diferentes a la pareja	Cantidad	3
	% Importancia	1,4%
<b>TOTAL</b>	Cantidad	207
	% Importancia	100%

Fuente: Base de datos

Todas las estudiantes encuestadas reportaron que es importante el uso del condón en una relación sexual, de estas el 53,1%(110) que evita embarazo no deseado e ITS, 20,3%(42) indican que previenen ITS, el 9,2%(19) que no conoce el pasado de su pareja sexual, el 7,2%(15) que evitaba el embarazo no deseado, el 4,3%(9) evita ITS e infecciones urinarias y el mismo porcentaje refiere que por respeto a su cuerpo y a su vida, el 1,4%(3) por que acostumbran tener relaciones con otras personas.

Distribución según disminución de la sensibilidad por el uso del condón en una relación sexual.



Del total de estudiantes el 43,4% (66) considera que el uso del condón disminuye la sensibilidad y el 56,6%(86) considera que no disminuye la sensibilidad. De las mujeres que no consideran que se disminuye la sensibilidad el 82%(71) refieren que se siente lo mismo y protege, el 12,8%(11) considera que se afecta porque no hay contacto normal con la piel, el 47%(4) refiere que depende del tipo de condón.

De las estudiantes que respondieron que si se disminuye la sensibilidad el 9,1%(6) indican que no se siente lo mismo, el 34,8%(23) refieren que se afecta porque no hay contacto directo con la piel, el 6,1%(4) depende del tipo de condón y el 50%(33) refieren que depende de la pareja.

**Tabla 14. Distribución según exigencia por parte de la mujer en el uso del condón**

<b>EL PORQUE DE LA IMPORTANCIA DEL CONDON EN RELACION SEXUALES</b>	<b>SI</b>
Por responsabilidad mutua	Cantidad 46 % uso 25%
No sé el pasado sexual de mi pareja	%por qué 80,7% Cantidad 57 % uso 31%
Es mi cuerpo, mi vida y la cuida	%Por qué 89,1% Cantidad 54 % uso 29,3%
Evita embarazos e ITS	%Por qué 96,4% Cantidad 16 % uso 8,7%
Depende de mis parejas	%Por qué 94,1% Cantidad 11 % Uso 6%
<b>TOTAL</b>	% Por qué 68,8% Cantidad 184 % Uso 100% % Por qué 87,6%

Fuente: Base de datos

Del total de estudiantes el 87,6%(184) refieren que ellas son las que exigen el uso del condón y el 12,4%(26) no lo exige.

Del total de estudiantes el 27,1%(57) lo exigen por respeto mutuo con la salud el 30,5%(64) porque no saben el pasado sexual de la pareja, el 26,7%(56) porque es cuerpo y lo cuidan, el 8,1%(17) evita el embarazo no deseado y las ITS y el 7,6%(16) depende de la pareja.

Del total de las estudiantes que exigen el uso del condón el 25%(46) lo hacen por respeto mutuo por la salud, el 31%(57) porque no saben del pasado sexual de la pareja, el 29,3%(54) indican que lo hacen porque es su cuerpo y su vida y el 8,7%(16) lo hacen porque evitan embarazos no deseados y enfermedades y el 6%(11) indican que depende de la pareja.

Del total de las mujeres que respondieron que lo usa el 80,7%(46) lo exigen por responsabilidad mutua con su salud y el 19,3%(11) no exigen el uso del condón.

De las que consideran que lo exigen porque no saben el pasado sexual de su pareja corresponde al 89,1%(57), el 96,4%(54) es su cuerpo y su vida, el 94,1(16) evita embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el 68,8%(11) depende de las parejas.

**Tabla 15. Distribución según la pareja pensaría mal si la mujer propone el uso del condón en una relación sexual**

<b>POR QUE PENSARIA MAL LA PAREJA SI LA MUJER PROPONE EL USO DEL CONDON</b>		<b>SI</b>
Piensa que tiene una ITS	Cantidad	9
	% uso	32,1%
	%Total	4,6%
Que no quiere estar con su pareja	Cantidad	9
	% uso	32,1%
	%Total	4,6%
Que es fácil	Cantidad	4
	% uso	14,3%
	%Total	2,1%
Se imagina que tiene otra persona	Cantidad	6
	% uso	21,4%
	%Total	3,1%
<b>TOTAL</b>	Cantidad	28
	% Uso	100%
	% Por qué	14,4%

Fuente: Base de datos

Del total de las estudiantes el 85,6% reporto que si propone el uso del condón su pareja no pensaría mal de ella y la pareja si pensaría mal de ella en un 14,4%(9).

De las estudiantes que reportaron que las parejas si pensaría mal de ellas el 32,1%(9) refiere que la pareja pensaría que tiene una ITS, con el mismo porcentaje refieren que pensaría que desconfía y no quiere estar con él, el 21,4%(6) se imaginan que tiene a otra persona y 14,3%(4) refieren que la pareja pensaría que ella es una mujer fácil.

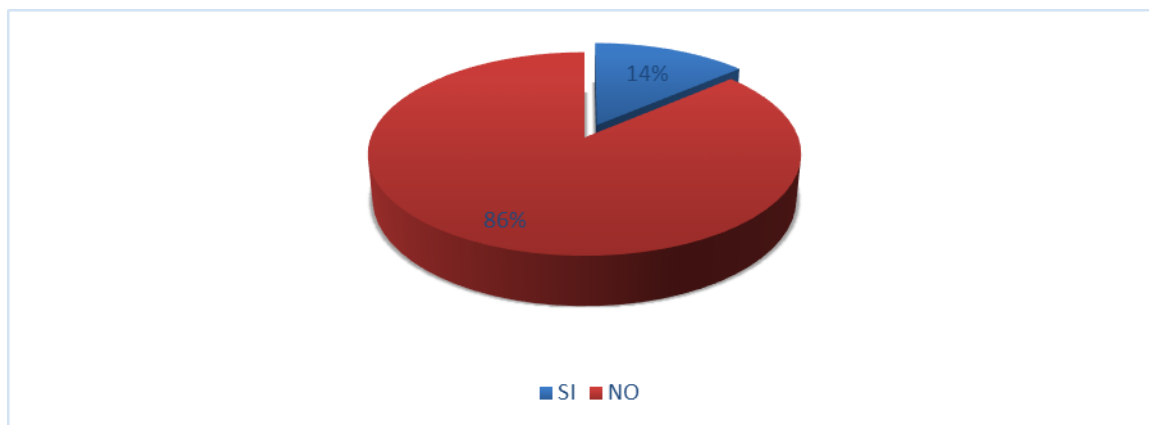
Del total de estudiantes el 4,6%(9) refiere que si propone el uso del condón a la pareja sí pensaría mal de ellas creerían que tienen una ITS, con el mismo porcentaje las estudiantes que

refieren que la pareja pensaría que desconfían de ellos y que ella no quiere estar con él, el 3,1%(6) se imagina que tiene otra persona y 2,1%(4) que es una mujer fácil.

Distribución porcentual según frecuencia del uso del condón en la población de estudiantes

De las estudiantes en el estudio el 38,8%(85) consideran que siempre hay que usar el condón en la relación sexual, 29,2%(64) considera que la mayoría de las veces, 21%(46) ocasionalmente y nunca 10,5%(23).

**Gráfica 8. Distribución porcentual según si la mujer exige el uso del condón pierde oportunidad de la relación sexual**



Fuente: Base de datos

El 13,2%(29) de las estudiantes consideran que si pierden la oportunidad de relacionarse sexualmente al exigir el condón a su pareja y el 83,6%(132) no consideran que pierdan la oportunidad

### Distribución porcentual según frecuencia del uso del condón en la población de estudiantes

De las estudiantes en el estudio el 38,8%(85) consideran que siempre hay que usar el condón en la relación sexual, 29,2%(64) considera que la mayoría de las veces, 21%(46) ocasionalmente y nunca 10,5%(23).

Resultados de los conocimientos de las jóvenes universitarias en relación a su salud sexual y reproductiva, respecto al riesgo en el tema del condón.

### Frecuencia de la utilización del condón sólo si la pareja lo solicita

Del total de las estudiantes 13,5%(23) usan el condón solo si la pareja lo solicita y 86,5%(148) consideran que no solo hay que utilizarlo cuando la pareja lo solicita. 68,4%(117) refieren que no es necesario someterse a lo que exige la pareja porque existen otros métodos de planificación y 18,1%(31) refieren que ellas se cuidan porque se quieren y son muchas veces las que exigen el uso del condón.

**Tabla 16. Distribución según se ha visto expuesto a riesgos por no utilizar condón**

<b>OPORTUNIDAD DE RELACIONARSE</b>	<b>ESTUDIANTE</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Embarazo no deseado	30	13,7
ITS	18	8,2
Embarazo no deseado y ITS	13	5,9
No se han visto expuestas	32	14,6

Fuente: Base de datos

De las estudiantes encuestadas 13,7%(30) se vieron expuestas a riesgo de embarazo no deseado, 8,2%(18) a ITS, 5,9%(13) a embarazos no deseados e ITS y 14,6%(32) indican que no se han visto expuestas a ningún riesgo.

**Tabla 17. Frecuencia de la utilización del condón sólo si la pareja lo solicita**

USOS	INVESTIGA PASADO DE LA PAREJA		PLANEA ENCUENTROS SEXUALES		APLAZA LA RELACION SEXUAL SI NO TIENE UN CONDON	
	ESTUDIANTE	%	ESTUDIANTE	%	ESTUDIANTE	%
SIEMPRE	104	47,5	58	26,5	70	32
LA MAYORIA DE LAS VECES	59	26,9	75	34,2	53	24
OCACIONALMENTE	39	17,8	56	25,6	55	25
NUNCA	16	7,3%	30	13,7	41	19
<b>TOTAL</b>	218	99,5%	219	100	219	100

Fuente: Base de datos

Del total de estudiantes 47,5%(104) siempre investiga el pasado sexual de su pareja, 26,9%(59) la mayoría de las veces, 17,8%(39) ocasionalmente y 7,3%(16) nunca investiga el pasado sexual de la pareja.

El 26,5%(58) estudiantes siempre planean sus encuentros sexuales, el 34,2%(75) la mayoría de las veces y 25,6%(56) ocasionalmente, el 13,7%(30) nunca planean sus encuentros sexuales.

32%(70) de las estudiantes siempre aplazan sus encuentros sexuales si no tienen un condón disponible, el 24%(53) la mayoría de las veces y el 25,1%(55) ocasionalmente y el 18,7(41) nunca.

Frecuencia relacionada con la pregunta a usted le daría pena comprar un condón, por qué?

Del total de estudiantes el 21,5%(34) si le daría pena comprar el condón y a el 78,5%(124) no le daría pena. Respecto a las estudiantes que respondieron que no les da pena comprar el condón lo hacen porque se quieren proteger.

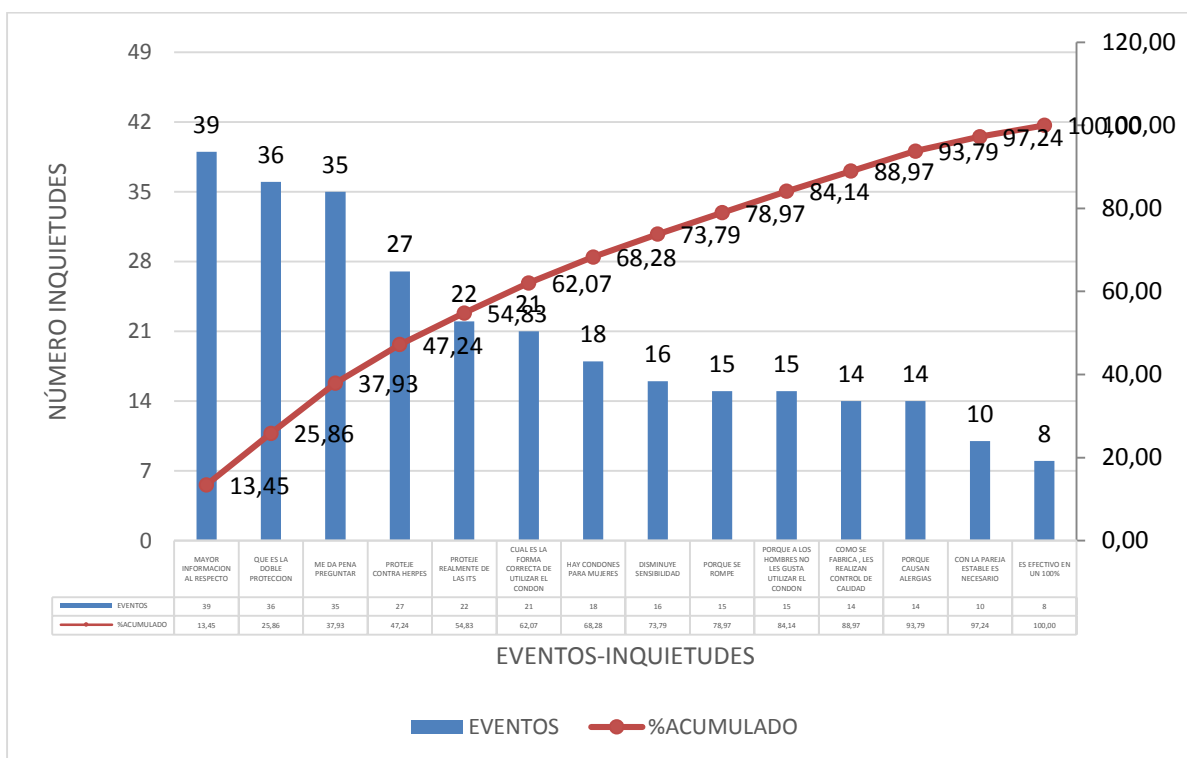
De las estudiantes que les da pena comprar el condón el 44,12%(15) consideran que le corresponde al hombre comprarlo, 24,2% refieren que por ser mujer no les gusta comprarlo, el 20,6%(7) no les gusta comprarlo ya que consideran que la gente se entera que ellas van a tener relaciones sexuales y el 5,9%(2) por recazo social o vergüenza

Frecuencia relacionada con los riesgos al romperse el condón durante la relación sexual.

El 15,5%(34) reportan que el riesgo de una ruptura del condón podría ocasionar un embarazo no deseado, el 12,8%(28) ITS, el 63%(138) embarazo no deseado e ITS, el 2,3%(5) contacto directo con fluidos, el 0,9%(2) de las estudiantes no tienen ni idea.

Resultados de los conocimientos de las jóvenes universitarias en relación a su SSR, respecto a las inquietudes que les surgen al desarrollar la encuesta.

**Grafica 9. Pareto Inquietudes referente al uso del condón**



Fuente: Base de datos

Las inquietudes que refiere la población de mujeres universitarias de mayor importancia son: Mayor información al respecto 18%(39), ¿Qué es la doble protección en una relación sexual? 16%(36), me da pena preguntar16%(35), protege contra el herpes 12%(27), protege contra ITS 10%(22). Dentro de las menos importantes se encuentran: La forma correcta en el paso a paso de la colocación del condón desde la apertura del empaque 8%(17), hay condones para mujeres 8%(18), disminuye la sensibilidad7%(16), porque se rompen 7%(15), porque al hombre no le gusta utilizarlos 7%(15), cual es el materia, control de calidad 6%(14), porque causan alergias 6%(14), con la pareja estable hay que utilizarlos 5%(10), es efectivo en un 100% 4%(8)



## Capítulo 5

### Discusión

En los estudios relacionados con salud sexual y reproductiva en jóvenes universitarios a nivel nacional e internacional. Se ha estudiado en varias oportunidades la relación entre el conocimiento y la práctica en el tema. Existen estudios que de los y las adolescentes/jóvenes que son sexualmente activos, que se ha encontrado que un tercio ha tenido múltiples parejas sexuales en el último año, el 90% ha utilizado condón, pero sólo entre el 16% y el 25% los han utilizado constantemente y aproximadamente la mitad informó que su primera relación sexual fue forzada (Khairani, Suriati y Noorazimah, 2010).(M. UNFPA, 2014). En salud pública se emplean modelos o teorías para explicar los problemas referentes a la salud, de los individuos o colectivos los cuales permiten modificar su comportamiento, así como de las características y dinámicas en el contexto de que estos eventos ocurran.(Cabrera, 2004). Es por esta razón que en el tema de los conocimientos sobre el condón masculino en la población de jóvenes universitarias se realiza una descripción de las habilidades cognitivas (personales y sociales desde la dimensión de autocontrol, tomas de decisión, habilidades sociales), no cognitivas (autoeficacia, autoestima, visión de largo plazo, y los patrones de comportamiento) (Vivo et al., 2013), para evidenciar la problemática y tomar las respectivas medidas hacia la población en estudio.

Dentro de las características sociodemográficas de la población de jóvenes universitarias encuestadas, se encontró que la edad promedio fue de 23 años, con un mínimo de 18 y un máximo de 35 años, en relación al estado civil se observó que el 71% de ellas eran solteras, el mayor nivel socioeconómico observado fue el estrato dos en cada uno de los programas con un

44,7%, las jóvenes estudiantes vive con su núcleo familiar (Papá, mamá y hermanos) 76%. En relación a los conocimientos el 94% iniciaron vida sexual y el número de parejas sexuales en promedio fue de 2,95 con un mínimo de parejas sexuales de (1) una y un máximo de (20) veinte, la edad promedio de la primera relación sexual fue de 16,8% con una edad mínima de inicio de (12) doce y un máximo de (26) veintiséis años. El uso del condón en la primera relación sexual fue del 45,2% y el no uso fue del 48%. El 100% de las estudiantes encuestadas reporto tener conocimientos sobre el condón, el 62,9% lo consideran como método anticonceptivo, 17,4% método anticonceptivo que no es 100% efectivo, el 4,5% refieren que evita contacto directo con secreciones. Con respecto a los conocimientos sobre el riesgo de no utilizar condón, el 37% expreso que existía el riesgo de contraer una ITS, el 46,1% reporto conocimientos de riesgo al no utilizar condón sobre el embarazo no deseado y el 16,2% considera el riesgo de contraer una ITS y que se presente un embarazo no deseado.

Los datos obtenidos, guardan similitud con los resultados derivados de estudios en jóvenes universitarios, como es el caso del estudio de Cali sobre “Conductas Sexuales de Riesgo”, donde las edades de los jóvenes oscilaban entre los 16 a 25 años de edad. (Uribe R, F. Orcasitas P, 2009) Vélez et al (2012) reporta que a nivel del país, se ha encontrado que las mujeres inician su vida sexual a los 14,8 años, en Cali, el 44,5% de las mujeres lo hacen entre los 15 y 17 años.(Vélez & Vidrte, 2012). Caballero et al (2011) reporta que el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales en los jóvenes de Caldas fue de 15,6 años, siendo 15.7 años para las mujeres, el 23,3% de las jóvenes tuvo su primera relación entre los 10 y 14 años, el 42,2% entre los 15 y 18 años, y el 38,9% informó que en la primera relación usó algún método anticonceptivo, de los cuales usó el condón el 66,3%.

En un estudio sobre prácticas inadecuadas del uso del condón en la Universidad Industrial de Santander se reportó que la edad promedio de los estudiantes fue de 21 años, con un mínimo de 16 y un máximo de 46 años, en relación al estado civil se observó que el 97,12% eran solteros.(Caballero, M.C, Camargo, F. A., Castro, 2011) Yago S (2014) en un estudio sobre variables sociodemográficas relacionadas con el embarazo no planificado en jóvenes de 13 a 24 años en Zaragoza – España, reportan que la edad media de inicio de las relaciones sexuales coitales fue de 15,75 (DS 1,76) años. (Yago Simón & Aznar, 2014).

En las razones mencionadas por los jóvenes con respecto al uso del condón en las relaciones sexuales están: evita el embarazo no deseado, previene enfermedades de transmisión sexual. De igual forma los jóvenes que no lo usaron expresan, que no les gusta usar ningún anticonceptivo a él o a su pareja, que no se atrevió a sugerirlo, que no se atrevieron a preguntar si la pareja usaba algún método, había confianza, se sintió segura, fue un imprevisto por placer, estaba operada. En la encuesta de salud de los y las adolescentes y jóvenes realizada en nueve países del Caribe, se reportó que el 65,9 % no había iniciado relaciones sexuales, y que del tercio restante, la mitad fue forzada. Más de la mitad de los varones sexualmente activos y alrededor de una cuarta parte de las mujeres declaró que la edad de la primera relación sexual fue de 10 años o menos; y casi dos tercios tenían relaciones sexuales antes de cumplir los 13. Entre el 46 y el 63% de las mujeres latinoamericanas y caribeñas ha tenido una relación sexual antes de los 20 años de edad, incluidas las que ocurren dentro del matrimonio.(Vélez & Vidrte, 2012).

Cabe destacar que todas las jóvenes encuestadas expresaron tener conocimientos respecto al condón, el 62,9% lo considera como método anticonceptivo, otras refieren que no es 100%

efectivo y el 37% de ellas expresan que conocen el riesgo al que se exponen al no utilizar el condón como son el embarazo no deseado y los ITS. Datos que concuerda con lo expresado por Vélez et al (2012) donde los jóvenes manifiestan las razones para el uso de anticonceptivos tales como el hecho de que evitar embarazos seguido por prevención de infecciones de transmisión sexual y los que no lo usaron expresan, que no les gusta usar ningún anticonceptivo a él o a su pareja, seguido que no se atrevió a sugerirlo, y otros manifestaron que no se atrevieron a preguntar si la pareja usaba algún método. Dentro de las otras razones de no uso se manifestaron: había confianza y se sintió segura, fue un imprevisto por placer, estaba operada, entre otros.(Vélez & Vidrte, 2012).

Es importante resaltar que las estudiantes en un 100% reportaron saber utilizar el condón desde el momento de la apertura del empaque, 31,1%. Comprueba fecha de vencimiento, pero no indica completamente los pasos adecuados para la colocación del condón, el 38,7% tiene cuidado en abrir el empaque pero no refiere la forma correcta de colocar el condón. Se observó un desconocimiento con respecto a la técnica correcta del uso del condón ya que el 7,6% indicaron que el empaque se rompe con tijeras y se saca en su totalidad el aire, 0,8% considera que se debe abrir el empaque con los dientes. Se observa poca habilidad para el uso correcto del condón por parte de las estudiantes de primer semestre de la faculta de ciencias de la salud. Con respecto al momento en que se coloca el condón el 4% de las estudiantes refiere que antes del contacto sexual oral copulación o toques, el 52% refiere que cuando el pene esta erecto antes de la penetración, y el 66 % de las jóvenes refieren que el momento en que se debe retirar el condón es después de terminada la relación sexual y el 34% indica que el condón se debe retirar cuando termina la eyaculación antes de volver a su estado de flacidez, más de la mitad de

estudiantes no realiza este paso correctamente. Entre las mujeres, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 encontró que 82% de las entrevistadas conocían el uso del condón como la práctica más segura para evitar la infección por VIH/Sida; sin embargo, solo el 7% del total de las mujeres con pareja estable lo utiliza como método anticonceptivo. Entre las mujeres sexualmente activas sin unión, su uso varió entre el 10,8% en mujeres de 40 a 44 años, y el 33,9% en jóvenes de 15 a 19 años (Profamilia, 2011), (Camacho Rodríguez, 2014).

Estos hallazgos coinciden con lo reportado en la literatura científica por Caballero Badillo, et al (2011), como es el caso de Orbegoso y colaboradores donde encontraron que el 70,8% de estudiantes de primer año de la Universidad Ricardo Palma de Lima, Perú, tienen un bajo nivel de habilidad en el uso correcto del condón para prevención, el 62,1% no sujeta el preservativo en la base del pene para retirarlo de la vagina en forma conjunta antes de disminuir la erección y el 23,6% lo sujetaba en forma inadecuada. Igualmente Rodríguez encontró que el 52,63% de estudiantes universitarios de México cometieron errores en la habilidad para el uso correcto del condón, (13,76%) (Caballero, M.C, Camargo, F. A., Castro, 2011).

Es importante destacar el ítem sobre los conocimientos de la doble protección en las relaciones sexuales, ya que el 36,3% no tienen conocimientos sobre el tema y el 63,7% de las jóvenes universitarias refieren conocimientos sobre la doble protección en una relación sexual, sin embargo el 18,8% indica que hombre utilice doble condón en una relación sexual. De igual forma se evidencia que es una de las grandes inquietudes que manifiesta la población de jóvenes en el tema del uso del condón La doble protección es un aspecto muy importante a tener en cuenta ya que en la literaria se observa disminución en los factores de vulnerabilidad respecto a

embarazos no planeados o deseados, en las diferentes Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), no solo por su aspecto de prevención de la enfermedad, sino también por el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo de la autonomía de las personas que asumen esta práctica en sus relaciones sexuales. Estos conocimientos proporcionan a las mujeres una herramienta más que pueden utilizar en el desarrollo de las decisiones autónomas en relación con su salud sexual y su salud reproductiva. Berer (2006) en un estudio realizado en el Perú sobre la doble protección refiere *“Uno de los beneficios de lograr que el sexo seguro sea la norma social es que la protección sería aceptada como positiva en sí misma y para la salud sexual, independientemente de las relaciones pasadas o actuales de la persona”*.(Berer, p6, 2006) No es claro cuál es la magnitud del uso de esta forma de doble protección, dado que la investigación no suele plantear preguntas adecuadas y solamente se refieren sobre lo que la persona encuestada ha utilizado, o sólo sobre el uso de métodos anticonceptivos o sobre la protección contra una ITS/ VIH, y no sobre lo que ambos miembros de la pareja utilizan ni las medidas que toman con fines de doble protección. (Berer, 2006).

Es importante destacar que en las respuestas dadas por las estudiantes respecto al uso del condón el 100% de las jóvenes manifestaron que es importante el uso del condón el 53,1% refiere que evita el embarazo e ITS, el 9,2% no conoce el pasado de su pareja y el 1,4% por que acostumbran tener relaciones sexuales con otras parejas. El 43,4% considera que el uso del condón disminuye la sensibilidad ya que el 9,1% indica que no siente lo mismo, el 34,8% que no hay contacto directo con la piel. Se observa la exigencia del uso del condón en la relación sexual por parte de las jóvenes universitarias en un 87,6%, pero el 85,6% reporto que si ellas proponen el uso del condón su pareja pensaría mal, el 32,1% que tienen una ITS, igual porcentaje que

desconfía de él y no quiere tener relaciones, el 21,4% atribuye a que tiene otra persona, adicionalmente el 13,2% de las jóvenes considera que pierde la oportunidad de relacionar sexualmente si exige el uso del condón. Estos resultados son coherentes con otros estudios como es el caso del realizado en una universidad pública de Norte de Santander Colombia en jóvenes entre 18 a 26 años, donde se identifica el uso del condón (56,4%) como una forma de protección, contra las ITS, seguido de uso de anticonceptivos y métodos de protección (Niño L., Hakapiel M., Rincón Y., 2012). Gayet, m; Juárez F et al (2003) señalan que en las valoraciones en el tema de uso del condón permanece el “diferencial por sexo a través del tiempo”, ya que en diferentes culturas el papel de la mujer es pasivo frente a temas de salud sexual y reproductiva, adicionalmente influyen diferentes factores tales como las actitudes frente a las conductas sexuales de riesgo y prevención (Gayet, Juárez, Pedrosa, & Magis, 2003).

Uribe Alvarado, Andrade et al (2014) en su revisión de literatura sobre los predictores del uso del condón en las relaciones sexuales reportan que en diferentes estudios como es el caso de Uribe, González y Santos (2012) a los hombres se atribuye social y culturalmente la responsabilidad de usar el condón en las relaciones sexuales. Berhan et al. (2011) las prácticas sexuales de alto riesgo (menos frecuencia en el uso del condón) se asocian con ser mujer y Uribe et al. (2009), citan que el género influye en el uso o no del condón durante la actividad sexual (Alvarado et al., 2013). Se han realizado bastantes trabajos relacionados al tema de investigación de los cuales hago referencia al de Pérez y Pick (2006) donde la comunicación asertiva predice el uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes con pareja sexual regular. Potard, Courtis, Le Samedy, Mestre, Barakat y Reveillere (2012) afirman que la percepción de autocontrol, las actitudes y las normas socioculturales, explican la intención de

mujeres de usar el condón en las relaciones sexuales. Gakumo, Moneyham, Enah y Childs (2012) reportan que las actitudes positivas hacia el condón y la habilidad para negociar su uso son los principales predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes. (Uribe, I., Amador, G., Zacarías, X., Villareal, 2012). El UNFPA y CENEP (2005) refieren que (CENEP, UNFPA, 2005) el uso del condón está vinculado a las desigualdades de género que se ponen en juego entre mujeres y varones adolescentes o jóvenes, al mismo tiempo, y contradictoriamente (CENEP, UNFPA, 2005).

En relación al riesgo, respecto a la ruptura del condón el 63% considera que podría ocasionar un embarazo no deseado o una ITS. El 13,7% de las estudiantes se vieron expuestas al riesgo de embarazo por no utilizar condón en sus relaciones sexuales, 8,2% a ITS. Las estudiantes que nunca investigan el pasado corresponden al 7,3%, el 13,7% nunca planea encuentros sexuales y el 18,5% nunca aplaza un encuentro sexual si no tiene un condón. Al 21,5% de la población en estudio le da pena comprar un condón ya que el 44,12% considera que es del hombre comprarlo, un 5,9% por rechazo social o vergüenza. Al respecto es interesante resaltar diferentes aporte que se encuentran en literatura como el realizado por Furentes et al (2010) quienes describe que si” la mujer es quien solicita o lleva el condón es alguien promiscua, alguien dispuesta siempre a tener relaciones sexuales”. Por otra parte, es evidente que los y las adolescentes, en su mayoría asumen que es el hombre el responsable de comprar y usar los condones, lo que refleja aún más el papel dominante del mismo en las relaciones sexuales.(Furentes, Perez, Martin, Libreros, & Alfonzo, 2010). Adicionalmente el proyecto “Mema kwa vijana”, realizado en Tanzania, con una experiencia de investigación de más de 15 años; donde han demostrado “que si bien el dar enseñanza sobre la enfermedad y las conductas



de riesgo incrementa de manera importante el conocimiento en el tema, ello no conduce a la reducción de las ITS, VIH/SIDA. *“Expresan que los jóvenes necesitan habilidades para la vida de tal manera que, sumadas al conocimiento y comprensión de los métodos de prevención y las conductas de riesgo, les permitan tomar las decisiones correctas e informadas”* Así mismo manifiestan la gran necesidad de tomar en cuenta los aspectos sociales, psicosociales, , económicos y culturales como análisis de la problemática (Niño L., Hakapiel M., Rincón Y., 2012).

En general se puede observar que en la población de jóvenes universitarias no existen conocimientos claros e información adecuada referente a los riesgos, a la forma correcta de uso del condón, entre los jóvenes universitarios (Caballero, M.C, Camargo, F. A., Castro, 2011) A pesar de la evidencia reportada por los estudios científicos que determinan que el condón es un medio eficaz para evitar los embarazos no planeados y la propagación de las ITS, incluido el VIH/sida , se ha encontrado que no existe conocimiento sobre la forma correcta de uso del condón entre los jóvenes adolescentes y universitarios(Cervantes, Villegas, Arroyo, Rodríguez, & Montijo, 2009). En la literatura existe coincidencia en las diferentes poblaciones a nivel mundial que los jóvenes disponen de información sobre sexualidad, específicamente sobre el condón, pero que no aplican en las prácticas sexuales(CENEP, UNFPA, 2005).

Todos los datos arrojados en la investigación realizada en la población femenina de estos programas de la facultad de ciencias de la salud presenta una estrecha relación con lo planteado por Vélez Álvarez et al (2012) en la cual se afirma que la sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, la CEPAL, manifiesta que el estigma

social inhibe a las jóvenes para solicitar información al respecto esto es evidente en el trabajo en el ítem correspondiente a las inquietudes sobre el tema del condón donde la mayoría expresa el gran afán por tener mayor nivel de conocimientos en temas como la doble protección, la forma correcta de colocar un condón desde la apertura del empaque, sobre la sensibilidad, el hecho de saber si el condón protege contra todas las ITS y muchas inquietudes respecto al herpes, la gonorrea, en general sobre las infecciones de transmisión sexual. Estas inquietudes reflejadas en la investigación puede ser ocasionada por muchos factores familiares, culturales, sociales administrativos, políticos, que limita la posibilidad como lo expresa nuevamente Vélez Álvarez et al (2012) de solicitar directa y confidencialmente los servicios en salud sexual y reproductiva; y la falta de pertinencia de los programas existentes, que no logran atraer a los y las adolescentes/jóvenes quienes requieren un trato diferente a los otros grupos de edad. (Vélez & Vidrte, 2012).

#### Fortalezas del estudio

El presente estudio genera una noción en el área de salud sexual y reproductiva, básicamente en el tema respecto a los conocimientos, usos, riesgos e inquietudes sobre el condón masculino en una población de estudiantes universitarias, obteniendo así la primera aproximación a una problemática Nacional e Internacional en el contexto de población universitaria. Como primer acercamiento desde la Maestría de Salud Pública y Desarrollo Social convirtiéndose en un motivador para la integración de las diferentes programas universitarios y con un gran componente en el tema de desarrollo social.

## Debilidades del estudio

El estudio fue realizado solamente en la población femenina de los programas de la facultad de ciencias de la salud. Lo que no permitió realizar un análisis de toda la población de jóvenes universitarios.

## Conclusiones

El porcentaje de jóvenes que no usaron preservativo en su primera relación sexual fue alto 45%, esto indica que aproximadamente una de cada dos personas se expuso a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados en su juventud temprana.

Las estrategias de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva deben tener un nivel más amplio donde se trabajen las habilidades conductuales personales y sociales desde la dimensión de autocontrol, tomas de decisión, habilidades sociales, y la autoeficacia, autoestima, visión de largo plazo, y patrones de comportamiento, ya que los estudios revisados en el desarrollo del trabajo, demuestran que las personas jóvenes adoptan conductas sexuales seguras siempre que dispongan de los medios para hacerlo.

Se hace necesario la implementación de intervenciones oportunas y claras en este grupo de estudiantes universitarias, para evitar efectos posteriores donde se vean trncados los proyectos de vida por la deserción temporal o definitiva de sus actividades académicas.

Es necesario implementar un mayor trabajo en el campo de la salud sexual y reproductiva con la articulación en salud, educación y responsabilidad social para lograr a nivel de la población universitaria y de su entorno la disminución de esta problemática.

Finalmente se pudo realizar la descripción de los conocimientos, uso, percepción de riesgo, autoeficacia que responden a las teorías señaladas con respecto a la conducta planeada, creencias en salud, generando una línea de base para implementar estrategias educativas en la Institución superiores en el control de la conducta percibida en las jóvenes, pues ésta influye en el hecho de usar o no el condón como método preventivo de los embarazos no deseados, ITS y VIH/SIDA, básicamente esto hace referencia a que tan capaz se puede percibir las/los jóvenes universitarias de usar condón en una relación sexual y que tanta habilidad tiene ellas de proponer el uso del condón a su pareja, y en que situaciones tiene oportunidad de usarlo, ya que como se referencia en el estudio el condón se vuelve un obstáculo para la relación sexual porque disminuye el placer, o porque se pierde parte de la excitación al ponerlo, le lleva mucho tiempo ponérselo, o pierde tiempo en irlos a comprar.

## Capítulo 6

### Recomendaciones Políticas

La política es un medio útil para lograr la integración de las diferentes acciones en salud, es por esta razón que es fundamental que la Política Pública de Juventud en el tema de salud sexual y reproductiva, tenga mayor impacto en la población a la cual va dirigida, teniendo en cuenta las condiciones de vida ciudadana de los jóvenes sus factores psicosociales, físicos y de identidad, la adquisición de conocimientos y los derechos propios que les corresponden en tal sentido, generando en los jóvenes las habilidades cognitivas tanto personales como sociales y mejorando patrones de comportamiento poblacional.

De acuerdo con, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) cuya propensión es la promoción y la prevención, y en la cual se direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública, en la que se incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, que facilite el establecimiento de relaciones interpersonales, sociales y políticas saludables.( OIM, MinSalud Profamilia UNFPA 2014).

Para lograr lo anterior, considero que es necesario realizar un abordaje retrospectivo en materia de las políticas públicas que han guiado el curso del desarrollo histórico, de las tendencias de nuestro país, analizando los elementos más significativos entre los que se encuentran los jóvenes y los diferentes actores de la sociedad. Escobar (2004), refiere en su artículo sobre “La formulación de la política pública de juventud de Bogotá 2003-2012: un

ejercicio de democracia participativa y de construcción de futuro” que probablemente entre las dificultades observadas para lograr la participación activa de los jóvenes en las políticas públicas...” *esté relacionado con el descontento que existe entre los jóvenes frente a las instituciones políticas*”, adicionalmente la política debe tener el carácter pedagógico (Escobar, p34 2004).

En la Política Pública de Juventud para Bogotá D.C. 2006-2016, se habla del enfoque de derechos los cuales pueden ser analizados según Jiménez(2007) como principios de “*interdependencia e integralidad*” de los derechos humanos entendidos como “la manera de lograr el objetivo” básicamente estos derechos depende a su vez de otros derechos en contexto están relacionados con la satisfacción. En el actual Plan Decenal de Salud Pública 2012-20121 tiene una perspectiva de derechos humanos en cada uno de los elementos, lo que permite la actuación conjunta entre el Estado, los diferentes actores en fin la sociedad para lograr un objetivo común en salud sexual y reproductiva.(Jiménez B, 2007)

### Lista de referencias

- Aguilar. (2009). Políticas de juventud en la ciudad de México : De la experiencia cardenista al News Divine, 55–71.
- Aguirre, R. M. S., & Técnicos, G. de E. (2014). Piloto de promoción de salud sexual y reproductiva y prevención de embarazo en adolescentes. *Departamento Para La Prosperidad Social. Documento Operativo Técnico DOT No. 14*, (14).
- Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 482 (2006). Retrieved from [http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2.1\\_proc\\_misi\\_construccion\\_implementation\\_politicas\\_sociales/3 doc asociado\\_Pol%C3%ADtica de juventud.pdf](http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2.1_proc_misi_construccion_implementation_politicas_sociales/3_doc_asociado_Pol%C3%ADtica_de_juventud.pdf).
- Alvarado, U., Isaac, J., Palos, A., Salinas, Z., Ocampo, B., Alvarado, J. I. U., ... Ocampo, D. B. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes , análisis diferencial por sexo, *15*, 75–92.
- Araujo, K. (2009). Estado, sujeto y sexualidad en el Chile postdictatorial. *Nomadías*, *9*, 11–40.
- Arévalo, M. T. V., Sánchez, D. C., Quintero, M. A., Ossa, H. D. J. Z., Hernández, P. A. H., &

Cuevas, L. M. T. (2011). Prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en población adulta de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 472–481. doi:10.1590/S0864-34662011000400011

Arrivillaga, D. M., Tovar, L. M., & Correa, D. (2012). Evidencia poblacional y análisis crítico de determinación social sobre el uso del condón en Colombia Population-based evidence and critical analysis of social determinants in the use of condom in Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 38(4), 553–561.

Banda Libia. (2012). *El Significado De La Sexualidad En Adolescentes De Cd. Victoria, Tamaulipas. México: Aproximación Cualitativa Con Enfoque De Género*. Universidad de Alicante.

Becerra, R. U., Cortazar, V. R., & Castaneira, E. C. (2007). Condón masculino : nivel de conocimientos y creencias acerca de su uso . Prevenir infecciones de transmisión sexual en alumnos de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Benazet. Alvaro Bernalte. Calvo Lazaro Gonzalez. (2011). Las categorías de género vistas por los jóvenes universitarios de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cádiz. *Cultura de Los Ciudadanos*, 15, 47–56.



Berer, M. (2006). Doble protección: más necesitada que practicada o comprendida, *14*(28), 162–170.

Caballero, M.C, Camargo, F. A., Castro, B. Z. (2011). Prácticas inadecuadas del uso del condón y factores asociados en estudiantes universitarios. *Salud UIS*, *43*(3), 257–262.

Cabrera, G. A. (2004). Teorías y modelos en salud pública del siglo XX. *Colombia Medica*, *35*, 164–168.

Camacho Robriguez, & P. V. Y. (2014). Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la costa caribe colombiana. *Hacia La Promoción de La Salud*, *19*(1), 54–67.

Capacho, & Duarte. (2014). Uso de condón en la primera relación sexual en estudiantes entre 18 y 26 años de una universidad pública. *Med UNAB*, *16*(3), 112–117.

Castañeda Abascal. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Publica*, *33*(2). doi:10.1590/S0864-34662007000200011

CENEP, UNFPA, C. (2005). *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Argentina.

Cepal. (2000). Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe Problemas, oportunidades y desafíos. Retrieved from [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2261/S2000644\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2261/S2000644_es.pdf?sequence=1)

Cervantes, R., Villegas, B., Arroyo, F., Rodríguez, M., & Montijo, R. (2009). Errores en el uso del condón: efectos de un programa de intervención. *Psicología 104 Y Salud*, 19(1).

Correa, C., Cubillán, F., & Parra, M. A. (2009). Salud Sexual y Reproductiva: Desde una mirada de género. In *Manual de capacitación. Maracay: IAES* (pp. 3–147).

Dávila León, O. (2004). Adolescencia Y Juventud: De Las Nociones a Los Abordajes. *Ultima Década*, 12, 83–104. doi:10.4067/S0718-22362004000200004

Díaz Alonso, G. (1995). Historia de la anticoncepción. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11(2), 192–194. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251995000200015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200015)

Escobar, J. H. (2004). La formulación de la política pública de juventud de bogotá 2003-2012: un ejercicio de democracia participativa y de construcción de futuro. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. Niez Juventud*.

Furentes, L., Perez, A., Martin, E., Libreros, L., & Alfonzo, L. R. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el uso del condon en adolescentes de una unidad educativa de valencia. *Informe Medico, 12*(11), 533–539.

Gallo, N. E., & Molina, A. N. (2012). Línea de base del programa “Prevención de la violencia, inclusión social y empleabilidad en jóvenes”. (Spanish). *Baseline for the Program “Prevention of Violence, Social Exclusion, and Promotion of Employability”*. (English), *10*(1), 415–426. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=87008587&lang=es&site=ehost-live>

Garcia, G. (2011a). Portal de información sobre VIH/SIDA. Retrieved from <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/82-modelo-basado-en-la-teoria-de-la-conducta-planeada.html>

Garcia, G. (2011b). Portal de Información sobre VIH/SIDA. Retrieved from <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/20-modelo-de-autoeficacia.html>

Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L., & Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de Infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública México*, 45(5), S632–S640.

Gayón Vera, E., Hernández Orozco, H., Sam Soto, S., & Lombardo Aburto, E. (2008). Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. *Ginecología Y Obstetricia de Mexico*, 76(2), 88–96.

Gustavo, G. (2010). Tu Portal de Información sobre VIH/SIDA. Retrieved from <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida.html>

Gustavo, G. (2011). Tu Portal de Información sobre el VIH/SIDA. Retrieved from <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/26-modelo-psicologico-de-la-salud-biologica.html?start=1>

Hurtado Sáenz, M. C., Gómez López, C. P., Londoño Vélez, A., Veloza Martínez, E. G., & Urrego Mendoza, Z. C. (2011). Marco ético-conceptual que sustenta el modelo. In *UNFPA MPS* (pp. 63–103). Bogotá. Retrieved from <http://www.bdigital.unal.edu.co/45581/#sthash.Zz8BDtW4.dpuf>

Jimenez B. (2007). El Enfoque de los Derechos Humanos y las Políticas Públicas. *Universidad Sergio Arboleda*, 7(12), 31–46.

La Juventud y las Naciones Unidas. (2015). doi:015 Sitio elaborado por el CINU en México

Linda brannon, J. F. (2000). *Psicología de la Salud*. (E. S. Thomson, Ed.). España.

Martínez, L. M. S. (2008). Representaciones sociales del noviazgo en adolescentes escolarizados de estratos socioeconómicos bajo, medio y alto de la ciudad de bogotá.

Ministerio de Educación Nacional, & Unfpa. (2008). *Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. Módulo 1*. Retrieved from [http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172204\\_recurso\\_1.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172204_recurso_1.pdf)

Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública. Política nacional de salud sexual y reproductiva (2010). Retrieved from <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

MPS. (2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Colombia. *República de Colombia Ministerio de La Protección Social Dirección General de Salud Pública*, 6, 1–68.

Niño Diez, J. (2001). La Juventud Colombiana en el Naciente Milenio. *OPS*. Retrieved from <http://www.col.opsoms.org/juventudes/Situacion/LEGISLACION/LEYDEJUVENTUD/LEY.HTM#presentacion>

Niño L., Hakapiel M., Rincón Y., E. A. (2012). Cambios persistentes en conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander-Colombia. *PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander*.

Ospina Muñoz D, C. L. R. (2009). sexuales y reproductivos , Colombia and reproductive rights on Colombia ,. *Invest Educ Enferm*, 27(2), 181–190.

Padron, Fernandez, Morales, Herrera, & Infante. (2009). Libro blanco sobre educación sexual en la provincia de Málaga.

Patricia, T., Carbono, A., Johanna, C., & Agualimpia, M. (2007). *Estudio Descriptivo del Uso del Condon en los estudiantes nuevos de la Universidad Nacional sede Medellin- II semestre 2007*. Universidad Nacional de Colombia- sede Medellin. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10946/1103>

PELAEZ, J. (2008). Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes : una mirada desde la óptica de los derechos humanos Sexual and reproductive health of adolescents and youth : a glance from the perspective of human rights.

Quispe Rojasi, W. T., Quispe Rojas, A. T., & Quispe Rojas, G. T. (2003). Conocimientos, Actitudes Y Practicas Sobre Sexualidad En La Poblacion Adolescente Del Distrito De Mollepata - Cusco 2003. *Situa*, 13(1), 49–55. Retrieved from [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004\\_n1/Pdf/a09.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n1/Pdf/a09.pdf)

Rengifo-Reina, H., Cordoba-Espinel, A., & Serrano-Rodriguez, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev. Salud Pública.*, 14(4), 558–569.

Robles Montijo, S., Piña López, J. A., & Moreno Rodríguez, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Es. An. Psicol*, 22(2), 200–204.

Rodríguez, L. R. (2007). La teoría de acción razonada : implicaciones para el estudio de las actitudes. *Ined Universidad Pedagogica de Durango*, (7), 66–77.

Saeteros Hernández, Pérez Piñero, S. (2013). Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 39((5)), 915–928.

Salazar, A., Agudelo, L. M., Restrepo, H. M., Henao, S., & Garro, G. (2008). *Evaluación del impacto del programa de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín , Fase cualitativa.* Retrieved from [http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones/Salud sexual y reproductiva 2008.pdf](http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/SubportalCiudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones/Salud%20sexual%20y%20reproductiva%202008.pdf)

Sarmiento, L. (2005). Política Pública de Juventud en Colombia. Retrieved from [http://genova-quindio.gov.co/apc-aa iles/62323539363636306536393234326662/PP\\_de\\_JUVENTUD.pdf](http://genova-quindio.gov.co/apc-aa%20iles/62323539363636306536393234326662/PP_de_JUVENTUD.pdf)

Secretaria De Salud De Bogotá - Universidad Nacional. (2012). Propuesta de lineamiento de la política distrital de sexualidad de bogotá 2012 - 2022. *Salud Capital.*

Tejada. (2010). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 117–123. Retrieved from <http://revistas.javerianacali.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/25>

UNFPA. (2014). Guia del uso del condon femenino.



UNFPA, M. (2014). *“Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Principios y consideraciones generales; Cuidado de la mujer en edad fértil; Cuidado de la mujer gestante; Cuidado de la mujer en trabajo de parto, parto y puerperio”*.

UNFPA., O. (2011). Preservativos masculinos de látex.

UNFPA.MSPS. (2013). *Manual para la adquisición, suministro y distribución de condones en Colombia*.

Uribe R, F. Orcasitas P, L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia *étudiants*, (27), 1–31.

Uribe, I., Amador, G., Zacarías, X., Villareal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Latinoamericana, Revista Sociales, De Ciencias*, 10, 481–494.

Vargas-Trujillo Elvira. (2007). Soy masculino/o, femenina/0, soy persona. In *Sexualidad... Mucho más que sexo* (Uniandes, pp. 53–67). Bogotá: Universidad de los Andes.

Vargas Ruiz, R. (2005). Conocimientos , actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva : Propuesta de una escala psicométrica, 1–48.

Vargas Trujillo, E., Henao, J., & González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia 1. *Acta Colombiana De Psicología*, 10(1), 49–63.

Vélez, & Vidrte. (2012). Salud y sexualidad en la población juvenil del departamento de caldas. *Revista Universidad Y Salud*, 1, 7–22.

Vivo, S., Saric, D., Munoz, R., Lopez-Pena, P., McCoy, S., & Bautista-Arredondo, S. (2013). Guía para medir comportamientos de riesgo en jóvenes. *Banco Interamericano de Desarrollo*. Retrieved from <http://publications.iadb.org/es/publicaciones/detalle,7101.html?id=72247>

Wikipedia.org. (2015). Preservativo. Retrieved from <http://es.wikipedia.org/wiki/Preservativo>

World Health Organization. (2004). Definitions. Progress in Reproductive Health Research. Retrieved from <http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67.pdf>

World Health Organization. (2006). Defining sexual health Sexual health document series. Retrieved from [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)

Yago Simón, & Aznar. (2014). Variables sociodemográficas relacionadas on embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. *Rev Esp Salud Pública*, 88(3), 395–406.

## Apéndice 1

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIANTES FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Usted es nuestra invitada a participar de la investigación sobre CONOCIMIENTO DE LAS JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD RESPECTO CONDÓN MASCULINO EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2015, por ser mayor de 18 años de edad, y porque su participación es importante para generar una abordaje integral a la problemática en salud sexual y reproductiva de la población estudiantil.

Se Pretende con esta investigación:

Objetivo general: hacer un estudio cuantitativo sobre los conocimientos que tienen los estudiantes de ciencias de la salud de la Fundación Universitaria del Área Andina sede Bogotá sobre el método anticonceptivo condón.

Objetivos específicos: (1) Determinar las condiciones sociodemográficas de la población de jóvenes universitarios en estudio. (2) Describir los conocimientos en relación a la actividad sexual que tienen los jóvenes respecto a la adquisición, uso, riesgo e inquietudes sobre el tema del condón.

Su forma de participar de esta investigación es autorizándonos a la aplicación de la encuesta sobre los conocimientos respecto al método anticonceptivo condón. Ésta encuesta es totalmente anónima y confidencial, le solicitamos contestarla lo más honestamente posible, ya que su finalidad es de tipo académico y de difusión de resultados científicos.

## Apéndice 2

### PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CONOCIMIENTO DE LAS JÓVENES UNIVERSITARIOS DE UNA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CON RESPECTO CONDÓN MASCULINO EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2015

N° ENCUESTA: \_\_\_\_\_

ANTES DE RESPONDER A LAS PREGUNTAS POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE EL ENCABEZADO MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN CORRECTA PARA CADA PREGUNTA Y COMPLETE LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN LOS ESPACIOS CORRESPONDIENTES. AGRADECEMOS CONTESTAR LO MÁS HONESTAMENTE POSIBLE.

#### INFORMACION GENERAL

1. Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_
2. Programa al que pertenece: \_\_\_\_\_
3. Estado civil: \_\_\_\_\_
4. Estrato socioeconómico: 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_ 6\_\_
5. Vive con: mamá\_\_\_\_\_, papá\_\_\_\_\_, hermanos\_\_\_\_\_, pareja\_\_\_\_\_, otros familiares\_\_\_\_\_
6. Ha iniciado vida sexual Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
7. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido durante su vida \_\_\_\_\_
8. A qué edad tuvo su primera relación sexual \_\_\_\_\_
9. ¿En su primera relación sexual utilizó condón? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
10. Conoce usted qué es una infección de transmisión sexual Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
11. Se ha realizado alguna prueba de infecciones de transmisión sexual Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
12. Ha sido diagnosticado de alguna infección de transmisión sexual Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿cuál?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### INFORMACION EN RELACION A LA ACTIVIDAD SEXUAL

13. ¿Tiene conocimientos acerca del método anticonceptivo condón?  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Cuáles?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. ¿Considera usted importante utilizar condón en una relación sexual?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Por qué?

---

---

---

15. ¿Considera usted que el uso del condón en una relación sexual disminuye la sensibilidad?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Por qué?

---

---

---

16. ¿Soy yo quien debe exigir el uso de condón en una relación sexual?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Por qué?

---

---

---

17. ¿Si propongo el uso del condón en una relación sexual, mi pareja pensaría mal de mí?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Por qué?

---

---

---

18. ¿Si propongo el uso del condón, mi pareja sexual pensaría que no confío en él/ella?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Por qué?

---

---

---

19. ¿Debo usar condón sólo si mi pareja sexual lo solicita?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Por qué?

---

---

---

20. ¿Conoce el riesgo al que se expone una persona al no utilizar condón en una relación sexual?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Qué conoce?

---



---



---

21. Con base en la pregunta anterior ¿usted se ha visto expuesto a uno de esos riesgos?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuál?

---



---



---

A continuación señale la frecuencia con la que llevaría a cabo las actividades que se presentan en cada enunciado

22. Usar condon:

Siempre \_\_\_\_, La mayoría de las veces \_\_\_\_, ocasionalmente \_\_\_\_, Nunca \_\_\_\_\_

23. Investigar el pasado sexual de mi pareja:

Siempre \_\_\_\_, La mayoría de las veces \_\_\_\_, ocasionalmente \_\_\_\_, Nunca \_\_\_\_\_

24. Planear mis encuentros sexuales:

Siempre \_\_\_\_, La mayoría de las veces \_\_\_\_, ocasionalmente \_\_\_\_, Nunca \_\_\_\_\_

25. Aplazar el momento de las relaciones sexuales si no se tiene un condón disponible:

Siempre \_\_\_\_, La mayoría de las veces \_\_\_\_, ocasionalmente \_\_\_\_, Nunca \_\_\_\_\_

26. ¿A usted le daría pena comprar un condón?

Si \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

27. ¿Sabe cómo se utiliza un condón, desde la apertura del empaque? Explique paso a paso.

SI \_\_\_ NO \_\_\_

Explique el paso a paso:

---



---



---

28. A continuación conteste uno a uno los siguientes interrogantes:

a. ¿Quién coloca el condón?

---

b. ¿En qué momento se debe colocar el condón?

---

---

c. ¿En qué momento lo retiran?

---

d. ¿Quién lo retira?

---

29. ¿Sabe usted que es la doble protección en una relación sexual?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Qué sabe?

---

---

---

30. ¿Sabe usted cuáles son los riesgos al romperse un condón?

---

---

---

31. ¿Podría escribir las enfermedades de transmisión sexuales que conoce?

---

---

---

---

32. ¿Qué inquietudes le surgen en torno al tema del condón?

---

---

---

---

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

## Vita

Claudia Liliana Bernal Bermúdez,

Bacterióloga, con especialización en epidemiología. Docente de la Universidad Militar Nueva Granada Facultad de Medicina, Docente en posgrados de salud en la Fundación Universitaria del Área Andina, Universidad Santo Tomás.

### Proyectos de Investigación

*Establecimiento y caracterización del cultivo de osteoclastos a partir de médula ósea de porcinos.* **Bernal C.,** Torres M.L., Oliveros W. y Mikán F. 2006-2008. **Revista Med 2010; 18(1)**

*Caracterización química y biológica de una apatita carbonatada y su posible modificación bioquímica para futuras aplicaciones en ortopedia y odontología.* J. Mikán\*1, M. Villamil1, T. Montes1, C. Carretero1, **C. Bernal1**, M. L. Torres1 and F. A. Zakaria. 2005-2008 .  
Publicada en **Materials Research Innovations 2009; 13(3): 323-326**

*Establecimiento y caracterización del cultivo de células del linaje osteogénico, a partir de periostio y médula ósea de porcinos.* Díaz L. M., Villamil M., **Bernal C.,** Torres M.L., Zakaria F. y Mikán J. F. 2004-2006. Publicada en **Revista Med 2007; 15(2):192-206**