

**"SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO
DE I Y II SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016"**

**JONATHAN FERNANDO REYES SALAZAR
KATHERINE PATRICIA ROJAS VELASCO
MAGDA LIZETH TIPAN
CARLOS ANDRÉS TORRES LÓPEZ
LINA MARCELA VALLEJO TRUJILLO
LUIS FELIPE ZEMANATE ORDOÑEZ**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2017**

**"SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO
DE I Y II SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016"**

**JONATHAN FERNANDO REYES SALAZAR
KATHERINE PATRICIA ROJAS VELASCO
MAGDA LIZETH TIPAN
CARLOS ANDRÉS TORRES LOPEZ
LINA MARCELA VALLEJO TRUJILLO
LUIS FELIPE ZEMANATE ORDOÑES**

**DOCENTE ASESOR:
Enf. Mag. IVETTE ADRIANA HERRERA ZULETA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2017**

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar doy gracias a Dios por darme la oportunidad de alcanzar mis logros propuestos, a mis padres y hermana por la unión de su esfuerzo en favor de mi formación personal y profesional, por significar la base sólida del alcance de mis metas, por ese ejemplo de sencillez y de trabajo; y a la mujer que me inspiró y apoyó a elegir esta hermosa profesión, mil gracias.

Jonathan Fernando Reyes

Agradezco a Dios por ayudarme, a mis padres por ser mi ejemplo a seguir, a mis hermanas por haber estado en todo momento conmigo, y a mi hijo que es mi gran inspiración.

Katherin Patricia Rojas

Gracia a Dios por darme la oportunidad de estudiar enfermería, por permitirme aprender a amar mi carrera, y que de esta manera pueda servir a las personas que lo necesiten, a mi hijo Miguel Alfonso Tipan, quien es mi mayor motivación para seguir estudiando, fue mi apoyo, mi alegría y por quien realice cada esfuerzo durante este tiempo, a mi mami Mabel consuelo Tipan por su apoyo, sus ganas de ganas de luchar por mí, sin rendirse en ningún momento, para que pudiera ser una profesional, porque con s ejemplo sé que todo lo que quiera en la vida lo podre lograr, a mi abuelita Ana Julia Otaya, mil gracias por sus consejos y apoyo.

Magda Lizeth Tipan

Agradezco a Dios, a mis padres por brindarme su apoyo incondicional, a mis hermanos que son mi ejemplo y mi compañía y quienes me impulsaron cada día para seguir adelante y así poder lograr mis metas.

Carlos Andrés Torres

Agradezco a Dios por ayudarme y haberme permitido lograr mis propósitos, a mis padres por ser mi ejemplo a seguir, a mi hermano por haber estado en todo este proceso conmigo y al resto de mi familia que de una u otra forma contribuyeron a que todo esto fuera posible.

Lina Marcela Vallejo

Agradezco a mis padres, mi hermana y mi esposa, que siempre estuvieron presentes y me brindaron su apoyo en este largo trayecto y en especial a mi hijo que es el motor de mi vida.

Luis Felipe Zemanate

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	Pág. 5
2. PROBLEMA.....	Pág. 7
3. JUSTIFICACIÓN.....	Pág. 11
4. OBJETIVOS.....	Pág. 13
4.1 Objetivo general.....	Pág. 13
4.2 Objetivos específicos.....	Pág. 13
5. MARCO REFERENCIAL.....	Pág. 14
5.1 Marco histórico.....	Pág. 14
5.1.1 Historia de la salud sexual y reproductiva a nivel mundial.....	Pág. 14
5.1.2 Historia de salud sexual y reproductiva a nivel nacional.....	Pág. 14
5.1.3 Salud Sexual y Reproductiva y Enfermería.....	Pág. 15
5.1.4 Salud Sexual y Reproductiva y Adolescentes Universitarios.....	Pág. 16
5.2 Marco legal.....	Pág. 18
5.2.1 Derechos sexuales y reproductivos.....	Pág. 18
5.2.2 Servicios de salud amigables para adolescentes jóvenes.....	Pág. 20
5.2.3 Resolución 412 de 2000.....	Pág. 20
5.2.4 Política de salud sexual y reproductiva.....	Pág. 21
5.2.5 Sistema de cultura y bienestar de la universidad del cauca.....	Pág. 21
5.3 Marco conceptual.....	Pág. 21
5.3.1 Clasificación de los métodos anticonceptivos.....	Pág. 21
5.3.1.1 Métodos folclóricos.....	Pág. 22
5.3.1.2 Métodos naturales.....	Pág. 22
5.3.1.3 Métodos de barrera.....	Pág. 23
5.3.1.4 Métodos hormonales.....	Pág. 24

5.3.1.5 Métodos definitivos.....	Pág. 27
5.3.1.6 Dispositivo intrauterino (DIU).....	Pág. 28
5.3.2 Conceptos y definiciones.....	Pág. 28
6. METODOLOGÍA.....	Pág. 31
6.1 Tipo de estudio.....	Pág. 31
6.2 Población.....	Pág. 31
6.3 Muestra.....	Pág. 31
6.3.1 Tamaño de muestra.....	Pág. 31
6.3.2 Tipo de muestreo.....	Pág. 32
6.3.3 Criterios de inclusión.....	Pág. 32
6.3.4 Criterios de exclusión.....	Pág. 32
6.4 Técnica de recolección de información e instrumento.....	Pág. 32
6.4.1 Instrumento de recolección de información.....	Pág. 32
6.4.2 Validación por expertos.....	Pág. 32
6.4.3 Prueba piloto.....	Pág. 33
6.4.4 Recolección de la información.....	Pág. 33
6.5 Análisis de la información.....	Pág. 33
6.6 Consideraciones éticas.....	Pág. 33
7. Resultados.....	Pág. 35
8. Discusión.....	Pág. 49
9. ANEXOS.....	Pág. 53
9.1 Anexo 1.Cronograma.....	Pág. 53
9.2 Anexo 2. Presupuesto.....	Pág. 54
10. BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 55

1. INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva (SSYR), es un tema de importancia a nivel mundial ya que implica una dimensión prioritaria con elementos ordenadores de abordaje y actuación en salud pública, contemplados en el III y V Objetivo De Desarrollo Sostenible. Se reconoce que alrededor del 50% de los adolescentes entre 15 y 19 años tiene vida sexual activa, el 25% de ellos se embaraza y el 60% de las gestaciones ocurren en los primeros seis meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales, además, entre el 60% y el 70% de esos embarazos no son deseados; así mismo se ha evidenciado un incremento de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas, el VIH / SIDA.¹

El uso de anticonceptivos ha incrementado especialmente en continentes como Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014.² Se observan problemáticas, aun cuando La Planificación Familiar es un derecho de todos y esto ayudara a decidir y planear cuándo y cuántos hijos se desean tener; es de resaltar que Los diferentes programas de salud mundial trabajan desde varios años en mejorar los servicios y cumplir con los diferentes objetivos propuestos por cada institución para mejorar las calidades de vida y proporcionando información sobre salud sexual y reproductiva.

La Planificación Familiar está asociada a la reducción de los índices de mortalidad materno - fetal previniendo que las gestantes mueran durante el embarazo, parto o puerperio y proporcionándoles los elementos necesarios para evitar los riesgos que se presentan, así como la información requerida que les permita aplazar la gestación hasta que se encuentren preparadas física, emocional y económicamente.³

El mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres son condiciones fundamentales para el logro del desarrollo humano teniendo en cuenta que la salud sexual es el completo estado de bienestar físico, mental y social más allá de la ausencia de enfermedad, que permite relacionarse, sentir y expresar afecto, formar pareja, experimentar placer y ejercer libremente su identidad sexual , es así como se reflejan conductas, actitudes y practicas frente a

¹ Naciones Unidas. Objetivos del Desarrollo del Milenio. 2014

² OMS, Planificación familiar. Centro de prensa. 2015. Nota descriptiva N° 351

³ <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/introduccion.asp>

las diferentes experiencias de la vida. Es indiscutible que de manera simultánea en la salud sexual y reproductiva de los universitarios existan otros factores, como origen que la información es inadecuada, subjetiva o poco clara.

Los métodos de planificación familiar al ser suministrados sin los conocimientos suficientes sobre el tema y que se adquieren ya sea a través de los medios de comunicación, instituciones educativas, amigos y en determinados casos al interior de las familias, Traen muchas consecuencias ya que debido a esto se está omitiendo consultas con profesionales de la salud que son quienes están capacitados para ofrecer el método más indicado para cada persona y mucha de la población se basa en simples consejos que a la final podrían traer consecuencias negativas como los embarazos no deseados .

En la Universidad del Cauca en el primer periodo del 2015, de los 14000 estudiantes de pregrado solo asistieron al programa de SSYR 609 estudiantes, de los cuales 241 (45,2%) fueron hombres y 292 (54,8%) mujeres, el 60,5% de los estudiantes iniciaron métodos de planificación familiar, 1,3% utilizaron anticoncepción de emergencia, 6,6% practicaron interrupción voluntaria del embarazo, y más de la mitad tenían desconocimiento del tema.⁴ Los estudiantes universitarios ocupan un lugar especial dentro de la población altamente vulnerable a los embarazos no deseados y a las infecciones de transmisión sexual, pues esta sometidos a una serie de factores de riesgo características de edad, el medio ambiente, el aspecto social y escasa información sobre sexualidad. Por tal motivo la educación sobre una sexualidad sana es una actividad a desarrollar en dicha población para contribuir al mejoramiento y/o correcciones de fallas que se consideran están afectando el desarrollo sexual de los jóvenes.

⁴ Sistema de Cultura y Bienestar. Programa de Salud sexual y reproductiva. Universidad del Cauca.2015

1. PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas sobre Salud Sexual y Reproductiva en los estudiantes de pregrado de I y II semestre de la Universidad del Cauca?

La Salud Sexual y Reproductiva está definida como un estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos⁵; implica una dimensión prioritaria con elementos ordenadores de abordaje y actuación en salud pública. El mejorar la salud sexual y reproductiva representa el III y V Objetivo de Desarrollo Sostenible, para ello se basa en la importancia de reducir la mortalidad materna, en el camino de apertura universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, la reducción del número de infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA y embarazos en adolescentes. Vemos actualmente que esta problemática deja a más madres y sus familias en situación de riesgo, pobreza y deserción en la educación, perpetuando las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, parto pre término, aborto y suicidio. También en este III y V Objetivo se describe el progreso y ampliación del uso de métodos anticonceptivos, el cual actualmente no ha avanzado, específicamente entre la poblaciones más pobres, debido a la falta de educación y el difícil acceso a los servicios de anticoncepción; esto nos indica una enorme falla en el cumplimiento de mejorar la salud sexual y reproductiva de los individuos en el país.⁶

En los últimos tiempos se ha incrementado la preocupación por la salud de los adolescentes alrededor del mundo. Actualmente la salud sexual y reproductiva es de vital importancia ya que nos permite dar solución a uno de los mayores problemas en salud pública como es la maternidad temprana y sus consecuencias sociales y biológicas. Hoy en día la salud sexual y reproductiva resulta esencial para lograr el bienestar, autonomía y al mismo tiempo apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades, la equidad de género, respeto por la identidad, el poder de decisión y una mejor educación para la población evitando consecuencias que repercuten en un adolescente como, las infecciones de transmisión sexual, la deserción escolar, pérdida de oportunidades de ingresos

⁵ Consejo Ejecutivo113ª reunión, OMS. Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo.2013.

⁶ Naciones Unidas. Objetivos del Desarrollo del Milenio. 2014

mayores en el futuro, rechazo familiar, dificultades emocionales; , bajo peso al nacer, retraso en el desarrollo óseo, prematuridad y muerte neonatal.⁷

A nivel mundial el uso de anticonceptivos ha incrementado especialmente en continentes como Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2014. En África pasó de 23.6% a 27.64%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60.9% a un 61%, y en América Latina y el Caribe pasó de 66.7% a 67.0%. El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).⁸

La mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años, de ellos un tercio tiene entre 10 y 24 años y un 80% de éstos viven en países en vía desarrollo. Estas condiciones y/o problemas se agravan cuando se reconoce que alrededor del 50% de los adolescentes entre 15 y 19 años tiene vida sexual activa, el 25% de ellas se embaraza y el 60% de las gestaciones ocurren en los primeros seis meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales, además, entre el 60%-70% de esos embarazos no son deseados; así mismo el incremento de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas, el VIH / SIDA; en el mundo, la mitad de los que tienen reacción serológica positiva, se contagiaron cuando tenían entre 15 y 24 años de edad.⁹

En América Latina y el Caribe, 90% o más de las adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, lo que conlleva al riesgo de un embarazo y contagio de infecciones de transmisión sexual.¹⁰

En Colombia, a pesar de que existe un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud y necesidades de los jóvenes en el que se tiene acceso a información de calidad y de carácter confidencial, con respecto a la anticoncepción, sexualidad responsable, auto cuidado, prevención del embarazo

⁷ OMS, Planificación familiar. Centro de prensa. 2015. Nota descriptiva N° 351

⁸ IVIT

⁹ Acosta Sonia, Ibáñez Edgar, Alfonso Andrea, Cifuentes Linda, Gamba Sandra, Mojica Carolina, Vargas Vilma, y Patiño Efraín. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. Rev. Ciencias biomédicas.2010; ISSN:1794-2470 VOI.8

¹⁰ Chelhond B. Ezzat A., Contreras V. Leidy, Ferrer L. Michelle y Rodríguez Iván. Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela. Rev. Revista médica Risaralda. 2012. vol.18 no.2

no planeado y aborto y que existen estudios que señalan que la tasa de aborto inducido ha permanecido relativamente estable en las últimas dos décadas, (al pasar de 36 por cada 1.000 mujeres en 1988 a 39 por 1.000 en 2009, lo que significó un aumento de 8%; se registran anualmente, un promedio de 400.000 abortos inducidos y unos 911.897 embarazos no deseados, cifras superiores al promedio en Latinoamérica y el Caribe.¹¹

En la comunidad universitaria a nivel internacional como nacional se ve reflejado que la primera relación sexual se realiza entre las edades de 16 y 20 años de los cuales el 90% utiliza métodos anticonceptivos, siendo los principales métodos de barrera como el preservativo; mientras que el 10% no se protege con ningún método.¹²

Gonzales y colaboradores en su artículo publicado en el 2003, refieren que la utilización de algún método anticonceptivo en la primera relación es más alta en los hombres que en las mujeres pero existe una parte de la población que no se protege en el momento de la relación. La información de los métodos anticonceptivos conllevan que cierta parte conoce o a oído hablar de algún método para evitar el embarazo, lo que más llama la atención es que las mujeres son quienes menos se protegen en su primera relación.¹³

La salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes universitarios en el Cauca y principalmente en Popayán, es considerado actualmente como una problemática social, su origen se sitúa desde el hogar donde el papel de los padres es indispensable en la enseñanza desde la niñez; además de falta de educación e información en escuelas, colegios y universidades acerca de la sexualidad, evidencian los conflictos tales como, inicio temprano de relaciones sexuales, exposición a embarazos no deseados y la exposición a contraer una infección de transmisión sexual.¹⁴

En cuanto a los embarazos no deseados, la población desconoce la información acerca del uso de métodos anticonceptivos, según la Encuesta Nacional de Demografía del 2010 que elaboró Profamilia, el 49% de la población tuvo un embarazo no planeado, de ese porcentaje el 20% fueron embarazos no deseados y el 50% de los embarazos fueron adolescentes.¹⁵

¹¹ Henao T. Olga M. Factores de riesgo y protectores en las prácticas y comportamientos sexuales de los estudiantes de pregrado presencial en una universidad de la ciudad de Manizales. Rev. Univ. Salud. 2014. vol.16 no.1

¹² González P. Lázaro, González L. Norma, Mena F. Magalys, Navarro P. Amparo y Martín L. Xiomara. Salud Sexual y Reproductiva en Estudiantes Universitarios. ¿Modo y Estilo de Vida Saludables?. Rev. Humanidades médicas. 2003

¹³ IVIT.

¹⁴ Periódico La Campana. Salud Sexual y Reproductiva, un tema de todos. 2013.

¹⁵ IVIT

Según estadísticas de la Secretaria Departamental de Salud del Cauca en Popayán para el año 2012 se presentaron 456 casos de embarazos en adolescentes de 10 a 17 años, lo que equivale al 11.08%. Así mismo, el número de embarazos en mujeres de 10 a 19 años de edad se presentaron en 967 casos lo que equivale al 23.36%. Claramente se evidencia que se deben implementar estrategias en la población que ayuden a mejorar diferentes aspectos, desde el fortalecimiento de la educación y conocimiento del uso adecuado de métodos anticonceptivos hasta el enfoque hacia una sexualidad responsable y segura mediante campañas o proyectos en el departamento del Cauca.¹⁶

En la Universidad del Cauca se cuenta adscrito a la Vicerrectoría de Cultura y Bienestar, en la División de Salud Integral el Programa de Salud Sexual y reproductiva el cual realiza jornadas de sensibilización y consejería en salud sexual y reproductiva en las diferentes facultades, promoviendo prácticas seguras y previniendo alteraciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva. En el primer periodo del 2015, los 14000 estudiantes de pregrado solo asistieron al programa 609 estudiantes, de los cuales 241 (45,2%) fueron hombres y 292 (54,8%) mujeres, el 60,5% de los estudiantes iniciaron métodos de planificación familiar, 1,3% utilizaron anticoncepción de emergencia y 6,6% practicaron interrupción voluntaria del embarazo, y más de la mitad tenían desconocimiento del tema. Lo anterior plantea una problemática en relación a que no se cuenta con el conocimiento suficiente y buenas prácticas para el desarrollo de una buena salud sexual y reproductiva en los jóvenes universitarios.¹⁷

En el año 2010 en un trabajo realizado sobre “Conocimiento, prácticas y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de la Universidad del Cauca” se realizó la caracterización sociodemográfica de la población, se identificó la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos indagando a hombres y a mujeres sexualmente activos para poder percibir el uso de métodos por parte de la pareja, se midió el grado de conocimiento dando como resultado que la mayoría de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento regular y deficiente, finalmente se describieron las prácticas de uso de métodos anticonceptivos arrojando que el más usado por la población estudiantil es el condón, seguido de los métodos hormonales; como también el uso de la píldora de emergencia que la han usado la mayoría de los estudiantes sexualmente activos.¹⁸

¹⁶ Secretaria de Salud. La población adolescente prioridad para la administración del alcalde de Popayán. Alcaldía Municipal.

¹⁷ Sistema de Cultura y Bienestar. Programa de Salud sexual y reproductiva. Universidad del Cauca. 2015

¹⁸ Conocimientos, prácticas y usos de métodos anticonceptivos en estudiantes de la Unicauca. Trabajo de grado. 2010.

2. JUSTIFICACIÓN

A medida que la población estudiantil de las distintas instituciones universitarias de la ciudad, acorta la edad de ingreso a las mismas, se visualiza con preocupación la falta de conocimiento acerca de salud sexual y reproductiva y el mal uso de los métodos anticonceptivos, derivando esto en problemas subyacentes, tales como embarazos, abortos e infecciones de transmisión sexual¹⁹. Según un estudio realizado en la Escuela superior politécnica de Chimborazo, Ecuador, durante los años 2009 y 2010, se indagó a los estudiantes acerca de los conocimientos, prácticas y comportamientos en cuanto a sexualidad; en los resultados se logra evidenciar un déficit de conocimientos, algunos de los estudiantes encuestados refirieron nunca haber utilizado un preservativo durante sus relaciones sexuales, pero en cambio han utilizado algunos métodos caseros no eficaces por las creencias y costumbres que tienen sobre el tema.²⁰

En otro estudio realizado a 979 estudiantes de una Universidad pública de Cartagena, Colombia en el año 2012, muestra diferentes variables entre las que se encuentran: edad de inicio, tipo y condiciones de la relación sexual, métodos de anticoncepción, embarazos, abortos; siendo el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales: 16.6 años, además un 8.5% de los estudiantes encuestados reportó embarazos, de los cuales, 79,5% fueron no deseados, 7% ocurrieron como producto de una relación bajo efectos del alcohol. Por otro lado, se encontró que la prevalencia de aborto fue del 6, 7 %; esto nos indica claramente que existe una problemática en cuanto a los conocimientos que tienen los universitarios acerca de la salud sexual y reproductiva.²¹

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010, evidencio que una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada; el 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo. Un estudio publicado por el Instituto Guttmacher de los Estados Unidos, indica que, pese a los logros en cuanto al uso de métodos anticonceptivos en Colombia, el 67% del total de embarazos en 2008 fueron no planeados; el total de abortos inducidos aumentó en una tercera parte de 1989 a 2008. A pesar de una sentencia S-355 de la Corte Constitucional de 2006, que permite el acceso al aborto legal en Colombia bajo ciertas circunstancias, virtualmente todos los abortos, al menos el 99.9%, son

¹⁹Trejo O. Perla M., Moreno C. Patricia del Carmen, Macías A. Maricela, Valdez E. Gricelda, Mollinedo M. Fabiana E., Lugo B. Lilia G. y Araujo E. Roxana. Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. Rev. cuba. Enferm. 2011. 27(4):273-280

²⁰Saeteros H. Rosa del Carmen, Pérez P. Julia y Sanabria R. Giselda. Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. Rev Cubana Salud Pública .2015

²¹ Díaz C. Shyrley, Arrieta V. Katherine y González M. Farith. Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios en cartagena, colombia, 2012. Rev. colombiana de obstetricia y ginecología. 2014.

realizados de manera ilegal. Estos procedimientos clandestinos plantean riesgos para la salud de las mujeres y se estima que un tercio del total de mujeres que tienen abortos experimentan complicaciones que requieren atención médica²².

En la universidad del Cauca se realizó un estudio descriptivo cuantitativo y de corte transversal entre los años 2010 y 2011, el cual buscaba determinar los conocimientos, prácticas y uso de métodos anticonceptivos, tomando como población 600 estudiantes de las 9 facultades por muestreo probabilístico; se logró evidenciar que el 89.3% son sexualmente activos y en mayor proporción los hombres; en cuanto a los métodos anticonceptivos, el más usado es el condón 82.9% aunque se presentan algunas deficiencias, seguido de los métodos hormonales 42.7%; la píldora anticonceptiva de emergencia, la han usado la mayoría de los estudiantes y un porcentaje muy alto 90.5% tienen conocimientos deficientes acerca de esta.²³

De acuerdo a lo anterior se logra evidenciar, que la salud sexual y reproductiva en adolescentes universitarios es una problemática que no solamente prevalece en Colombia sino en diferentes países, y que no precisamente se centra en una temática específica sino que abarca diferentes aspectos, por lo que con una intervención, educación y capacitación en algún momento de la vida podría ayudar a mejorar la calidad de vida de jóvenes y adolescentes en nuestro país.

²² Banco mundial. Reduciendo el riesgo en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Reseña.2014.

²³ Conocimientos, prácticas y uso de métodos anticonceptivos de estudiantes de la Universidad del Cauca, Popayán, noviembre 2010 a octubre 2011 disponible en: Biblioteca Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Cauca. T.FCS.ENF0335.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el conocimiento y las prácticas sobre la Salud Sexual y Reproductiva en los estudiantes de pregrado de I y II semestre de la Universidad del Cauca, 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar socio - demográficamente a los estudiantes de pregrado I y II semestre de la Universidad del Cauca.
- ✓ Identificar los conocimientos sobre la Salud sexual y reproductiva en los estudiantes de pregrado de I y II semestre de la Universidad del Cauca.
- ✓ Identificar las prácticas de sexualidad en los estudiantes de pregrado I y II semestre de la Universidad del Cauca.
- ✓ Determinar la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes de la Universidad del Cauca.

4. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO HISTÓRICO

5.1.1 Historia salud sexual y reproductiva a nivel mundial

La salud sexual y reproductiva, nació en el año 1994 en el Cairo, Egipto, en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD).

En el año 1948, en la Declaración de los Derechos Humanos, se empezó a encaminar este concepto, dando importancia a la salud materna e infantil, que más adelante y al pasar de los años, fue cobrando mayor importancia.

En el año 1978, en “la conferencia de alma ata” se incluye el termino de planificación familiar, dentro de la salud materna e infantil.

En el año 1994 finalmente se deja a un lado el término de salud materna e infantil para dar paso al término de salud sexual y reproductiva.

En el año 2000 en la cumbre del milenio, se definieron 2 de los objetivos de desarrollo del milenio que contribuyen al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva y a lograr una igualdad entre géneros.²⁴

5.1.2 La Salud Sexual y Reproductiva en Colombia

En Colombia, se han tomado las responsabilidades de las diferentes conferencias internacionales de salud sexual y reproductiva, ya que en nuestro país, este tema, se considera como una problemática que prevalece mayormente en adolescentes.

En 1959 se crea la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, primera institución en promover la planificación familiar, a la cual se le incorporó en 1964 una División de Estudios de Población (DEP).

En 1965 nace la Asociación Pro bienestar de la Familia Colombiana - Pro familia, de carácter privado, sin ánimo de lucro, con inspiración solidaria y filantrópica hacia la promoción y defensa del derecho humano a la planificación familiar, prestando servicios a los pobres, vulnerables y marginados, y al desarrollo de

²⁴ Mazarrasa A. Lucía y Gil T. Sara. Salud Sexual y Reproductiva. Escuela Nacional de Sanidad. 2006.

investigaciones sociodemográficas que contribuyan al bienestar de la población, respetando los derechos del individuo y la pareja dentro del marco normativo vigente.

Más adelante el Ministerio de Salud expidió en 1984 la Resolución 8514 “Por la cual se establecen algunas normas de “Regulación de la fertilidad”, la primera reglamentación en el tema, donde se plasman los principios que la regirían, estableciendo que los servicios deberán estar integrados a otros aspectos de atención de salud dirigidos a personas en edad reproductiva, señala la forma como debe darse la información y otorgarse el consentimiento , así como la responsabilidad del Ministerio de emitir el Manual para la prestación de la atención y capacitar a los prestadores de los servicios de regulación de la fertilidad, quienes no podrán ejercer ningún tipo de presión, ni podrán recibir incentivo alguno por el estímulo al uso de un determinado método. Además el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) contenido en la Ley 100 de 1993 aprobada con base en el artículo 49 de la Constitución, da lugar a una amplia reglamentación en todos los aspectos. Es así como el Plan de Atención Básica, hoy Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS), contemplan acciones y servicios destinados a atender las necesidades de salud sexual y salud reproductiva de la población, sin ningún tipo de discriminación.

En 2003 el Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 – 2007 mediante la cual se fijaron las prioridades para guiar la intervención del Estado en seis áreas de intervención: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida y violencia doméstica y sexual.

5.1.3 Salud sexual y reproductiva y Enfermería

Enfermería cumple un papel esencial en el campo de la salud, buscando un completo bienestar del ser humano, en este caso, bienestar en cuanto a salud sexual y reproductiva, que incluye diferentes aspectos, en los cuales la enfermería realiza su trabajo, principalmente con acciones de promoción y prevención, brindando educación a la población y supliendo las necesidades de cuidado de las personas, poniendo a disposición sus conocimientos, entendiendo y respetando la forma de pensar y las creencias de algunas personas, siendo siempre el objetivo primordial, educar y cuidar a la población en edad fértil, mujeres embarazadas y adolescentes. Algunas de las actividades de enfermería que están enfocadas en la salud sexual y reproductiva, se encuentran, la orientación en cuanto a métodos anticonceptivos, prevención de infección de transmisión sexual (ETS), detección precoz de cáncer de mama, cuello uterino, próstata y testículo; educación a

adolescentes, orientada a temas de salud sexual y reproductiva, especialmente la prevención de embarazos.²⁵

En un artículo publicado en el año 2012, muestra el trabajo de enfermería, enfatizando en la salud sexual y reproductiva, que dice "El trabajo de las enfermeras y enfermeros en cualquier nivel de atención constituye un eslabón fundamental para lograr el cuidado y la recuperación del paciente o la conservación de la salud de la persona supuestamente sana". Para la enfermería cubana, la labor de enfermería es un reto que debe ser mejorado día a día, para ello, enfermeros y enfermeras cubanos dedicaron en el año 2012, en el día del enfermero, una jornada en donde se abarco la temática de salud sexual y reproductiva con el fin obtener conocimientos que les sea de gran ayuda para promover promover el bienestar de la población asociado a la salud sexual y reproductiva.²⁶

5.1.4 Salud Sexual y Reproductiva, y adolescentes universitarios

La adolescencia es una etapa de crecimiento físico y emocional que plantea nuevos temas vinculados al cuidado de la salud. Muchas personas creen que "la sexualidad" es sinónimo de relaciones sexuales o se refiere sólo a los genitales. Sin embargo, se trata de un concepto mucho más amplio. La sexualidad es un proceso dinámico y complejo que comienza cuando nacemos, se manifiesta de diferentes maneras a lo largo de nuestra vida e involucra nuestros sentimientos, emociones y esto ayuda a nuestra identidad. La sexualidad tiene que ver con la forma de vestirse, de moverse, de expresarse y de relacionarse con los demás.²⁷

La pubertad es una etapa de transición entre la adolescencia y la madures sexual en la cual ocurren una serie de cambios en los cuerpos de los adolescentes. En las mujeres, se desarrollan los senos, se ensanchan las caderas y se iniciará la menstruación (menarquia); en los hombres sale y crece vello en axilas, cara (bigote y barba), pecho, piernas, brazos y pubis, aumenta el tamaño del pene, testículos, próstata y aparece la primera eyaculación. Se da el inicio de las relaciones sexuales y con ellos la posibilidad de embarazos, el riesgo de contagiarse de infección de transmisión sexual, como herpes, verrugas genitales o VIH, el virus que causa el SIDA.

La única forma de estar completamente seguro es no tener relaciones sexuales. Sin embargo, si se decide hacerlo, utilizar preservativo (codón) y mantener una

²⁵ Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>

²⁶ Paez A. Jovita y Vento I., Félix E.. La educación en salud sexual y reproductiva como un reto para la enfermería cubana. Rev Cubana Enfermer. 2012, vol.28, n.3, pp. 188-189. ISSN 0864-0319. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192012000300001&script=sci_arttext

pareja estable son la mejor protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados.²⁸

5.1.5. Estrategias de salud sexual y reproductiva en adolescentes

A partir del año 2007 el Ministerio de Salud y Protección Social viene implementando a nivel nacional la adopción del Modelo de servicios de salud amigables y para adolescentes y jóvenes (SSAAJ), con el fin de facilitar el acceso y la atención integral de la población joven y adolescente, en el marco de los derechos de la salud, la salud sexual y la salud reproductiva.

Los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes se plantean como “un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia”. Hacen referencia a la oferta de servicios de salud específicos para población adolescente y joven, y son presentados por el Ministerio de Salud como estrategia central para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, en cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Nacional de Salud Pública, con el fin de reducir las barreras de acceso a servicios integrales de salud y salud sexual y reproductiva a este grupo poblacional.

La estrategia tiene un enfoque integral de equidad de género y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, y se enfoca en el fortalecimiento de la capacidad institucional y de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la promoción de la participación activa de los y las jóvenes en el diseño de programas de salud y salud sexual, ajustados a sus características y necesidades.

El Modelo busca que las instituciones de salud se vuelvan “amigables” para los adolescentes y jóvenes, que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población y por ello favorece la participación de los y las adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades, a la vez que refuerza la capacidad técnica y humana de los prestadores de servicios.

Cuando adolescentes y jóvenes son reconocidos como sujetos de derechos, con capacidad para tomar decisiones, se sienten motivados y se convierten en valiosos aliados para los servicios de salud. Con su apoyo es posible planear

²⁸ Programa de UNFPA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. México. 2014 http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php

mejor el servicio, ofrecerlo con estándares de calidad y evaluarlo de manera crítica y permanente. Además contribuyen a la difusión de los servicios ofrecidos.

Entre 2007 y 2011 se han implementado 850 servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes de 10 a 29 años, en 695 municipios del país, con un 61% de cobertura, pasando de ser una estrategia focalizada en algunos municipios a ser un programa nacional con respaldo y reconocimiento internacional.²⁹

Los/las adolescentes no acuden con facilidad a los servicios de consejería y atención y, por lo tanto, es indispensable que el sistema cuente con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades en que se acercan a solicitar orientación o servicios, particularmente para suministrarles métodos de control de la fecundidad y de protección contra ITS y VIH/SIDA, y para vincularlos a programas específicos según sus necesidades.

Con la población adolescente es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones desequilibradas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo. Por otro lado, es evidente que la sola divulgación de información no es suficiente para desarrollar competencias sociales orientadas hacia el estímulo de las condiciones que garantizan la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del ciclo vital.³⁰

5.2 MARCO LEGAL

5.2.1 Derechos sexuales y reproductivos

El estudiantado al igual que todos los ciudadanos poseen derechos como los manifestados por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y el Ministerio de la Protección Social en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003 “cuyo objetivo es mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población, con especial 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”. Además se confirma que “ la

²⁹ <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Estrategias-de-salud-sexual-y-reproductiva-en-adolescentes.aspx>

³⁰

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>

salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental”.³¹

Los derechos sexuales y reproductivos son los derechos humanos, internacionalmente reconocidos, que garantizan el desarrollo libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual, reproductiva y de la convivencia sexual. Estos derechos se basan en la dignidad humana y la libertad de las personas para decidir acerca del ejercicio de su sexualidad y reproducción.

Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia. La capacidad de las mujeres para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos.

Los derechos sexuales y reproductivos reconocidos internacionalmente son:

- **Derecho a la vida:** Ninguna mujer debe estar expuesta a perderla por embarazo o parto.
- **Derecho a la libertad y seguridad de la persona** Protección ante, la mutilación genital, el embarazo forzado, la esterilización o la elección del aborto.
- **Derecho a la igualdad:** A estar libres de todas las formas de discriminación.
- **Derecho a la privacidad:** Confidencialidad de lo que se refiere a la salud sexual y a la salud reproductiva de las personas.
- **Derecho a la libertad de pensamiento:** En sexualidad y reproducción.
- **Derecho a la información y educación:** Riesgos y efectividad de los métodos de planificación familiar.
- **Derecho a optar por el matrimonio** y a formar o no y planificar una familia.
- **Derecho a decidir si tener hijos:** Cuantos y cuando tenerlos.
- **Derecho a la atención, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.**
- **Derecho a los beneficios del progreso científico.**
- **Derecho a la libertad de reunión y asociación.**
- **Derecho a no ser objeto de violencia, explotación tortura o maltrato.**

Los “Derechos sexuales” se engloban dentro de los derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, internacionales y otros acuerdos sobre derechos humanos. Incluyen el derecho de todas las personas a la libertad sin coacción, discriminación y violencia para:

³¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política nacional de salud sexual y reproductiva 2003. Disponible en internet: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf.

- Alcanzar los más altos estándares de salud sexual, incluyendo el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Buscar, recibir y transmitir información sexual.
- A la educación sexual.
- Respeto a la integridad física.
- Elección libre de pareja.
- Decidir tener una vida sexual activa o no activa.
- Relaciones sexuales consentidas o de mutuo acuerdo.
- Matrimonio consentido.
- Decidir si se quiere o no, dónde y cuándo tener descendencia.
- Conseguir una vida sexual satisfactoria, placentera y segura.

5.2.2 Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes:

“El Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), presenta el modelo para la implementación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, en cumplimiento de la ley 1122 de 2007, el decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007-2010 y la resolución 425 de 2008, reglamentaria (con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de métodos modernos y de emergencia). Que tiene por objeto, adecuar los servicios de salud a las necesidades y realidades de los adolescentes y jóvenes en todo lo relacionado con su sexualidad y reproducción, igualmente con el fin de contribuir a vivencias responsables y enriquecedoras como garantía de derecho. Trabajando las problemáticas de embarazo no planeado en la adolescencia, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y la violencia sexual que deterioran la salud sexual y reproductiva de este grupo de edad; pretendiendo tener como futuros resultados un uso más activo de los servicios de salud, que mejoren y orienten a los adolescentes a la toma de decisiones sobre su sexualidad y su reproducción, así como la creación de servicios de salud, que dan prioridad a la satisfacción de las necesidades de adolescentes y jóvenes”.³²

5.2.3 Resolución 412 de 2000

La resolución 412 de 2000, “por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las entidades promotoras de

³² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Promoción y prevención. 2008. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/servicios%20de%20salud%20amigables_ppt.pdf

salud, instituciones prestadoras de salud del SGSSS y las administradoras del régimen contributivo y subsidiado, que tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de promoción y prevención. Entre las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica se encuentra la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, en la cual, se describen las acciones que deben realizar los profesionales de la salud para el ingreso de usuarios y controles de planificación”.³³

5.2.4 Política de salud sexual y reproductiva

Dentro de las políticas de SSYR, encontramos también, “la resolución 3353 de 1993 y la ley general de educación 115 de 1994, la cual establece en Colombia la obligatoriedad de la educación sexual en el sistema formal y no formal de la educación. Esta oficialización provino de sentencias proferida por la corte constitucional, a raíz de la acción de tutela presentada por una educadora del departamento de Boyacá”³⁴

5.2.5 Sistema de Cultura y Bienestar Universidad del Cauca:

El sistema de cultura y bienestar, se creó en el 2015, mediante el acuerdo 030 del Consejo Superior de la Universidad del Cauca, el cual menciona en el artículo 11, numeral 6, “Apoyar la salud ocupacional en el desarrollo de las actividades académicas y de las prácticas profesionales. Adelantar programas de salud sexual y reproductiva en procura de una sexualidad segura y responsable, prevención de infecciones de transmisión sexual, control de fertilidad y educación para el disfrute”.³⁵

5.3 MARCO CONCEPTUAL

5.3.1 Clasificación de los métodos anticonceptivos

5.3.1.1 Métodos folclóricos: Son creencias populares que la gente pone en práctica para evitar el embarazo, sin tener en cuenta que estos métodos no tienen bases científicas y no son efectivos. También es de gran importancia resaltar que los adolescentes y sobre todo aquellos de un bajo nivel educativo llegan a utilizarlo por no tener la educación adecuada y se acogen a las creencias populares.

³³MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 de 2000 (febrero 25). Disponible en: <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>

³⁴ PROFAMILIA. Dialoguemos sobre salud sexual y reproductiva. Embarazo y fecundidad en adolescencia. Marco legal vigente; Legislación y políticas disponible en: http://www.profamilia.org.co/004_servicios/04publicaciones.htm

³⁵Acuerdo Superior 030 de 2015 (establecimiento del Sistema de Cultura y Bienestar de la Universidad del Cauca) <http://www.unicauca.edu.co/versionP/documentos/acuerdos/acuerdo-superior-030-de-2015-establecimiento-del-sistema-de-cultura-y-bienestar-de-la-universidad-del-cauca>

Algunos de estos mitos son: Tomar coca cola con "alkaseltzer" o hacer una ducha vaginal con cualquiera de los dos, usar el "mejoral" como tableta vaginal, orinar después de la eyaculación, tener relaciones sexuales de pie, tomarse una cerveza al sol después de tener relaciones sexuales, bañarse los pies con agua caliente, agua salada o vinagre.³⁶

5.3.1.2 Métodos naturales: estos métodos consisten en la observación del comportamiento del aparato reproductivo del hombre y la mujer. La falla de estos métodos es de un 30%, y su efectividad puede variar de acuerdo con el uso y el conocimiento del organismo, por eso se dice que son métodos que dependen cien por ciento de quien los pone en práctica. Adicionalmente, quienes usan los métodos naturales, para prevenir el embarazo, no están protegidos contra las Infecciones de Transmisión Sexual.³⁷

❖ **Coito interrumpido:** Este es uno de los métodos anticonceptivos más antiguos que se conocen y es poco efectivo, es un método anticonceptivo que las parejas siempre tienen a su disposición, no cuesta nada y no tiene ningún efecto secundario. También conocido como "coitus interruptus", requiere que el pene se extraiga de la vagina antes de la eyaculación para impedir que haya contacto entre los espermatozoides y el óvulo. La eficacia anticonceptiva es similar a la de los métodos de barrera, con tasas de embarazo de aproximadamente 4 por ciento con el uso perfecto y de por lo menos 19 por ciento con el uso típico durante el primer año. Este método es de alto riesgo debido a que el líquido seminal que sale antes de la eyaculación, contiene espermatozoides y hay riesgo de fecundación o de contraer una Infección de Transmisión Sexual. Tiene un 70% de eficacia.³⁸

❖ **Ritmo o calendario:** Consiste en registrar el intervalo de los ciclos menstruales durante 6 meses, para identificar cuáles son los días fértiles de la mujer. Se requiere de una operación matemática. Cuando se usa este método se deben evitar las relaciones sexuales cóitales durante la ovulación y sólo funciona en mujeres con ciclos menstruales regulares. O tener las relaciones usando condón. Quienes quieran usar éste método deben recibir las indicaciones de un especialista. Su efectividad es del 70%.³⁹

³⁶PROFAMILIA. Métodos anticonceptivos. cuadernillo estudiantil. 2013.

³⁷ IVIT

³⁸Junta de comunidades de castilla, la mancha consejería de salud y bienestar social dirección general de salud pública. Salud sexual- guía de métodos anticonceptivos, Dirección general de salud pública. Castilla la Mancha. [Año????? Nombres propios la primera letra en mayuscula](#)

³⁹ PROFAMILIA. Métodos anticonceptivos, cuadernillo estudiantil. 2013.

- ❖ **Moco cervical:** Se basa en la observación de los cambios en el moco cervical. Este líquido que está en el cuello del útero, cambia durante la ovulación. Generalmente, en la etapa de no fertilidad de la mujer hay una ausencia de moco cervical visible y sequedad. Cuando la mujer está ovulando, se vuelve cristalino y transparente, semejante a una clara de huevo y al tacto es resbaloso y elástico. La fertilidad se debe considerar entre 2 días antes y 4 días después de su aparición. Las mujeres saben cuándo están fértiles al observar cambios en el aspecto y la textura del moco cervical. Su efectividad es del 70%.⁴⁰
- ❖ **Lactancia materna:** El método de amenorrea de la lactancia o MELA, es una opción anticonceptiva temporal para la mujer en el postparto. Para que el MELA sea eficaz, la mujer debe usarlo durante los primeros seis meses de postparto, estar amenorréica y estar amamantando plenamente o casi plenamente. Los estudios han demostrado que el MELA ofrece más del 80 al 98% de protección contra el embarazo siempre y cuando existan las siguientes condiciones: cuando la madre ha alimentado exclusivamente al hijo con leche materna desde el momento del nacimiento, amamanta al bebé por lo menos cada tres o cuatro horas al día, inclusive durante la noche, el bebé no ha iniciado otro tipo de alimentación, no hay menstruación, no han pasado más de 6 meses desde el parto. Su eficacia es del 80 al 98%, dependiendo de uso adecuado del método.⁴¹

5.3.1.3 Métodos de barrera: Los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas, capuchones cervico uterinos y espermicidas son métodos de barrera para la anticoncepción. Estos métodos actúan mediante el bloqueo físico o químico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas ITS. Todos los métodos de barrera dependen de su adecuada utilización para que sean eficaces, deben usarse en forma correcta y sistemática. El uso correcto y sistemático requiere motivación, aptitud y con frecuencia, comunicación entre compañeros.⁴²

- ❖ **Preservativo masculino (condón):** Es una funda de goma de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene en erección cubriéndolo totalmente, de manera que impide que los espermatozoides contenidos en el semen pasen a la vagina. Es un método sencillo, práctico y bastante seguro si se usa de forma correcta. La seguridad de este método aumenta si además se utilizan productos espermicidas (cremas, gel, óvulo vaginal, etc.). Para que sea

⁴⁰ IVIT

⁴¹ MORA Julio F, RUELAS B. Enrique, TAPIA C. Roberto. Introducción a los métodos anticonceptivos: información general. Segunda Edición, 2002

⁴² Junta de comunidades de castilla, la mancha consejería de salud y bienestar social dirección general de salud pública. Salud sexual- guía de métodos anticonceptivos, Dirección general de salud pública.

efectivo, se debe usar uno por cada relación sexual. Debe ser usado durante prácticas de sexo vaginal, oral y anal. Es el único método que protege de las Infecciones de Transmisión Sexual y del VIH, por eso se recomienda usarlo siempre, aún se recomienda usarlo junto con otros métodos anticonceptivos para prevención de ITS. Algunas personas creen que usar condón disminuye el placer sexual y por eso no usan preservativo, ésta es una idea equivocada.⁴³

- ❖ **Preservativo femenino:** es una bolsa cilíndrica de poliuretano o nitrilo que una vez colocada recubre totalmente la vagina. Tiene un anillo interior (extremo cerrado de la bolsa) que facilita su colocación al introducirlo como si fuera un tampón e impide que entren los espermatozoides, y otro anillo exterior (extremo abierto) que queda por fuera de la vagina, cubriendo los genitales externos de la mujer. Para retirarlo, se gira el anillo exterior, se extrae suavemente y se tira a la basura.⁴⁴

- ❖ **Diafragma:** Es un disco de látex que se coloca en el interior de la vagina horas antes de comenzar la relación sexual y cubre el cuello del útero impidiendo el paso de los espermatozoides. Para su uso es necesario el asesoramiento del ginecólogo(a), que indicará el tamaño y las medidas necesarias (existen hasta 18 tallas diferentes), instrucciones de colocación y controles a realizar. Una vez colocado, debe cubrir el cuello del útero por completo. Tiene que utilizarse siempre con crema espermicida. Si realizas más de un coito, sólo tienes que añadir crema espermicida. No debes quitártelo ni efectuar lavados vaginales hasta transcurridas al menos 6 horas de la última relación sexual con penetración. No existe inconveniente en tomar una ducha. No debe dejarse colocado más de 24 horas por el riesgo de infección.⁴⁵

5.3.1.4 Métodos hormonales: Se encuentran entre los anticonceptivos de uso más generalizado en el mundo. Los métodos anticonceptivos hormonales son sumamente eficaces, previenen el embarazo y su efectividad es del 98%, aunque algunos requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres. Sin embargo, dado que las hormonas pueden tener efectos en diversos sistemas del cuerpo, se debe prestar atención especial a los efectos secundarios y a las cuestiones de seguridad. Todos los tipos de anticonceptivos hormonales previenen el embarazo mediante dos mecanismos principales. La inhibición total o parcial de la ovulación es uno de los mecanismos de acción. Las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro, hacen que el hipotálamo y

⁴³ IVIT

⁴⁴ IVIT

⁴⁵ Junta de comunidades de castilla, la mancha consejería de salud y bienestar social dirección general de salud pública. Salud sexual- guía de métodos anticonceptivos, Dirección general de salud pública.

la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables y los inyectables sólo de progestina inhiben sistemáticamente la ovulación. Los efectos secundarios que los Anticonceptivos orales pueden tener no suelen ser perjudiciales, aunque algunos pueden ser desagradables o inaceptables. Entre los efectos secundarios más comunes están los siguientes: náuseas, mareos, sensibilidad mamaria anormal, dolores de cabeza, cambios de estado de ánimo y aumento de peso. Esos efectos secundarios ocurren casi siempre. Para muchas mujeres, estos efectos secundarios disminuyen después de los primeros tres meses de uso. Los AOC también pueden causar sangrado inter menstrual. Este sangrado generalmente produce manchado o sangrado muy leve. El sangrado inter menstrual es más común entre las usuarias de AOC de baja dosis que entre las usuarias de píldoras de alta dosis, y es más común durante los primeros meses de uso. Un número reducido de mujeres que usan los AOC llegan a padecer de amenorrea.⁴⁶⁴⁷

- ❖ **Píldora Combinada:** La píldora anticonceptiva combina cantidades variables de hormonas similares a las que sintetiza el organismo (estrógenos y progestágenos), que inhiben la producción y liberación de óvulos por el ovario. También actúan espesando el moco cervical, de forma que se dificulta el paso de los espermatozoides, y adelgazando la mucosa uterina para que no se produzca la implantación. La píldora anticonceptiva oral combinada puede presentarse en estuches de 21 o 28 unidades. Es muy segura desde que empieza a tomarse (primer ciclo de pastillas) siempre que se haga correctamente (a la misma hora, durante los días correspondientes). Es recomendable utilizar preservativo durante el primer ciclo de pastillas.⁴⁸

- ❖ **Píldora de solo progestina:** Es una píldora que contiene una sola hormona sexual femenina (progestágeno). Actúa aumentando la viscosidad del moco cervical para dificultar el paso de los espermatozoides. Normalmente no inhiben la ovulación. Se presenta en envases de 28 píldoras. Debe tomarse una diaria durante 28 días, aproximadamente a la misma hora. Al terminar el envase se inicia uno nuevo sin dejar días de descanso.⁴⁹

- ❖ **Anillo vaginal:** Es un anillo de plástico flexible que se introduce en la vagina, manteniéndose tres semanas. Durante este periodo de tiempo, al contacto con

⁴⁶PROFAMILIA. Métodos anticonceptivos, cuadernillo estudiantil. 2013.

⁴⁷Mora Julio F, Ruelas B. Enrique y Tapia C. Roberto. Introducción a los métodos anticonceptivos: información general. Segunda Edición. 2002

⁴⁸Junta de comunidades de castilla, la mancha consejería de salud y bienestar social dirección general de salud pública. Salud sexual- guía de métodos anticonceptivos, Dirección general de salud pública. Castilla la Mancha

⁴⁹ IVIT

la mucosa vaginal libera una dosis muy baja de hormonas similares a las utilizadas en las píldoras anticonceptivas combinadas. El anillo anticonceptivo está diseñado para prevenir el embarazo durante cuatro semanas. Por eso debe insertarse un nuevo anillo cada mes. Se coloca de forma similar a un tampón, oprimiendo los bordes del anillo para que adopte una forma ovalada y empujándolo suavemente dentro de la vagina hasta la posición en la cual la mujer se sienta más cómoda. Si está bien puesto no se debe notar nada. Si se nota molestias debe ser empujado hacia el interior. Para sacarlo, utilizar un dedo y tirar hacia fuera. La posición del anillo en la vagina no es esencial para garantizar su funcionamiento. Con el fin de asegurar la protección, el anillo no deberá estar nunca fuera de la vagina más de tres horas durante el periodo de las tres semanas. Pueden utilizarse preservativos masculinos o espermicidas con el anillo, especialmente durante la primera semana de uso.⁵⁰

- ❖ **Implante subdérmico:** Es un método anticonceptivo de largo plazo, puede durar hasta 5 años. El profesional de la salud implanta dos cápsulas que contienen hormonas debajo de la piel del antebrazo de la mujer.

El implante subdérmico se puede usar en cualquier edad reproductiva y después del parto sin importar que la mujer esté lactando. Tiene una eficacia del 98 %. Puede usarse desde la adolescencia.⁵¹

- ❖ **Inyectables:** Son inyecciones intramusculares. Pueden ser usadas por mujeres de cualquier edad, incluidas las adolescentes y las mujeres lactantes, a partir de seis meses después del parto. La primera inyección se debe poner entre el día primero y tercero de la menstruación. Los métodos anticonceptivos inyectables pueden ser de aplicación:
 - **Mensual:** Se aplica todos los meses en la misma fecha. A partir del segundo mes, la inyección se puede aplicar tres días antes o después de la fecha correspondiente. Una vez se suspende, la mujer puede quedar embarazada.
 - **Trimestral:** Se aplica cada noventa días (3 meses). A partir de la segunda inyección, se puede aplicar siete días antes o después de la fecha indicada. Cuando se suspende, la fertilidad puede tardar en regresar hasta

⁵⁰ IVIT

⁵¹ Junta de comunidades de castilla, la mancha consejería de salud y bienestar social dirección general de salud pública. Salud sexual- guía de métodos anticonceptivos, Dirección general de salud pública. Castilla la Mancha

nueve meses. Se puede usar durante la lactancia. Si se usa de manera adecuada su eficacia es del 98%.⁵²

- ❖ **Parche transdérmico:** Es una fina lámina que contiene un adhesivo que permite su permanencia sobre la piel durante una semana. Se coloca preferiblemente en nalgas, abdomen, parte superior del brazo y parte superior de la espalda. Es un método combinado que libera a la sangre estrógenos y progestágenos a través de la piel. Se coloca uno nuevo cada siete días durante tres semanas consecutivas. En la cuarta se descansa y se produce la menstruación.⁵³

4.3.1.5 Métodos irreversibles o definitivos: Para evitar de manera definitiva el embarazo, existen procedimientos quirúrgicos sencillos, que se pueden realizar hombres y mujeres. No se requiere hospitalización y son altamente eficaces. Estos métodos no alteran el deseo ni el placer sexual.⁵⁴

- ❖ **Ligadura de trompas:** Cuando una mujer no quiera tener hijos o quedar embarazada constituye un riesgo para su salud, tiene la opción de hacerse la ligadura de trompas. Es una operación quirúrgica en la que se bloquean las trompas de Falopio, que son los conductos por donde pasan los óvulos desde los ovarios hasta el útero. La operación requiere anestesia y hospitalización. No produce alteraciones en la actividad sexual ni en la menstruación. Su duración es de 10 minutos y la recuperación dura 2 horas. Su eficacia es del 99.8%.⁵⁵
- ❖ **Esterilización tubarica:** Consiste en la introducción de un pequeño dispositivo flexible en las trompas de Falopio por vía vaginal. En el plazo de dos o tres meses produce un bloqueo completo de las trompas. Para insertar este dispositivo no se precisa anestesia general ni hospitalización. Como tarda tres meses en ser efectivo, durante ese periodo debe utilizarse un método de barrera.⁵⁶
- ❖ **Vasectomía:** Consiste en ligar y cortar los conductos deferentes por donde pasan los espermatozoides para salir al exterior y así se evita la fecundación. Las eyaculaciones se seguirán presentando, y el semen es de características

⁵² IVIT

⁵³ Junta de comunidades de castilla, la mancha consejería de salud y bienestar social dirección general de salud pública. Salud sexual- guía de métodos anticonceptivos, Dirección general de salud pública. Castilla la Mancha

⁵⁴ PROFAMILIA. Métodos anticonceptivos, cuadernillo estudiantil. 2013.

⁵⁵ PROFAMILIA. Métodos anticonceptivos, cuadernillo estudiantil. 2013.

⁵⁶ IVIT.

normales, pero los espermatozoides serán absorbidos por el organismo. Este procedimiento no afecta la virilidad ni la erección. Cuando un hombre se realiza la vasectomía puede iniciar las relaciones sexuales cinco días después y durante las primeras doce (12) semanas debe utilizar otro método anticonceptivo como el condón. Se suele hacer con anestesia local y no requiere hospitalización. Su eficacia es del 99.8%.⁵⁷

5.3.1.6 Dispositivo intrauterino (DIU): Son elementos pequeños que se introducen en el útero para impedir la fecundación del óvulo. Es un objeto de plástico recubierto de cobre que se coloca dentro del útero. Éste induce una respuesta dentro del útero, que hace que se inactiven los espermatozoides y así no puedan llegar al óvulo para que no haya fecundación. Se puede aplicar durante la menstruación, después de un parto o de un aborto. El DIU que se usa frecuentemente es la TCU380A de cobre, cuya eficacia dura hasta 10 años. No se recomienda en mujeres que tengan más de un compañero sexual, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, problemas anatómicos de la cavidad uterina que impidan colocar el DIU y mujeres embarazadas. Tiene una eficacia del 98% y puede permanecer allí hasta dos años.⁵⁸

❖ **Endoconceptivo de solo progestina:** es el más utilizado por las mujeres y si bien es un gran método: económico, cómodo y eficaz, reduce el sangrado debido a la hormona que lleva asociada, incluso en algunas mujeres desaparece casi o por completo. Si bien esto es una ventaja para algunas de ellas, para otras resulta insoportable y deciden cambiar de método. El DIU Jaydess es más pequeño, con hormonas de menor dosis y con un pequeño anillo metálico (plata). Tiene forma de T y en el eje vertical posee una pequeña capsula que contiene un progestágeno (Levonorgestrel), que es la hormona contraceptiva, la cual se va liberando de forma local en el útero, lentamente, no contiene estrógenos, funciona a lo largo de los 3 años. Tiene una eficacia anticonceptiva de más del 99%.⁵⁹⁶⁰

5.3.2 Conceptos y definiciones

Es importante dar a conocer algunas definiciones de los aspectos que abarca la salud sexual y reproductiva, para así entender mejor el contexto que se quiere dar a conocer.

⁵⁷ IVIT

⁵⁸ PROFAMILIA. Métodos anticonceptivos, cuadernillo estudiantil. 2013.

⁵⁹ Junta de comunidades de castilla, la mancha consejería de salud y bienestar social dirección general de salud pública. Salud sexual- guía de métodos anticonceptivos, Dirección general de salud pública. Castilla la Mancha

⁶⁰ PROFAMILIA. Métodos anticonceptivos, cuadernillo estudiantil. 2013.

- **Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS).
- **Sexualidad:** Parte del desarrollo natural humano a través de cada etapa de la vida que incluye los componentes físicos, psicológicos y sociales. (OMS)
- **Salud sexual:** Es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social con relación a la sexualidad; no es solamente ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. (OMS)
- **Salud reproductiva:** Estado general de bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. (Conferencia del Cairo - 1994).
- **Anticoncepción:** Son un conjunto de métodos para evitar el embarazo, pueden ser naturales o artificiales, hormonales, orales o inyectados, para mujeres y hombres; incluso existen anticonceptivos de emergencia.
- **Anticoncepción de emergencia:** Se refiere a métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir embarazos en los días inmediatamente posteriores a la relación sexual. (OMS)
- **Mortalidad materna:** Muerte de una mujer durante el embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales. (OMS)
- **Parto pre-termino:** Es el parto que ocurre después de la semana 20 y antes de las 37 semanas completas. (OMS)
- **Infecciones de transmisión sexual (ITS):** Se definen como un grupo de enfermedades causadas por diversos agentes infecciosos que se adquieren por la actividad sexual. (OMS)
- **Aborto:** Intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez. (OMS)

- **Deserción escolar:** Es un concepto que se utiliza para referirse a aquellos alumnos que dejan de asistir a clase y quedan fuera del sistema educativo.
- **Conocimiento:** Acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural
- **Practica:** Ejercitar, poner en práctica algo que se ha aprendido y especulado, usar o ejercer algo continuamente
- **Describir:** Representar o detallar el aspecto de alguien o algo por medio del lenguaje
- **Identificar:** Hacer que dos o más cosas en realidad distintas aparezcan y se consideren como una misma.

5. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo prospectivo de corte transversal.

6.2 POBLACIÓN

La población a estudio está constituida por 3489 estudiantes de primer y segundo semestre en el primer periodo académico de 2016 de los programas de pregrado de la Universidad del Cauca.

Para determinar los grupos de edad se realizó según la Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años; Republica de Colombia, Ministerio de Salud, Dirección general de promoción y prevención, de la siguiente manera:

- Adolescencia temprana o inicial (10-13 años)
- Adolescencia media (14-16 años)
- Adolescencia final o tardía (17-21 años)
- Adulto joven (21-24 años)
- Adulto joven (25-45 años)

6.3 MUESTRA

6.3.1 Tamaño de la muestra: Para el cálculo del tamaño de la muestra se tuvo en cuenta una prevalencia de utilización de algún método de planificación familiar (MPF) del 48,2%⁶¹, un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, se utilizó la fórmula de varianza desconocida y población total conocida, obteniéndose un tamaño de muestra de 346 más el 20% de pérdidas para un total de 415 estudiantes. Debido a la dificultad de la recolección de datos en algunas facultades como por ejemplo se excluyeron las siguientes carreras: Ingeniería forestal, Ciencias políticas, Artes plásticas y Lenguas modernas, para obtener una muestra final de 363 estudiantes.

⁶¹ Gómez C. Doris E., Ochoa D. Margarita M., Canchila B. Carlos A., Ramos C. Enrique C., Salgado M. Germán I. y Malambo G. Dacia I. Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia. Rev. salud pública.2014;16 (5): 660-672

6.3.2 Tipo de muestreo: El muestreo que se aplicó para la selección de los estudiantes fue de tipo probabilístico aleatorio estratificado por afijación proporcional para cada Facultad de la Universidad del Cauca. Se utilizaron encuestas auto dirigidas. El proceso de reemplazo en el caso que el estudiante elegido no se encuentre o no desee participar en el estudio se escogió al estudiante siguiente en la lista.

6.3.3 Criterios de Inclusión:

- Estudiantes de pregrado que estén matriculados en I y II semestre del primer periodo académico del 2016 en la Universidad del Cauca.
- Estudiantes que admitan bajo consentimiento informado escrito participar en el estudio.

6.3.4 Criterios de exclusión:

- Estudiantes que después de ser informados de los objetivos y alcances del estudio decidieran no participar, o retirarse, incluso después de haber iniciado el diligenciamiento de la encuesta.

6.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO

6.4.1 Instrumento de recolección de información

El grupo de investigación bajo la asesoría de las docentes elaboró el instrumento tipo encuesta estructurada, cuyas preguntas fueron formuladas teniendo como referente encuestas de otros estudios y los objetivos del presente trabajo.

La encuesta consta de datos sociodemográficos, antecedentes gineco-obstetricos y preguntas sobre conocimientos y prácticas en Salud Sexual y Reproductiva.

Los ajustes que se realizaron de acuerdo a la prueba piloto y validación por expertos fueron: se le aumento un ítem en la parte de prácticas en SSYR con relación a las razones de las relaciones sexuales la cual fue por estar bajo efectos de sustancias psicoactivas.

6.4.2 Validación por expertos

La validación por expertos se realizó por Enfermeras profesionales docentes de la Universidad del Cauca. Las cuales son: Enfermeras Sandra Muñoz Bravo, Adriana Castro, Gladys Mera.

6.4.3 Prueba piloto

La prueba piloto se realizó con estudiantes de I y II semestre de pregrado de la Universidad del Cauca escogidos aleatoriamente, aquellos seleccionados no se tomarán en cuenta para la realización de este estudio. Se realizó con 42 estudiantes de las diferentes facultades.

Con base en los resultados obtenidos, se realizaron los ajustes al proceso y al instrumento.

6.4.4 Recolección de la información

La recolección de la información se realizó por todos los investigadores de este estudio después de haber acordado horarios y aulas de clase de los diferentes programas y semestres que se seleccionaron en el muestreo. Los investigadores, se organizaron en parejas para dividirse entre las nueve facultades de la Universidad, por lo cual, la visita corresponde de tres facultades por pareja.

La encuesta fue entregada a los estudiantes seleccionados, se les explico los objetivos y la posibilidad de participar voluntariamente, para lo cual se les entrego el consentimiento informado. Una vez leído el consentimiento informado, quienes aceptaron participar diligenciaron la encuesta bajo la orientación de los investigadores, los cuales las revisaron al ser entregadas para garantizar que se encuentren bien diligenciadas.

6.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la tabulación y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico EXCEL versión 2010 y SPSS, versión 22.

Las variables cualitativas se analizaron con medidas de proporciones, enunciadas en términos de frecuencia y porcentajes. Las variables cuantitativas se analizaron con medidas de tendencia central y de dispersión.

6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Teniendo en cuenta las normas bioéticas internacionales vigentes como son el código de Núremberg, la declaración de Helsinki, el reporte de Belmont y la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la cual se establecen las normas científico administrativas para la investigación en salud, esta investigación se considera sin riesgo ya que no se intervienen ni se modifican las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participarán en el estudio.

Se cumplieron con los principios éticos fundamentales como son: El principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, respeto, confidencialidad.

- **Autonomía:** para el cumplimiento de este principio se respetó la voluntad de elegir o decidir de manera libre y voluntaria la participación en el estudio, así como la libertad de brindar información sobre conocimientos de sexualidad y usos de métodos anticonceptivos.
- **Beneficencia y no maleficencia:** Con este proyecto se buscó el bien de los estudiantes que participar porque sus resultados serán la base para plantear estrategias educativas que faciliten el ejercicio de una adecuada salud sexual y reproductiva en este grupo poblacional. No se realizará ningún tipo de intervención, ni generará riesgos para los estudiantes, solo se limitará a obtener información para conocer la situación real de esta temática en los estudiantes universitarios.
- **Justicia:** se garantizó este principio teniendo en cuenta que cualquier persona tiene derecho a participar en esta investigación, sin discriminación alguna y se brindará un trato digno y justo a quienes suministrarán la información.
- **Respeto:** se respetó la voluntad de participar en el estudio, así como la libertad de retirarse del mismo, no habrá ningún tipo de discriminación sexual, religiosa ni sociocultural, la información recolectada será utilizada solo para el cumplimiento de los objetivos de este estudio.
- **Confidencialidad:** Se garantizó a los estudiantes que su identidad no estará expuesta en el estudio, puesto que en el instrumento no se colocará nombre, firma ni documento de identidad. La información recolectada, se utilizará solo para la presente investigación; los resultados serán dados a conocer a las directivas universitarias, se publicaran en revistas científicas y/o serán presentados en eventos científicos o académicos.

Se obtuvo el aval del departamento de enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca y el aval de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Cauca.

7. RESULTADOS

Descripción de la población

En el primer periodo académico del 2016, se aplicaron 363 encuestas, distribuyéndose de manera porcentual en cada facultad y programas de la universidad del cauca. De la totalidad poblacional, la proporción de hombres es del 50,7% y de mujeres el 49,3%; la edad promedio de esta población es de 19 años, con una desviación estándar de 3 años. Respecto al estado civil muestra que el 94,2% son solteros. El 59% se encuentran en un nivel socioeconómico bajo (estrato 1 y 2). El 60,9% de los estudiantes, pertenecen a la religión católica, seguida del 26,2% que no pertenecen a ninguna religión. El 78,5% procede de la zona urbana, de diferentes departamentos de Colombia, siendo el de mayor prevalencia el departamento del Cauca con un 78,1%, seguido del departamento de Nariño con un 9,6%. **Ver tabla 1.**

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.2016			
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE POBLACIÓN ESTUDIADA		NUMERO	%
GENERO	MASCULINO	184	50,7
	FEMENINO	179	49,3
EDAD	PROMEDIO: 19,1 AÑOS ± 3 AÑOS		
ADOLESCENCIA MEDIA	14-16 años	22	6%
ADOLESCENCIA TARDÍA	17-21 años	295	81%
ADULTO JOVEN	22-24 años	30	8%
ADULTO TARDIO	25-45 años	16	4%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	342	94,2
	CASADO	5	1,4
	UNIÓN LIBRE	16	4,4
ESTRATO	1 Y 2	214	59,0
	3 Y 4	137	37,7
	5 Y 6	12	3,3
RELIGIÓN	CATÓLICO	221	60,9
	CRISTIANO	42	11,6
	NINGUNA	95	26,2
	OTRO	5	1,4
PROCEDENCIA	RURAL	78	21,5

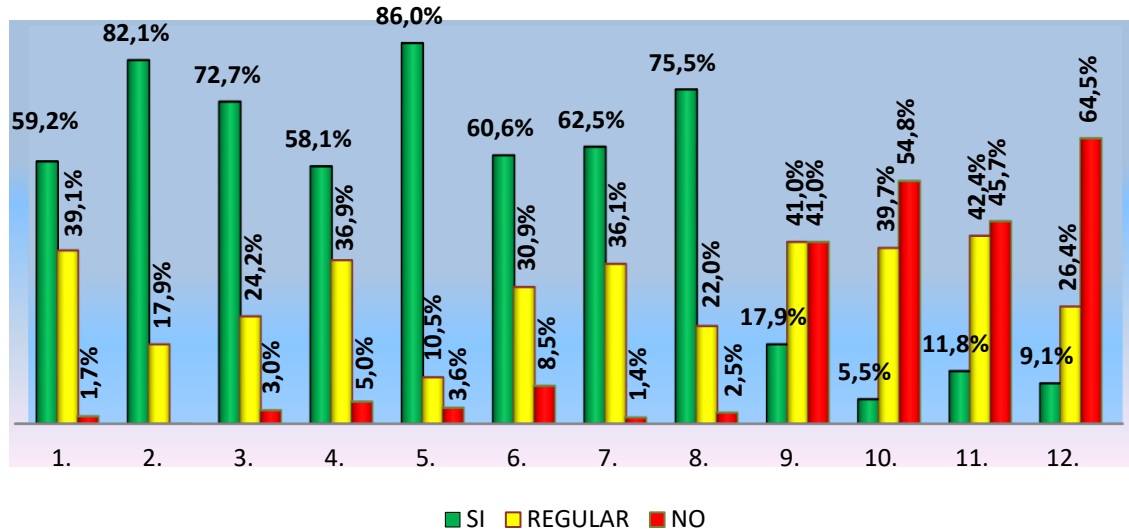
	URBANO	285	78,5
DEPARTAMENTO	CAUCA	287	79,1
	NARIÑO	35	9,6
	VALLE DEL CAUCA	5	1,4
	HUILA	18	5,0
	ARAUCA	1	0,3
	CASANARE	1	0,3
	CAQUETÁ	2	0,6
	PUTUMAYO	11	3,0
	ANTIOQUIA	1	0,3
	TOLIMA	1	0,3
	TOTAL	363	100,0

FUENTE: BASE DE DATOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.2016

Conocimientos sobre SSYR

Acerca de los conocimientos sobre SSYR, esta población afirmó conocer las consecuencias del embarazo a temprana edad en un 86%, seguido de la función del aparato reproductor femenino y masculino con un 82,1%, la transmisión de las ITS y VIH/SIDA con un 75,5%, y los métodos de planificación familiar con un 72,7%. La población niega conocer principalmente la ruta de atención del abuso sexual en un 64,5%, seguido de la política de salud sexual y reproductiva con un 45,7%. **(Grafica 1)**. Respecto al nivel de conocimiento sobre SSYR que tienen los estudiantes, se encontró que el 62% de ellos tienen un nivel regular, mientras que el 14% un nivel bueno. **(Grafica 2)**.

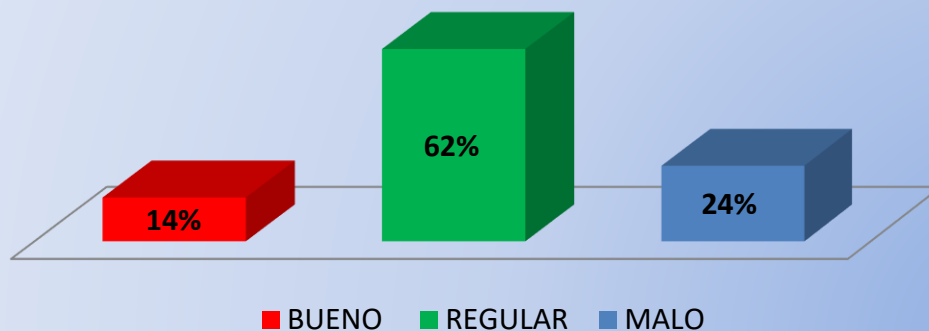
GRAFICA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.2016



1. Anatomía del aparato reproductor femenino y masculino.
2. Función del aparato reproductor masculino y femenino.
3. Métodos de planificación familiar.
4. Como se utilizan los métodos de planificación familiar.
5. Consecuencias de un embarazo a temprana edad.
6. Consecuencias del aborto.
7. Cuáles son las ETS y VIH/SIDA.
8. Transmisión de ETS y VIH/SIDA.
9. Factores de riesgo para contraer cáncer de cérvix.
10. Política de SSYR del país.
11. Los derechos de SSYR.
12. La ruta de atención al abuso sexual.

Fuente: SSYR EIIYIS PUC.2016

GRAFICA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2016

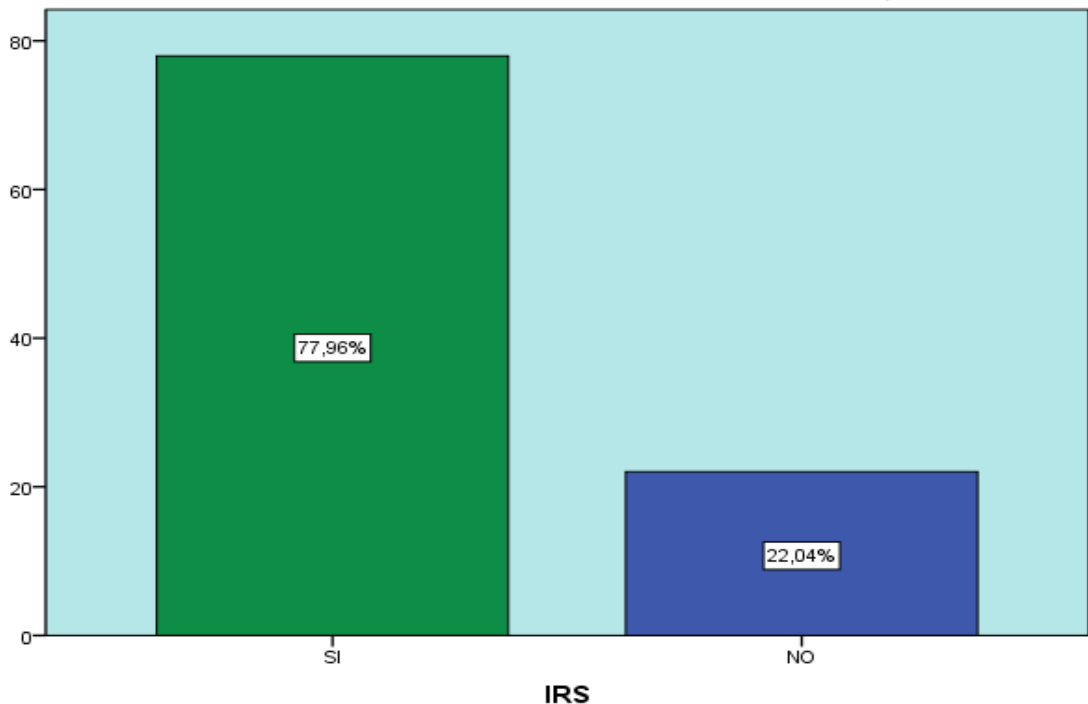


Fuente: SSYR EIIYIS PUC.2016

Prácticas en SSYR

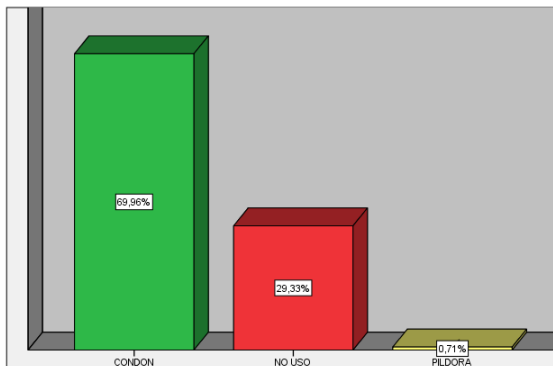
Respecto al inicio de la vida sexual y uso de Métodos de Planificación Familiar (MPF), EL 78% ha iniciado relaciones sexuales (**Grafica 3**). El promedio de la edad de inicio de la vida sexual es de 16 años, siendo en los hombres de 15,6 años, y 16,5 años en las mujeres. El 70,7% refirió haber utilizado algún MPF en su primer encuentro sexual, principalmente el condón (69,96%), (**Grafica 4**), cuya iniciativa de uso fue por decisión de ambos (72%), seguido por decisión propia (22%), (**Grafica 5**). Respecto a la población que no utilizó ningún MPF en su primera relación sexual (29,3%), las razones más frecuentes fueron, que no consideraron necesario o importante utilizarlos (59%), mientras que el 18% desconocía los MPF y el 10,84% manifestaron otras razones como no tener dinero y/o no tener planeado una relación sexual ese día (**Grafica 6**). El 96% de los estudiantes tuvo de 1 a 3 compañeros sexuales en el último año, mientras que el 4% tuvo de 4 a 7 compañeros sexuales. Las razones por las cuales los estudiantes han tenido relaciones sexuales son: placer (45,58%), amor a la pareja (27,21%), y por una razón social (10,95%), ya sea porque se da la oportunidad, están bajo efectos de sustancias psicoactivas o porque la mayoría de los compañeros lo hacen. (**Grafica 7**).

GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016.



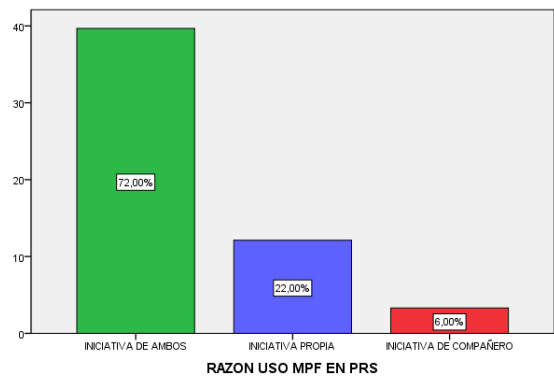
Fuente: SSYR EIIYIIS PUC.2016

GRÁFICA 4 . DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MPF EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016.



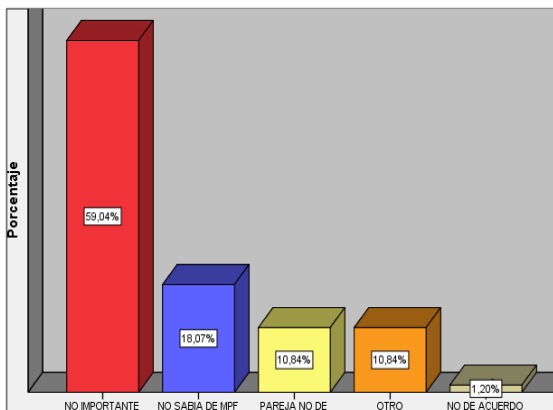
Fuente: SSYR EIYIIS PUC.2016

GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL. INICIATIVA DE USO DE MPF EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016.



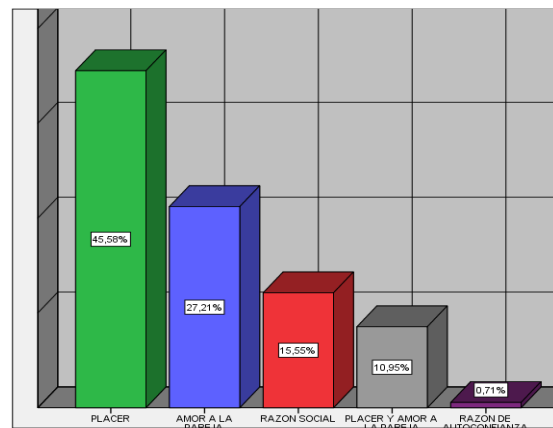
Fuente: SSYR EIYIIS PUC.2016

GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL RAZÓN DEL NO USO DE MPF EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016.



Fuente: SSYR EIYIIS PUC.2016

GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL MOTIVO DE RELACIONES SEXUALES EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016.



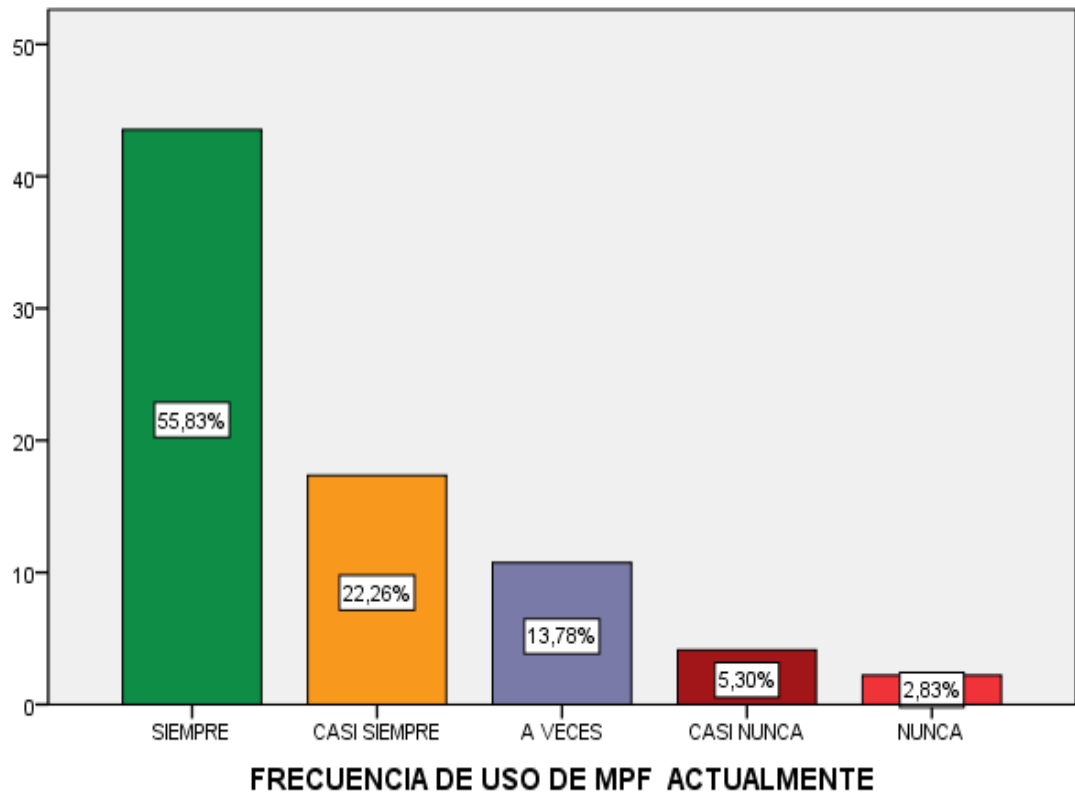
Fuente: SSYR EIYIIS PUC.2016

Frecuencia y clasificación de los métodos de planificación familiar.

Los MPF que utilizan los estudiantes, el 75,6% utilizan solo un MPF, siendo el de mayor uso los de barrera en un 61,65%, principalmente el condón, seguido del hormonal con 12,54%, principalmente la inyección (52,9%), píldora anticonceptiva (29,4%), la pila (17,7%); y el uso de MPF naturales en un 1,43%, principalmente coito interrumpido; el 22,94% de los estudiantes utilizan dos MPF, siendo el de mayor uso barrera más hormonal en 17,56%, y el 5,38% métodos de barrera más naturales; el 1,43% usan tres MPF (barrera, natural y hormonal); y el 12,32% de la población utilizan la píldora de emergencia. Con relación en la frecuencia con que los estudiantes utilizan los MPF, actualmente en sus relaciones sexuales, se registra que el 55,83% utilizan siempre estos métodos, el 22,26% casi siempre, el

13,78% algunas veces, el 5,3% casi nunca y el 2,83% refiere nunca utilizarlos. La frecuencia de uso del condón en las relaciones sexuales se manifiesta que el 50,58% lo utilizan siempre y el 1,16% nunca ($p=,000$; **Grafica 8**).

GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL FRECUENCIA DE USO MPF ACTUALMENTE EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016.

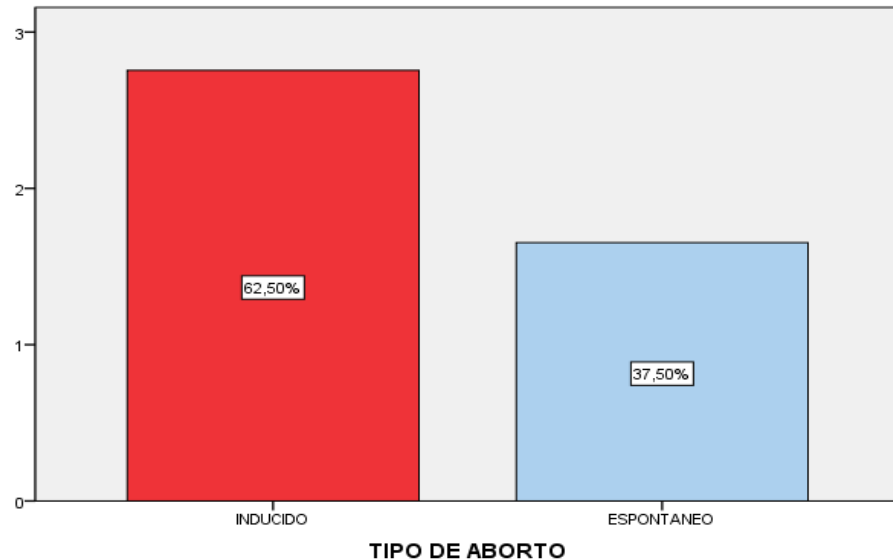


Fuente: SSYR EIYIIS PUC.2016

Embarazos

El 10,68% de los estudiantes que habían iniciado relaciones sexuales, en algún momento de su vida tuvieron embarazo. El 30% de los embarazos finalizaron en abortos, con una prevalencia del 62,5% el aborto inducido, del cual el 70% fue producido con medicamentos (**Grafica 9**) y el aborto espontaneo se encontró en 37,5% de los estudiantes. La decisión de continuar con el embarazo fue del 70%, de los cuales el 56,25% fueron no deseados y el 43,75% deseados.

GRÁFICA 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL TIPO DE ABORTO EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016.

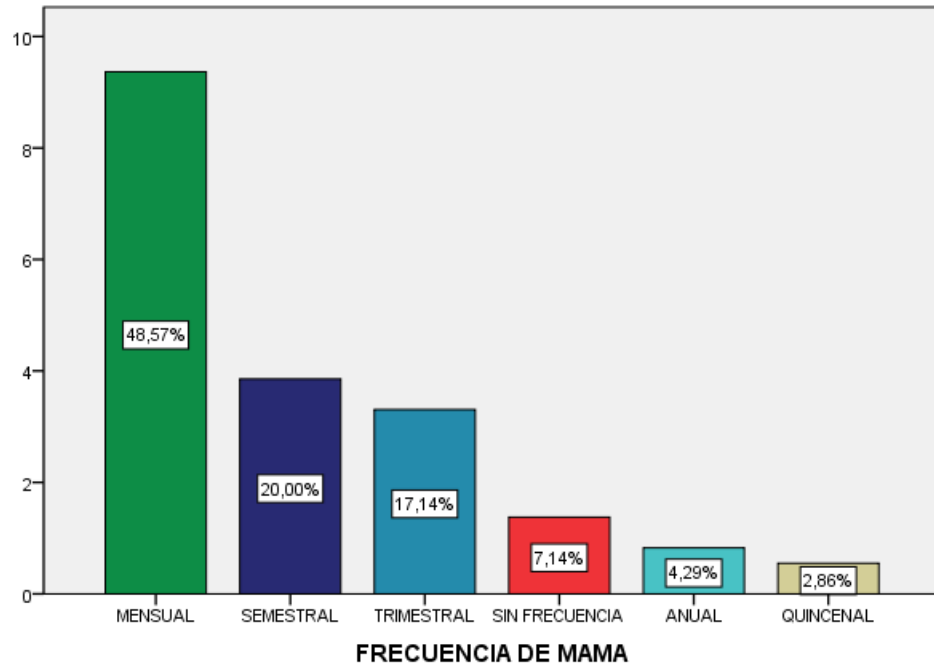


Fuente: SSYR EIIYIS PUC.2016

Prácticas de autocuidado

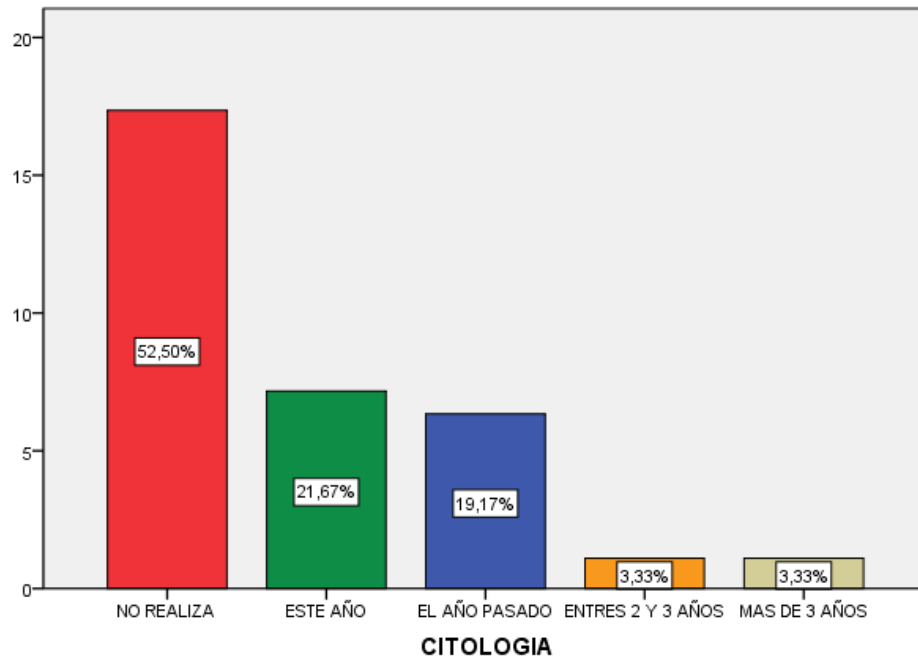
Con relación a las prácticas de autocuidado, tanto en mujeres como en hombres, el 19,28% de esta población se realizan el autoexamen de mama, teniendo una frecuencia mensual del 48,57%, semestral del 20%, y el 7,14% refiere no realizarlo con una frecuencia regular (**Grafica 10**). Respecto a la vacunación contra el VPH, el 43,8% de la población refiere haberse aplicado esta vacuna, mientras que el 56,2% no. El 52,5% de mujeres no realiza la toma de citología, mientras que el 21,76% la realizaron en este año (**Grafica 11**). En la población masculina el 6,34% se realizaron el autoexamen de testículo, con una frecuencia mensual del 30,43%; semanal del 26% y el 17,39% refieren no realizarlo con una frecuencia regular (**Grafica 12**).

GRÁFICA 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE REALIZACIÓN DE AUTOEXÁMEN DE MAMA EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016.



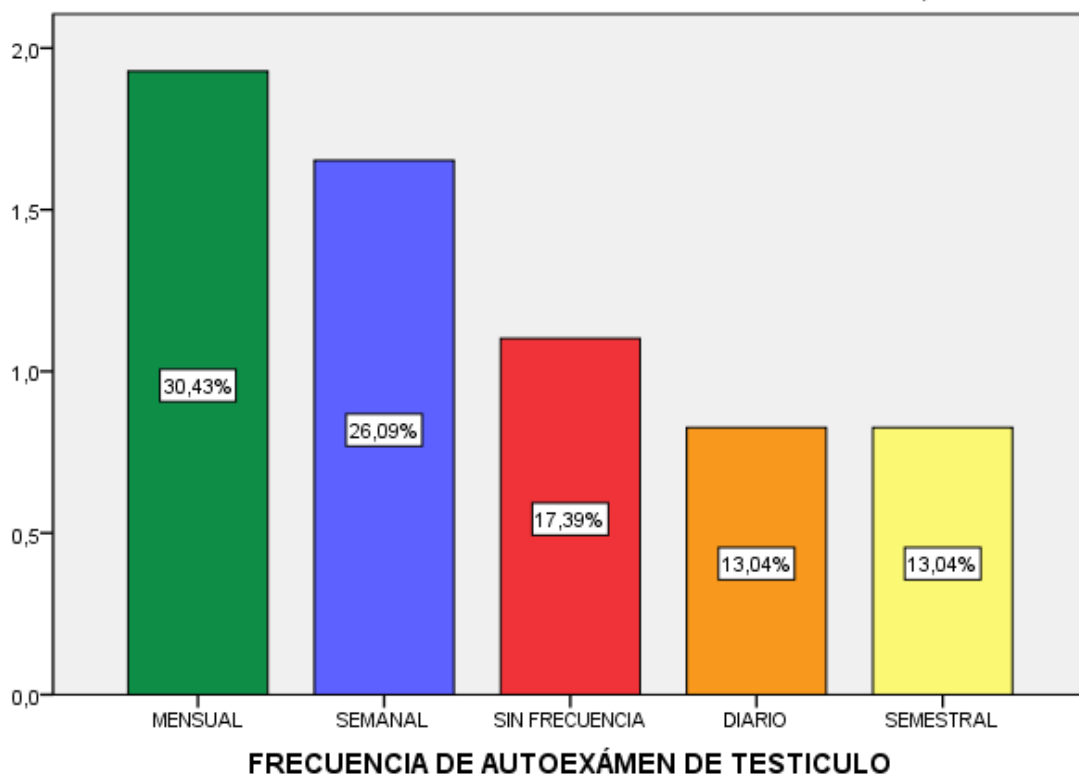
Fuente: SSYR EIIYIS PUC.2016

GRAFICA 11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL TOMA DE CITOLOGIA EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2016



Fuente: SSYR EIIYIS PUC.2016

GRÁFICA 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FRECUENCIA DE LA REALIZACIÓN DE AUTOEXÁMEN DE TESTICULO EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016.

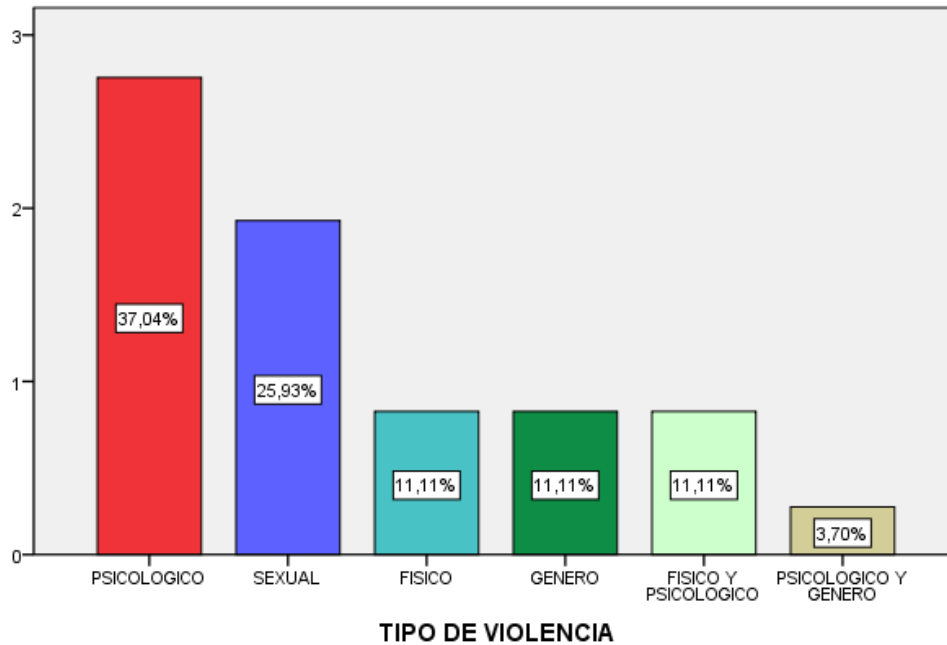


Fuente: SSYR EIIYIS PUC.2016

Violencia

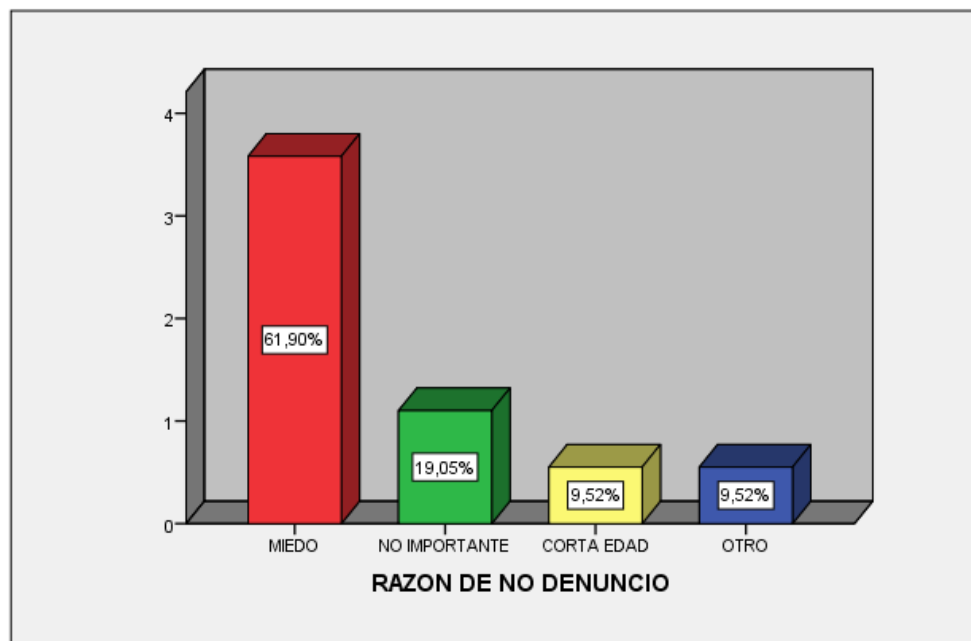
El 7,44% de los estudiantes, manifestó haber sido víctima de violencia. Los tipos de violencia con mayor prevalencia fueron las situaciones de maltrato psicológico con un 37% y el abuso sexual con 25,93% (**Grafica 13**). El 77,78% de los estudiantes no denunciaron ser víctimas de violencia, refiriendo como razones principales el miedo (61,9%) y no importante (19,05%). (**Grafica 14**).

GRÁFICA 13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL TIPO DE VIOLENCIA EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2016



Fuente: SSYR EIIYIS PUC.2016

GRAFICA 14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL RAZON DE NO DENUNCIO EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2016



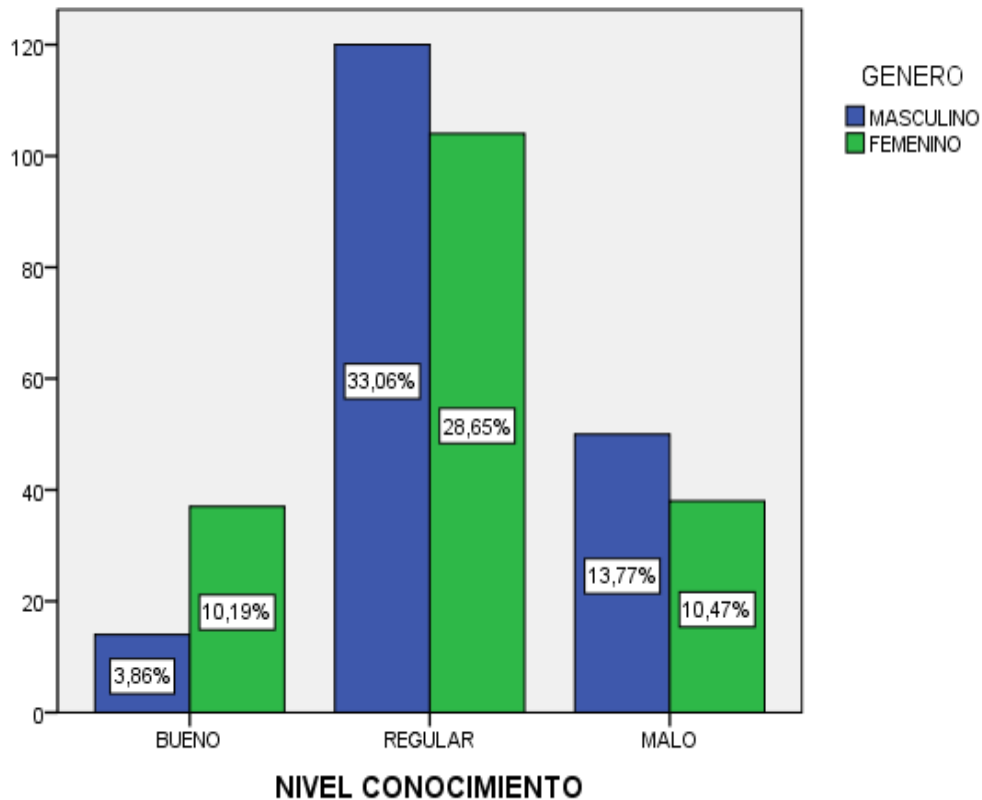
Fuente: SSYR EIIYIS PUC.2016

Resultados bivariados

Nivel de conocimiento vs datos sociodemográficos

Al realizar el cruce de variables se obtiene que el conocimiento se encuentra asociado al género ($p=0,001$), ya que el género femenino reporto tener mejor nivel de conocimiento comparado con el género masculino (**Grafica 15**). No se encuentra una asociación entre el nivel de conocimiento con grupo de edad ($p=,0860$), nivel socioeconómico ($p=0,072$), procedencia ($p=,514$) y religión ($p=0,316$).

GRAFICA 15. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL NIVEL DE CONOCIMIENTO VS GENERO EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016.



Fuente: SSYR EIIYIIS PUC.2016

Inicio de relaciones vs genero

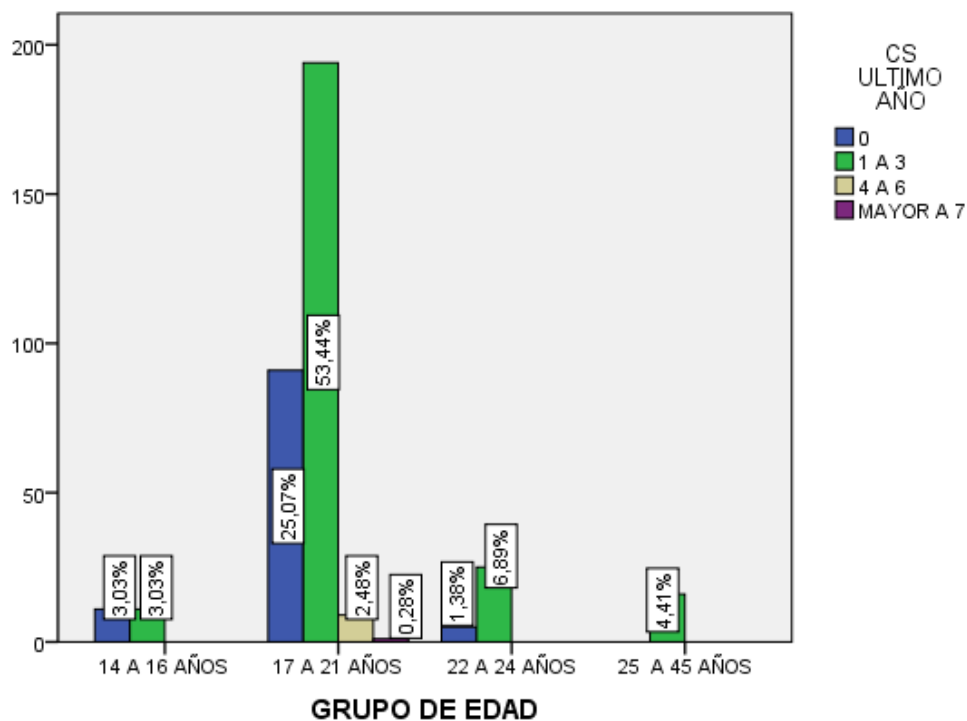
Se encontró una relación significativa entre el inicio de relaciones con el género ($p=0,000$), se obtuvo un predominio del género masculino en 57,6%. El 44,9% del

género masculino ha iniciado su vida sexual, de igual forma el 33,06% del género femenino.

Grupo de edad vs compañeros sexuales en el último año.

Se destaca que la mayoría de los estudiantes que tienen de 1 a 3 parejas sexuales en el último año, se encuentran en la adolescencia tardía (17 a 21 años), además que los que han tenido más de 3 compañeros sexuales se encuentran en esta misma edad. Siendo estadísticamente significativo ($p=0,049$), por lo cual se infiere que tener una edad entre 17 a 21 años aumenta la posibilidad de tener más de una pareja sexual (**Grafica 16**).

GRAFICA 16. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRUPO DE EDAD VS COMPAÑEROS SEXUALES EN EL ÚLTIMO AÑO EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016.

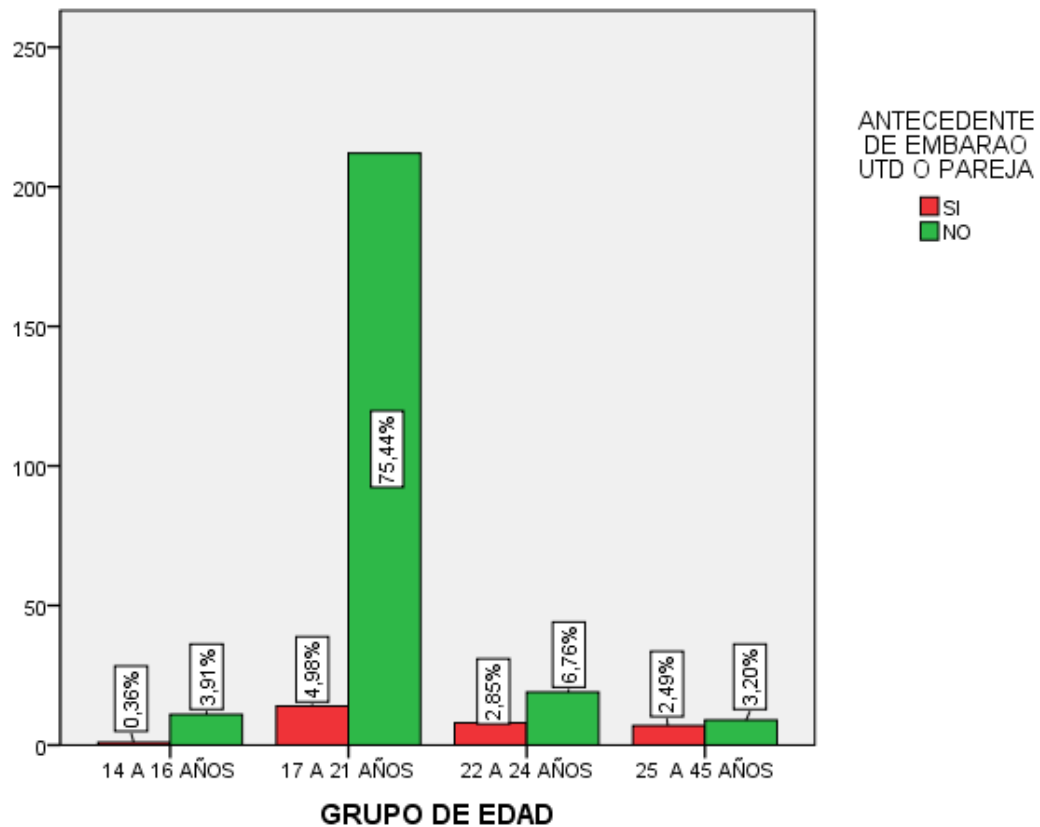


Fuente: SSYR EIIYIS PUC.2016

Antecedente de embarazo vs grupo de edad

Se obtuvo una asociación entre embarazo y grupo de edad ($p=0,003$), reportando que el 43,67% de los embarazos se presentaron en la adolescencia tardía (17 a 21 años), esto nos indica que tener una edad entre 17 a 21 años aumenta la posibilidad de tener embarazo (**Grafica 17**)

GRAFICA 17. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GRUPO DE EDAD VS ANTECEDENTE DE EMBARAZO EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2016

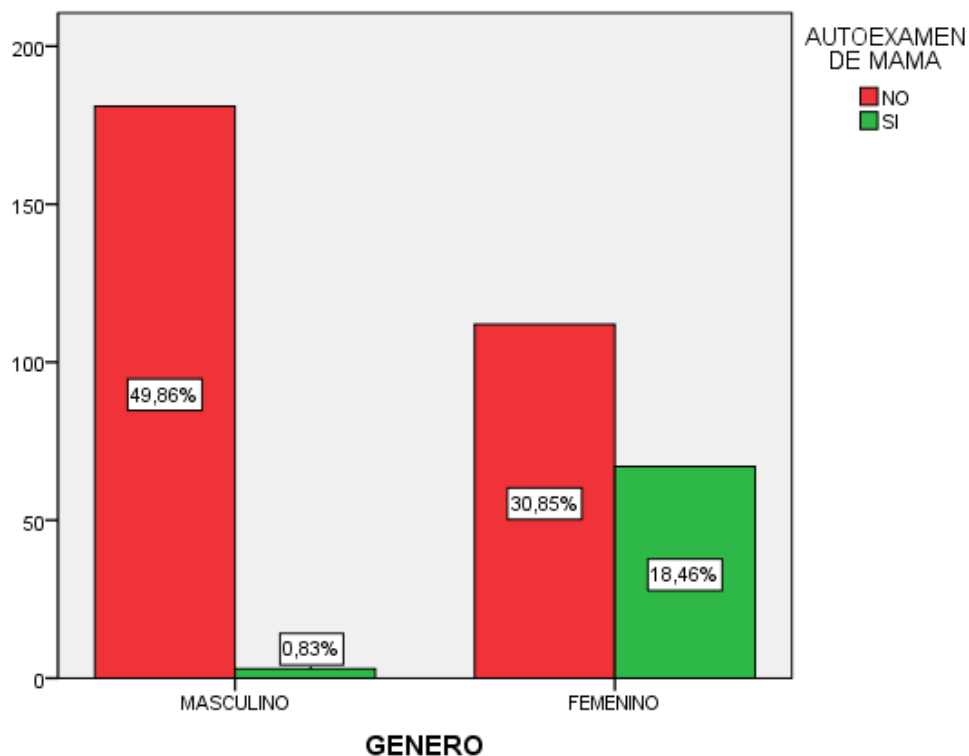


Fuente: SSYR EIIYIS PUC.2016

Autoexamen de mama vs genero

De los estudiantes que se realizan el autoexamen de mama, se encontró un predominio del género femenino en 95,71%, datos estadísticamente significantes. ($p=0,000$), nos infiere que existe una asociación del autoexamen de mama con el género (**Grafica 18**).

GRAFICA 18. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL GÉNERO VS AUTOEXÁMEN DE MAMA EN EL ÚLTIMO AÑO EN ESTUDIANTES DE I Y II SEMESTRE DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2016



Fuente: SSYR EIIYIS PUC.2016

Con relación al género se encontró asociación con:

- ✓ **Uso de píldora de emergencia:** con predominio del género masculino en 65,71%. ($p=0,002$)
- ✓ **Víctima de violencia:** se obtuvo mayor frecuencia de violencia en el género femenino en 77,78% ($p=0,002$)

8. DISCUSIÓN

El test aplicado en el trabajo de investigación, que se realizó a los estudiantes de la Universidad del Cauca de primero y segundo semestre fue diseñado cuidadosamente y evaluado por expertas, para así alcanzar los objetivos propuestos en el estudio.

La muestra tomada para la realización del estudio fue caracterizada socio demográficamente de la siguiente manera: según la edad promedio encontrada en los estudiantes de la Universidad del Cauca es de 19 ± 2,7 años, encontrándose en una etapa de adolescencia tardía, situación similar que fue observada en el estudio **González y col en el año 2003**, en donde el resultado de la edad promedio es de 18 a 19 años lo que significa una similitud en ambos estudios demostrando que la población en general que ingresa a las universidades es de corta edad.⁶²

Respecto al estado civil de la población estudiada, predomina el de ser soltero con un 94.2%, similar al estudio realizado por **Saeteros y col en el año 2015**, donde coincide en que la mayoría de estudiantes que cursan la educación superior, son solteros por tanto para los universitarios no es una opción el matrimonio o establecimiento de relaciones de pareja estable mientras estudian.⁶³

Por otra parte, los resultados de nuestro estudio arrojaron que la mayoría de la población universitaria se encuentran un nivel socioeconómico bajo (estrato 1y2) con un 59%, semejante a los resultados del estudio de **Díaz y col en el año 2012**, que muestra que el 87,1% pertenecen al nivel socioeconómico bajo, lo cual demuestra que en la Universidad del Cauca al ser de carácter público, le brinda oportunidad de estudio a personas de bajo nivel económico.⁶⁴

En relación a la religión, en nuestro estudio predominó la religión católica con un 60.9%, seguida del 26.2% que reportaron no pertenecer a ninguna religión, datos similares a los que se encontraron **Arias y col en el año 2011**, con un porcentaje

⁶² González Pérez Lázaro, González Lucas Norma, Mena Fernández Magalys, Navarro Padrón Amparo, Martín Linares Xiomara. Salud Sexual y Reproductiva en Estudiantes Universitarios. ¿Modo y Estilo de Vida Saludables?, Un diagnóstico. Rev Hum Med [Internet]. 2003 Abr [citado 2017 Mar 03]; 3(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202003000100001&lng=es

⁶³ Saeteros Hernández R, Pérez Piñero J, Sanabria Ramos G. Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. Rev Cub Salud Pú [Internet]. 2013 [citado 22 Feb 2014]; 30 (1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500010&lng=es

⁶⁴ Shyrley Díaz-Cárdenas1, Katherine Arrieta-Vergara2, Farith González-Martínez. PREVALENCIA DE ACTIVIDAD SEXUAL Y RESULTADOS NO DESEADOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS EN CARTAGENA, COLOMBIA, 2012. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 65 No. 1 • Enero-Marzo 2014 • (22-31). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n1/v65n1a04.pdf>

de estudiantes pertenecientes a la religión católica de 68.9%, y un 15.2% no pertenecientes a ninguna religión.⁶⁵

Con respecto a los conocimientos acerca de salud sexual y reproductiva, de los estudiantes de la Universidad del Cauca, podemos describir que el 62% de los estudiantes encuestados percibe sus conocimientos como regulares, seguido de un 24% con conocimientos malos, resultados diferentes a los encontrados en el estudio de **Ruiz y col en el año 2005**, en donde se encontró que el 71.3% de los estudiantes percibe su conocimiento como bueno y el 13.6% como muy bueno. Esto evidencia una problemática, ya que los jóvenes pueden incurrir en conductas de riesgo, por el déficit de conocimientos acerca de este tema.⁶⁶

La correlación del nivel de conocimiento vs genero nos evidencia que ser del género femenino aumenta la posibilidad de tener mejor conocimientos en salud sexual y reproductiva comparado con el género masculino. Lo contrario del estudio de Vélez en el año 2013 que no existe una asociación del nivel de conocimiento y el género. No se encontró asociación del nivel de conocimientos con la edad y estrato socioeconómico, resultados similares al estudio de **Vélez y col en el año 2013** que no hubo relación entre conocimientos y las variables sociodemográficas mencionadas anteriormente.

En cuanto a las practicas, el 77% de los estudiantes encuestados en este estudio, ya iniciaron relaciones sexuales, lo que nos revela un alto porcentaje, como también lo indica un artículo de **Acosta y col en el año 2010**, “Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población Universitaria”, en donde el 80% de la población estudiantil investigada informó haber iniciado relaciones sexuales, El promedio de inicio de la actividad sexual fue de 15,95 años, algo muy similar a lo que nos muestra el artículo anteriormente mencionado, en donde el promedio de inicio de actividad sexual es de 14 años en un 14,6%, aunque se menciona que la edad de inicio ha ido disminuyendo al pasar de los años, y esto se convierte en una problemática. De este mismo modo, en otro artículo **de Saeteros y col en el año 2013**, corrobora que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 16.6 años y que en las últimas décadas se ha reportado que el inicio de la actividad sexual es cada vez a más temprana edad.⁶⁷

⁶⁵ Arias Castillo Liliana, Vásquez Truissi Marta Lucía, Dueñas Eliana patricia, Lina María García, Tejada Elsa Lucía, conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con las infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios, revista centro de estudios en salud Año 10 Vol. 1 N° 12 - 2010 (Pags. 43 - 49), [Citado 2017 Mar 09] disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/185/pdf>

⁶⁶ Rodrigo Vargas Ruiz, M.Sc. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva: Propuesta de una escala psicométrica. Proyecto Salud Sexual y Salud Reproductiva, IDESPO. Disponible en: <http://www.repositorio.una.ac.cr/bitstream/handle/11056/7360/2-Propuesta%20de%20una%20escala%20psicom%C3%A9trica.pdf?sequence=1>

⁶⁷ IVIT 63

El inicio de actividad sexual por género, se evidencia que el 44,9% del género masculino y el 33,06% del género femenino, han iniciado su vida sexual, para un total de inicio de relaciones sexuales de 78%. Se observa que el género masculino predominó en el inicio de vida sexual con un 57,6% algo similar al estudio de **Gómez y col en el año 2014** que muestra que predomina el género masculino en el inicio de relaciones sexuales con un 55,7%.⁶⁸

En lo que respecta a el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se encontró en este estudio que el 70,7% de los estudiantes usaron método de planificación familiar en su primera relación, un porcentaje mejor al encontrado en un estudio de **Gómez y col en el año 2014**, donde se encontró que solo el 54,1% utilizó algún método de planificación en su primer encuentro sexual. Cabe mencionar el motivo por el cual usaron métodos anticonceptivos; en este estudio se evidenció que el 72% lo hizo por iniciativa de ambos, mientras en un estudio de **Acosta y col en el año 2010**, mostró que el 75,5% fue por iniciativa propia. El porcentaje restante que no utilizó ningún método anticonceptivo fue en su mayoría porque no lo consideraron importante en un 51,04%, mientras que en un estudio de **Gómez y col en el año 2010**, la principal razón del no uso de métodos fue por desconocimiento con un 58,4%.⁶⁹

Referente al número de compañeros sexuales, el 77,96% de estudiantes que ya han iniciado su vida sexual, han tenido 4 compañeros sexuales en promedio, teniendo en cuenta que la edad media es de 20 y el promedio de inicio de relaciones sexuales es de 16 años, teniendo aproximadamente de 1 compañero sexual por año, un resultado casi igual al mostrado en un estudio de **Arias y col en año 2011**, en donde el promedio del número de compañeros sexuales es de 2 a 5, con 1 compañero sexual por año aproximadamente.⁷⁰

Cabe destacar que la mayoría de los estudiantes que tienen de 1 a 3 parejas sexuales en el último año se encuentran en la adolescencia tardía (de 17 a 21 años). Además los que han tenido más de 3 compañeros sexuales se encuentran en esta misma edad.

Al realizarle chi (χ^2) cuadrado resulta que p es menor 0,05, por lo cual se infiere que tener una edad entre 17 a 21 años aumenta la posibilidad de ser promiscuo, haciendo una revisión bibliográfica no se encuentran resultados para hacer una comparación.

⁶⁸ Gómez C. Doris E., Ochoa D. Margarita M., Canchila B. Carlos A., Ramos C. Enrique C., Salgado M. Germán I. y Malambo G. Dacia I. Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia. Rev. salud pública.2014;16 (5): 660-672 [citado 2017 Mar 03] disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v16n5/v16n5a02.pdf>

⁶⁹ Acosta Sonia, Ibáñez Edgar, Alfonso Andrea, Cifuentes Linda, Gamba Sandra, Mojica Carolina, Vargas Vilma, Patiño Efraín. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. NOVA - Publicación Científica EN CIENCIAS BIOMÉDICAS - ISSN:1794-2470 Vol.8 No. 13 / enero - junio DE 2010 - 1- 120 disponible en: <http://unicolmayor.edu.co/publicaciones/index.php/nova/article/view/148/296>

⁷⁰ IVIT 65

En la frecuencia del uso del condón, se encontró que el 50.58% lo usa siempre, y el 22.67% casi siempre, un porcentaje mayor al encontrado en el estudio de **Camacho y col en el año 2014**, donde tan solo el 25% lo utilizan siempre.⁷¹

Los métodos anticonceptivos que más usa la población estudiantil encuestada, son los métodos de barrera en un 61,65%, así mismo como en el estudio de **Díaz y col en el año 2012**, y **Saeteros y col en el año 2015**, en el cual, más de la mitad de los estudiantes encuestados usan el condón, debido a la popularidad del método y al fácil acceso por su bajo costo, y además por su doble función de anticonceptivo y preservativo.⁷²

Por otra parte, se evidencia que la principal razón por la cual los universitarios han tenido relaciones sexuales es por placer con un 45,58%, seguido por amor a la pareja con un 27,21%, algo muy similar a lo encontrado en un estudio de **Gómez y col en el año 2014**, donde las principales razones también fueron por amor y placer, con un 42,6% y 36.1% respectivamente.

El embarazo en la población estudiantil encuestada, no se evidencia como una problemática, ya que se presentó en un porcentaje muy bajo, algo muy similar a lo encontrado en el artículo de **Gómez y col en el año 2014**, donde el embarazo se presentó en un 12,3%. Cabe señalar también la incidencia de los embarazos no deseados, que se presentó en más de la mitad, un dato mucho mayor al encontrado en un estudio de Morales, Eduardo, y colaboradores, 2013, en donde solo hubo una prevalencia del 21.6%. Al ser esto considerado una problemática, trae consecuencias que no solo afectan a las mujeres, sino a los hombres y sus familias, y las alternativas son únicamente interrumpir el embarazo, o continuarlo, dando a luz un hijo no deseado.⁷³

Del porcentaje anterior, el 70% decidieron continuar con el embarazo, y el 30% tuvo aborto, resultado contrario al estudio de **Gómez y col en el año 2014** que muestra que el 29,3 % continuo con el embarazo, y el 49% tuvo abortos.

En cuanto al tipo de aborto, se observa que el 62,5% fue inducido, resultado similar a los estudios de **Gómez y col en el año 2014**, **Díaz** en el año 2012 y **Acosta** en el año 2010 los cuales muestran mayor prevalencia por este tipo de aborto, lo cual es significativamente alto y preocupante, ya que las mujeres que

⁷¹ Camacho Rodríguez DE, Pabón Varela Y. Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la Costa Caribe colombiana. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(1):54-67 [citado 2017 Mar 03] disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a05.pdf>

⁷² IVIT

⁷³ IVIT

deciden inducir el aborto están expuestas a complicaciones, e incluso se puede ver comprometida su vida.

Con relación a las prácticas de autocuidado tanto en mujeres como en hombres, el 19% de esta población se realizan el autoexamen de mama, resultado muy diferente al encontrado en el estudio de **Correa y col en el año 2011**, en donde el 55% de las mujeres se ha realizado el autoexamen de mama.

En la población masculina el 13% se realizan el autoexamen de testículo, algo muy diferente al estudio de **Correa y col en el año 2011**, en donde el 32% de los hombres refiere realizar el autoexamen de testículo.

Con respecto a las infecciones de transmisión sexual, se encontró que el 1% reporto haber tenido alguna ITS, correspondiendo el 100% a virus del papiloma humano, algo muy similar a lo reportado en el estudio de **Gómez y col en el año 2014**, en donde el 1,9 reportó haber tenido una ITS, correspondiendo el 63% a virus del papiloma humano.⁷⁴

La violencia fue evidenciada en este estudio, aunque en un porcentaje muy bajo, casi igual al resultado del estudio de **Rangel y col en el año 2012**, en donde solo el 12% ha sufrido en algún momento algún tipo de violencia.⁷⁵

Además, fue significativo el factor género, $p=0,002$, obteniéndose mayor frecuencia en el género femenino, resultados equivalentes a los obtenidos en los estudios de **Mohamed en el año 2014** donde se obtuvo puntuaciones más altas las mujeres que los hombres de igual forma en el estudio de **Rangel en el año 2012**, muestra una prevalencia del 68% de violencia contra la mujer. Contrario al estudio de **Larrañaga en el año 2011**, donde el análisis por género no mostró diferencias significativas.⁷⁶

En cuanto al tipo de violencia que sobresale principalmente es el psicológico seguido de violencia de tipo sexual al igual del estudio de Larrañaga, 2011 donde la prevalencia de violencia psicológica, expresada principalmente en insultos, críticas, desconfianza y control abarca más de la mitad de la muestra, mientras

⁷⁴ IVIT

⁷⁵ Rangel Flores Yesica Yolanda, García Rangel Minerva. Violencia en estudiantes universitarios en San Luis Potosí, México: Un estudio desde la perspectiva de género. *Index Enferm* vol.21 no.3 Granada jul./sep. 2012 [citado 2017 Mar 03] disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000200007

⁷⁶ Mohamed Mohand Laila, lucía herrera torres Carracedo Cortiñas Sandra. violencia de pareja en jóvenes estudiantes universitarios de diferente origen cultural. *revista de educação e humanidades*, 5 (2014) março, 223-236 [citado 2017 Mar 03] disponible en: <https://www.google.com.co/url?sa=t&rect=j&q=&esrc=s&source=web&ccd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjL-qGIoLvSAhUI7yYKHQZJARAQFggaMAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4733824.pdf&usg=AFQjCNGsow6pI3gHdfUJ5glQWmAxHblpw>

que en el estudio de **Gómez del año 2014**, se registró mayor prevalencia en la violencia de tipo físico en 21,6% seguido de tipo sexual.⁷⁷

⁷⁷ IVIT

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1. Cronograma

CRONOGRAMA PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

"SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO DE I Y II SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.2016

ACTIVIDAD	TIEMPO ESTIMADO									
	MAR	ABR	MAY	JUN	A GO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Selección del tema, diseño y aprobación del proyecto.										
Revisión bibliográfica.										
Título y formulación de pregunta										
Objetivos y marco referencial										
Primera plenaria (evaluación del avance del anteproyecto).										
Metodología y elaboración de instrumento										
Segunda plenaria (anteproyecto)										
Gestión administrativa facultad de salud y la Vicerrectoría de Investigación.										
Prueba piloto										
Gestión administrativas por cada facultad										
Recolección de datos										
Procesamiento y análisis de los datos obtenidos.										
Entrega de resultados.										
Conclusiones y discusión										
Informe final y socialización										

9.2 Anexo 2. Presupuesto

PRESUPUESTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ESTUDIANTES DE PREGRADO DE I Y II SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2016

Tabla A. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación (en miles de \$)

RUBROS	FUENTES						TOTAL
	ENTIDAD FINANCIADORA	RECURSOS PROPIOS	UNIVERSIDAD DEL CAUCA		ENTIDAD N		
			EFFECTIVO	ESPECIE	EFFECTIVO	ESPECIE	
PERSONAL	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 5.143.860,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 5.143.860,00
EQUIPOS	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
SOFTWARE	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
MATERIALES	\$ 0,00	\$ 500.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 500.000,00
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	\$ 0,00	\$ 1.000.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 1.000.000,00
SERVICIOS TÉCNICOS	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
CAPACITACIÓN	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
VIAJES	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
SALIDAS DE CAMPO	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
COMUNICACIONES Y TRANSPORTE	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
TRANSFERENCIAS	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
SUBTOTAL COSTOS DIRECTOS	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 5.143.860,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 6.643.860,00
ADMINISTRACION	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 0,00
TOTAL	\$ 0,00	\$ 1.500.000,00	\$ 0,00	\$ 5.143.860,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 6.643.860,00

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo Ejecutivo 113ª reunión, OMS. Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. 2013.
2. Naciones Unidas. Objetivos del Desarrollo del Milenio. 2014
3. OMS, Planificación familiar. Centro de prensa. 2015. Nota descriptiva N° 351
4. Acosta Sonia, Ibáñez Edgar, Alfonso Andrea, Cifuentes Linda, Gamba Sandra, Mojica Carolina, Vargas Vilma, y Patiño Efraín. Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. Rev. Ciencias biomédicas. 2010; ISSN:1794-2470 VOL.8
5. Chelhond B. Ezzat A., Contreras V. Leidy, Ferrer L. Michelle y Rodríguez Iván. Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela. Rev. Revista médica Risaralda. 2012. vol.18 no.2
6. Henao T. Olga M. Factores de riesgo y protectores en las prácticas y comportamientos sexuales de los estudiantes de pregrado presencial en una universidad de la ciudad de Manizales. Rev. Univ. Salud. 2014. vol.16 no.1
7. González P. Lázaro, González L. Norma, Mena F. Magalys, Navarro P. Amparo y Martín L. Xiomara. Salud Sexual y Reproductiva en Estudiantes Universitarios. ¿Modo y Estilo de Vida Saludables?. Rev. Humanidades médicas. 2003
8. Periódico La Campana. Salud Sexual y Reproductiva, un tema de todos. 2013. [Fecha?](#)
9. Secretaria de Salud [de donde?](#). La población adolescente prioridad para la administración del alcalde de Popayán, [cual?](#). Alcaldía Municipal. [Año](#)
10. Sistema de Cultura y Bienestar. Programa de Salud sexual y reproductiva. Universidad del Cauca. 2015
11. Conocimientos, prácticas y usos de métodos anticonceptivos en estudiantes de la Universidad del Cauca. Trabajo de grado. 2010-2011
12. Trejo O. Perla M., Moreno C. Patricia del Carmen, Macías A. Maricela, Valdez E. Gricelda, Mollinedo M. Fabiana E., Lugo B. Lilia G. y Araujo E. Roxana. Conocimiento y comportamiento sexual en adolescentes. Área Académica Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Zacatecas. Rev. cuba. Enferm. 2011. 27(4):273-280
13. Saeteros H. Rosa del Carmen, P. Julia, Sanabria R. Giselda. Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. Rev Cubana Salud Pública .2015

14. Díaz C. Shyrley, Arrieta V. Katherine y González M. Farith. Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios en cartagena, colombia, 2012. *Rev. colombiana de obstetricia y ginecología*. 2014.
15. Banco mundial. Reduciendo el riesgo en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. *Reseña*. 2014.
16. Conocimientos, prácticas y uso de métodos anticonceptivos de estudiantes de la universidad del cauca, Popayán, noviembre 2010 a octubre 2011 disponible en: biblioteca facultad ciencias de la salud universidad del Cauca. T.FCS.ENF0335.
17. Mazarrasa A. Lucía y Gil T. Sara. *Salud Sexual y Reproductiva*. Escuela Nacional de Sanidad. 2006.
18. Paez A. Jovita y Vento I. Félix E. La educación en salud sexual y reproductiva como un reto para la enfermería cubana. *Rev Cubana Enfermer*. 2012
19. Programa de UNFPA. *Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes*. Mexico. 2014
20. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes*. Promoción y prevención. 2008.
21. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 de 2000 (febrero 25).
22. PROFAMILIA. *Dialoguemos sobre salud sexual y reproductiva*. Embarazo y fecundidad en adolescencia. Marco legal vigente; Legislación y políticas [año?](#)
23. PROFAMILIA. *Métodos anticonceptivos*. cuadernillo estudiantil. 2013.
24. Junta de comunidades de castilla, la mancha consejería de salud y bienestar social dirección general de salud pública. *Salud sexual- guía de métodos anticonceptivos*, Dirección general de salud pública. Castilla la Mancha. [Año?](#)
25. Mora Julio F, Ruelas B. Enrique, Tapia C. Roberto. *Introducción a los métodos anticonceptivos: información general*. Segunda Edición. 2002
26. Gómez C. Doris E., Ochoa D. Margarita M., Canchila B. Carlos A., Ramos C. Enrique C., Salgado M. Germán I. y Malambo G. Dacia I. *Salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de una institución de educación superior en Colombia*. *Rev. salud pública*. 2014;16 (5): 660-672.