

**“PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS A LOS COMPORTAMIENTOS
SEXUALES DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA EN EL
PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2004”**

**CARLOS AUGUSTO CANTILLO
GERMAN EDUARDO MARTINEZ
LALO EDISSON MEDINA**

**NEIVA
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
2004**

**“PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS A LOS COMPORTAMIENTOS
SEXUALES DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA EN EL
PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2004”**

**CARLOS AUGUSTO CANTILLO
GERMAN EDUARDO MARTINEZ
LALO EDISSON MEDINA**

**ASESOR METODOLÓGICO:
DOLLY CASTRO BETANCOURT**
Enfermera, Magíster en Salud Pública
Especialista en Epidemiología

**NEIVA
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
2004**

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	5
INTRODUCCION	6
1. ANTECEDENTES	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION	18
2.2. DELIMITACION GEOGRAFICA	18
3. JUSTIFICACION	19
4. OBJETIVOS	21
4.1. GENERAL	21
4.2. ESPECIFICOS	21
5. MARCO TEORICO	23
5.1. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	23
5.2. ABORTO	26
5.3. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	29
6. DISEÑO METODOLOGICO	43
6.1. TIPO DE ESTUDIO	43
6.2. POBLACION Y MUESTRA	43
6.3. TECNICAS Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION	44
6.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	45

6.5. ANALISIS DE LOS DATOS	46
6.6. ASPECTOS ETICOS	46
7. RESULTADOS	47
7.1. ANALISIS DEMOGRAFICOS	47
7.2. COMPORTAMIENTO SEXUAL	48
7.3. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	53
7.4. USO DE ANTICONCEPTIVOS	56
7.5. EMBARAZOS Y ABORTOS	60
7.6. EDUCACION SEXUAL	61
8. DISCUSIÓN	66
9. CONCLUSIONES	68
10. RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	

RESUMEN

En todo el mundo hay millones de adolescentes que llevan una vida sexual activa, exponiéndose a embarazos no deseados y a las ETS. Las relaciones sexuales y la reproducción a edad temprana tienen graves consecuencias en la salud y el desarrollo de las mujeres jóvenes y de sus hijos (OMS/UNICEF, 1995). Las relaciones sexuales no protegidas entre adolescentes, por ejemplo, pueden ser causa de embarazos y partos a destiempo o no deseados, abortos sin garantías de seguridad y diversas enfermedades de transmisión sexual, inclusive el SIDA.

Es por eso que a 1352 estudiantes matriculados escogidos por conveniencia en el periodo académico "A" del año 2004 en la Universidad Surcolombiana en las sedes de Neiva se les administro un cuestionario de 42 preguntas, teniendo como fin determinar:

- 1) La frecuencia y los tipos de enfermedades de transmisión sexual en la población muestra.
- 2) Las características del comportamiento sexual y sus repercusiones en la salud.
- 3) Las fuentes de donde los estudiantes obtenían información sobre temas sexuales.

Toda esta información nos ayudó a realizar un estudio descriptivo en donde se halló factores de riesgo en su desarrollo y educación sexual que desencadenaban en enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos.

INTRODUCCION

Los adolescentes y adultos jóvenes enfrentan una amplia variedad de retos en salud reproductiva, sin embargo, históricamente los servicios de salud han omitido atención para esta población. La evidencia de los problemas que ellos enfrentan, tales como embarazos tempranos y no deseados, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, abuso sexual y discriminación basada en género, ha inducido a los gobiernos, agencias internacionales, fundaciones y organizaciones privadas, así como las instituciones educativas a emprender acciones diseñadas a ayudar a los adolescentes y adultos jóvenes.

Una de las razones más importantes de centrarse en la juventud, es que la gente joven, entre 10 y 24 años, compone una cuarta parte de la población del mundo. Hay más de 1.7 billones de gente joven entre las edades de 10 a 24 años, el 86 por ciento viven en los países menos desarrollados. En la actual vivencia de nuestros derechos sexuales y reproductivos, la verdad es que los/as jóvenes no son reconocidos como sujetos con derechos y como actores sociales en nuestras sociedades pese a que, por ejemplo, en Latinoamérica la gente joven representa la mitad de la población. Debido a esto, enfrentamos graves problemas relacionados con la falta de reconocimiento del ejercicio de sexualidad, como la infección de VIH/SIDA, los embarazos no deseados, y la violencia sexual, así como la falta de servicios en el sistema de salud, falta de educación sexual en las escuelas con criterios científicos y con perspectiva de género y de derechos.

Con relación al embarazo no deseado, más del 40% de chicas adolescentes en el mundo en desarrollo dará a luz antes de los 20 años; muchos de estos embarazos no son planeados. Partos tan anticipados pueden tener consecuencias de salud negativas para una chica joven, haciéndola dos o cuatro veces más susceptible de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo o de buscar un aborto inseguro.

Cada año la inhabilidad de garantizar servicios de anticoncepción y/o educación sexual y reproductiva, cobra la vida de miles de adolescentes y las priva mucho más de su salud reproductiva general. Negar estos servicios básicos y/o confidencialidad puede significar literalmente la muerte de una chica adolescente o causar daño severo y permanente.

En Colombia el embarazo adolescente aumentó en todas las zonas y regiones del país, pese a los programas de educación, prevención y promoción de la planificación. La maternidad a temprana edad aunque forma parte del patrón cultural de algunos grupos sociales de Colombia, ocasiona grandes riesgos para la mujer y para su hijo/a. En la mayoría de los casos son embarazos no deseados que pueden terminar con el abandono de la madre y del hijo/ a, o en abortos mal practicados.

El uso de anticonceptivos salva a muchas mujeres de la muerte y mejora su salud, dándoles la posibilidad de evitar embarazos no deseados o a destiempo. También salva a muchos niños al permitir a los padres que demoren y espacien adecuadamente los nacimientos, ya que cuando éstos sobrevienen antes de lo previsto o con menos de dos años de intervalo ponen en peligro la salud del recién nacido. El uso de anticonceptivos pone asimismo a las mujeres en una situación de poder al permitirles decidir el número y el espaciamiento de sus hijos, lo cual les brinda a su vez más ocasiones de participar en actividades educativas, económicas y sociales. Al mismo tiempo, las medidas encaminadas a mejorar la condición social de la mujer, como programas de educación sexual, junto con el acceso a la planificación familiar y a otros servicios esenciales de salud reproductiva, suelen traducirse en rapidísimas mejoras de la salud y el bienestar.

Además de salvar vidas, la planificación familiar reduce la fecundidad y puede contribuir a aliviar las presiones que pesan sobre los recursos económicos, sociales y naturales a consecuencia de la explosión demográfica. El rápido crecimiento de la población impide el desarrollo económico y pone nuevas trabas al mejoramiento de la educación, la salud y la calidad medioambiental.

La experiencia adquirida en todo el mundo indica que es posible mejorar la salud y reducir la fecundidad mediante programas de planificación familiar de alta calidad y centrados en la clientela potencial. Importa sobre todo que ésta pueda elegir el método anticonceptivo con conocimiento de causa y sea tratada con respeto (Bruce, 1990). También es importante que las autoridades, los dirigentes religiosos y comunitarios, los particulares y los medios de comunicación, así como otros grupos, apoyen las actividades de planificación familiar.

Las enfermedades de transmisión sexual figuran entre las afecciones transmisibles más usuales en muchos países y son particularmente frecuentes en las personas jóvenes de 15 a 29 años. Se calcula que cada año se producen 333 millones de casos nuevos (OMS, 1995c). En 1996 se registraron más de 3,1 millones de nuevas infecciones por el VIH (ONUSIDA, 1996). Habida cuenta de las graves consecuencias tardías de las ETS y del VIH/SIDA (esterilidad, transmisión maternofetal e incluso muerte), para prevenir la infección y reducir el riesgo son absolutamente indispensables las actividades de información, educación y consejo.

Las ETS pueden tener consecuencias devastadoras en la salud: enfermedad inflamatoria pelviana, esterilidad, dolor abdominal crónico, cáncer cervical y, en algunos casos, muerte. Además, algunas ETS pueden transmitirse al niño durante el embarazo o el parto.

Las mujeres están particularmente castigadas por las ETS. La detección resulta más difícil en las mujeres por motivos anatómicos, al par que las infecciones tienen en ellas consecuencias mucho más graves que en los hombres. También es mucho mayor el riesgo de transmisión del hombre a la mujer, y muchas mujeres tienen pocas posibilidades de protegerse en las relaciones sexuales.

La presencia de las ETS puede estar vinculada a la del VIH. La inflamación y las úlceras genitales causadas por algunas ETS facilitan la transmisión del VIH de una persona a otra. Además, en las personas ya infectadas por el VIH, las ETS pueden progresar con más rapidez y mostrarse más rebeldes al tratamiento.

Un compromiso gubernamental de alto nivel contra el VIH/SIDA es condición previa necesaria para una respuesta nacional sostenible y eficaz. Otros elementos esenciales de la respuesta son: actividades de base comunitaria que se asienten en un sistema de salud pública vigoroso; un enfoque multisectorial; una amplia educación del público; el fomento de un nivel de utilización de preservativos, especialmente en los grupos vulnerables, y la enseñanza a los escolares de las aptitudes para la vida, con el fin de que sepan protegerse.

La negación de los hechos y la autosatisfacción son actitudes que han entorpecido gravemente una acción oportuna y eficaz. Una responsabilidad clave de los gobiernos es la de ser el principal promotor de

las actitudes abiertas y de aceptación en relación con el VIH/SIDA en todos los niveles. Para que los jóvenes adquieran los conocimientos y las aptitudes que necesitan para protegerse, es necesario enseñarles a prevenir el VIH y las infecciones de transmisión sexual, junto con un debate abierto de la sexualidad en las escuelas y en otras instituciones educativas.

La educación sobre la sexualidad, el asesoramiento y los servicios especiales para jóvenes pueden facilitar a éstos los conocimientos teóricos y prácticos que necesitan para establecer una relación responsable y protegerse, y proteger a otros u otras, de las consecuencias de una actividad sexual peligrosa. Estos servicios orientados a los adolescentes tienen precisamente por objeto ayudarles a evitar relaciones sexuales prematuras, a prepararse para una paternidad responsable, a establecer una relación sexual basada en la confianza y el respeto mutuo y a protegerse contra los embarazos y las enfermedades cuando se decidan a iniciar la actividad sexual. Los programas deberán facilitar información, consejos y servicios a los adolescentes con carácter confidencial, evitando cualquier juicio de valor. Los enfoques más eficaces se basan en que los jóvenes participen a fondo en la planificación, ejecución y evaluación de los programas que les están destinados.

En la Universidad Surcolombiana no podemos ser ajenos a esta realidad y se considera necesario implantar un programa de orientación estudiantil dirigido a prevenir los problemas de salud derivados de los comportamientos sexuales relacionados con las nuevas tendencias culturales.

1. ANTECEDENTES

En todo el mundo hay millones de adolescentes que llevan una vida sexual activa, exponiéndose a embarazos no deseados y a las ETS. Las relaciones sexuales y la reproducción a edad temprana tienen graves consecuencias en la salud y el desarrollo de las mujeres jóvenes y de sus hijos (OMS/UNICEF, 1995). Las relaciones sexuales no protegidas entre adolescentes, por ejemplo, pueden ser causa de embarazos y partos a destiempo o no deseados, abortos sin garantías de seguridad y diversas enfermedades de transmisión sexual, inclusive el SIDA.

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (PROFAMILIA-COLOMBIA 2000), la primera relación sexual ocurre a edades más tempranas con el paso del tiempo; mientras el 44.5% de las mujeres entre 20 y 25 años de edad reporta haber iniciado sus relaciones antes de los 18 años. El grupo de 40 a 45 años, el 34.1% indica haberlas iniciado antes de esa edad. La edad media de inicio para el grupo de 25 a 29 años es de 18.8 años, mientras que en el grupo de 45 a 49 años la edad media de inicio fue de 19.6 años.

La primera relación sexual ocurre más tempranamente en el área rural que en la urbana (18.4 versus 19.2). Considerando el nivel educativo, la primera relación sexual ocurre casi cinco años antes entre las mujeres sin educación (17 años) que entre aquellas con educación universitaria (21.8 años). La iniciación temprana de las relaciones sexuales es más frecuente en los estratos bajos (PROFAMILIA 2000). Los hombres adolescentes consideran que la edad ideal para iniciar relaciones sexuales es de 17 años y las mujeres 18, aún así se observa que la edad promedio a la primera relación sexual es de 13,4 años para los hombres y 14.8 años para las mujeres, cuatro años menos de lo que ellos mismos consideran ideal. Cabe anotar que mientras más temprano sea el inicio de las relaciones, más alta es la probabilidad de tener un número mayor de hijos.

Las diferencias en las razones que motivan a hombres y mujeres a iniciar relaciones sexuales, reflejan la represión de las adolescentes para expresar razones como curiosidad y deseo, por las que tienen relaciones sexuales; poco se puede esperar de la comunicación y negociación en pareja para tomar una decisión sincera y protegida. Los embarazos precoces forman parte del patrón cultural del país, aún desde la época de la colonia.

El 15% de las adolescentes (de 15 a 19 años) ya han sido madres y el 4% están embarazadas en su primer hijo, para un total de 19% que han estado embarazadas o ya han tenido partos; en comparación con el 10% en el año 1990. Una de cada cinco de las adolescentes de 17 años ha estado embarazada y una de cada tres de las jóvenes de 19 años (PROFAMILIA 2000).

Cada año se quedan embarazadas 15 millones de adolescentes en el mundo (PRB/CPO, 1994). La adolescente embarazada está particularmente expuesta a sufrir enfermedades e incluso a la muerte, en gran parte porque el cuerpo de una mujer joven puede carecer de la madurez necesaria para soportar la carga del embarazo y del parto. Al llegar la menarquia, las muchachas están aproximadamente por debajo de su talla definitiva en una proporción del 4% y por debajo de su desarrollo pelviano completo en una proporción del 12%-18% (OMS, 1994). Antes de los 20 años están especialmente predispuestas a la preeclampsia y la eclampsia, los partos distócicos y la anemia ferropénica. Las mujeres jóvenes están también más expuestas a dar a luz antes del término del embarazo (Scholl et al., 1994).

La edad de la madre puede influir tanto en las posibilidades de supervivencia del niño como en las de la madre. El hijo de una madre adolescente tiene más probabilidades de ser prematuro o nacer con falta de peso y tiene un 24% más de probabilidades de morir en el primer mes de vida que el hijo de una madre de 25-34 años; este mayor riesgo de defunción persiste durante toda la primera infancia.

Al retrasar el primer nacimiento hasta que la mujer tenga por lo menos 18 años se reduce el riesgo de mortalidad para el primogénito en una proporción que puede llegar al 20% en promedio y hasta el 30% en algunos países (Hobcraft, 1991).

En comparación con las mujeres que aplazan la maternidad hasta pasados los 20 años, las que tienen su primer hijo antes de los 17 tienden a estar menos instruidas, carecen a menudo de trabajo o tienen empleos mal retribuidos y suelen estar separadas de su pareja (Liskin, 1985).

En el caso de los muchachos, la paternidad precoz puede trastornar los planes de formación o aprendizaje y acrecentar las responsabilidades económicas. En los Estados Unidos, por ejemplo, se ha visto que los padres adolescentes tienen menos probabilidades de completar la enseñanza secundaria que el resto de sus compañeros (Marsiglio, 1987).

Todavía es posible mejorar más la salud de las mujeres y los niños y reducir al mismo tiempo la fecundidad ampliando los programas de planificación familiar (y/o incluyendo la de planificación familiar en otros programas de salud y desarrollo) y brindando una opción educativa más completa. Muchas parejas que desean espaciar o limitar los nacimientos no están utilizando ningún método. Si todas las mujeres que expresan el deseo de no tener más hijos fueran capaces de controlar su fecundidad, la natalidad se reduciría aproximadamente en un 35% en América Latina, un 33% en Asia y 17% en África. También descenderían las tasas de mortalidad maternas, al menos en la misma proporción (Royston y Armstrong, 1989), y el volumen de población del mundo en desarrollo se vería reducido para el año 2100 en unos 2200 millones por debajo de la proyección actual.

Frente a las implicaciones que tiene el embarazo en las adolescentes muchas de ellas contemplan el aborto como una posibilidad de "salida al problema", sin embargo, aceptar la situación y tomar una decisión no les es fácil ya que un 90% de las jóvenes creen que es un hecho "punible" sea por el Estado o por la religión. Por tratarse de una práctica ilegal en el país, es practicando por personas empíricas y en condiciones sanitarias deficientes, convirtiéndose así en la segunda causa de mortalidad por causas obstétrica para el grupo de 15 a 19 años de edad, según el Estudio Nacional de Salud Sexual realizado por el Ministerio de Salud (1998).

El aborto por generación es uno de los indicadores de la evolución de este fenómeno. Se trata de un evento que siempre se ha presentado incrementándose sus índices con el tiempo. En efecto, la ocurrencia del aborto entre los 15 y 17 años se ha duplicado entre los nacidos antes de 1953 y entre los nacidos entre 1968 y 1972, al pasar del 2.2% al 4.2% pero el cambio más dramático está en la generación nacida entre 1973 y 1977 al duplicarse la ocurrencia del aborto con respecto a la generación anterior, alcanzando la proporción de 9 de cada 100 de su grupo (Zamudio y Col. 1999). A pesar de considerarlo punible en otras mujeres, cuando piensan en ellas (o en ellos), ante un embarazo no planeado el 4% de jóvenes y el 2.7% de hombre reconocen que recurrirían al aborto. Esto se refleja en los hallazgos de la encuesta sobre el aborto de la Universidad Externado de Colombia (1993), que de cada 100 embarazadas menores de 19 años el 44,5% ya ha tenido una experiencia de aborto inducido, un porcentaje sustancialmente mayor al promedio nacional de 30,3%, el 14,5% corresponde a las jóvenes entre 15 y 17 años. Por región la mayor incidencia por aborto se presenta a la región atlántica, de 17.8% y la menor en la región Andina con 5.5%.

En todo el mundo hay millones de adolescentes que llevan una vida sexual activa, y es probable que muchos de ellos no utilicen los anticonceptivos modernos en sus relaciones sexuales ni se protejan contra las ETS. En el África subsahariana, por ejemplo, una encuesta demográfica y sanitaria ha revelado que en ciertos países puede llegar al 50% y hasta el 85% la proporción de solteras que han tenido relaciones sexuales antes de los 20 años. Aunque muchas de ellas estén informadas sobre uno o más métodos anticonceptivos, en la mayor parte de los países subsaharianos no llegan al 30% las jóvenes sexualmente activas que han utilizado alguno de ellos en alguna ocasión (Gage-Brandon y Meekers, 1993). En América Latina, una encuesta análoga indica que un elevado porcentaje de jóvenes casadas ha tenido relaciones sexuales prematrimoniales: las cifras varían desde el 57% entre las muchachas de 15-19 años de la ciudad de México hasta el 92% en Santiago de Chile (Yinger et al., 1992).

Es por eso que la planificación familiar contribuye a salvar vidas de mujeres y niños y mejora la calidad de vida de todos (Population Reference Bureau, 1991). De hecho, es una de las mejores inversiones posibles para mantener la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y las comunidades, así como un componente de todo servicio bien organizado de salud reproductiva.

Además de salvar vidas, la planificación familiar reduce la fecundidad y puede contribuir a aliviar las presiones que pesan sobre los recursos económicos, sociales y naturales a consecuencia de la explosión demográfica. El rápido crecimiento de la población impide el desarrollo económico y pone nuevas trabas al mejoramiento de la educación, la salud y la calidad medioambiental.

La experiencia adquirida en todo el mundo indica que es posible mejorar la salud y reducir la fecundidad mediante programas de educación sexual y planificación familiar de alta calidad y centrados en la clientela potencial. Importa sobre todo que ésta pueda elegir el método anticonceptivo con conocimiento de causa y sea tratada con respeto (Bruce, 1990). También es importante que las autoridades, los dirigentes religiosos y comunitarios, los particulares y los medios de comunicación, así como otros grupos, entre ellos las instituciones educativas, apoyen las actividades de planificación familiar.

La intervención de los hombres en las cuestiones de salud reproductiva y sexual (tanto en lo concerniente al uso de métodos anticonceptivos «masculinos» como a la propia decisión anticonceptiva) tiene una

importancia crucial. Hay que preocuparse pues de reforzar los servicios de planificación familiar y educación sexual y reproductiva incorporando a los hombres y fomentando las actitudes positivas de éstos en materia de salud reproductiva, comunicación sobre sexualidad y planificación familiar, y derechos en la esfera de la reproducción. Los programas de salud reproductiva deben llegar a los hombres en los lugares de trabajo, instituciones educativas, a domicilio y en sus actividades recreativas, a través de programas juveniles o de educación escolar, en forma de consejos de sus propios compañeros, así como por conducto de los dispensarios de planificación familiar y los centros de atención primaria de salud.

Por medio de la educación sexual y reproductiva y la planificación familiar, las parejas jóvenes pueden aplazar el nacimiento de primer hijo o de los siguientes, lo cual les permite completar sin trabas su educación o su formación profesional. El grado de instrucción de los padres puede influir considerablemente en las perspectivas económicas de la familia.

Las mujeres, los hombres y los niños que disponen de más posibilidades de instrucción se encuentran mejor capacitados para contribuir al desarrollo social y económico de la comunidad.

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (PROFAMILIA 2000), la primera relación sexual ocurre a edades más tempranas con el paso del tiempo; mientras el 44.5% de las mujeres entre 20 y 25 años de edad reporta haber iniciado sus relaciones antes de los 18 años. El grupo de 40 a 45 años, el 34.1% indica haberlas iniciado antes de esa edad. La edad media de inicio para el grupo de 25 a 29 años es de 18.8 años, mientras que en el grupo de 45 a 49 años la edad media de inicio fue de 19.6 años.

La primera relación sexual ocurre más tempranamente en el área rural que en la urbana (18.4 versus 19.2). Considerando el nivel educativo, la primera relación sexual ocurre casi cinco años antes entre las mujeres sin educación (17 años) que entre aquellas con educación universitaria (**21.8** años). La iniciación temprana de las relaciones sexuales es más frecuente en los estratos bajos (PROFAMILIA 2000). Los hombres adolescentes consideran que la edad ideal para iniciar relaciones sexuales es de **17** años y las mujeres 18, aún así se observa que la edad promedio a la primera relación sexual es de 13,4 años para los hombres y 14.8 años para las mujeres, cuatro años menos de lo que ellos mismos consideran ideal. Cabe

anotar que mientras más temprano sea el inicio de las relaciones, más alta es la probabilidad de tener un número mayor de hijos.

El 15% de las adolescentes (de 15 a 19 años) ya han sido madres y el 4% están embarazadas en su primer hijo, para un total de 19% que han estado embarazadas o ya han tenido partos; en comparación con el 10% en el año 1990. Una de cada cinco de las adolescentes de 17 años ha estado embarazada y una de cada tres de las jóvenes de 19 años (PROFAMILIA 2000).

Es por esa falta de educación sexual y planificación que las ETS y las infecciones del aparato genital son especialmente frecuentes entre las jóvenes. En Nigeria, por ejemplo, un estudio ha revelado al menos una infección genital en el 33% de las menores de 17 años sexualmente activas y en el 44% de las mujeres de 17-19 años, mientras que a partir de los 19 la proporción no pasa del 23% (Brabin et al., 1995). Las ETS no sólo provocan trastornos de la salud que privan a los jóvenes de posibilidades de educación o empleo sino que también pueden causar esterilidad.

Los índices más elevados de nuevas infecciones de transmisión sexual siguen correspondiendo a los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años; más del 40% de todas las nuevas infecciones por el VIH durante 2000 se dieron en este grupo de edad. Los problemas de salud reproductiva, que son la principal causa de mortalidad entre las mujeres de 15 a 19 años.

En los estudios realizados se ha visto que la educación sobre la sexualidad no aumenta la actividad sexual. De hecho, puede incluso demorar el comienzo de la misma y servir de base a un comportamiento prudente una vez iniciada (Grunseit y Kippax, 1993). En cinco ciudades de América Latina se ha observado que las muchachas que han seguido un cursillo de educación sexual tienden más a aplazar su iniciación sexual (Blaney, 1993). Por otra parte, en las escuelas de Gambia se ha visto que las lecciones sobre educación para la vida familiar tienen un claro efecto favorable en el conocimiento y el uso de los anticonceptivos cuando las alumnas inician su actividad sexual (Kane et al., 1993).

Para lograr que los adolescentes sexualmente activos utilicen anticonceptivos, habrá que brindarles información y servicios de anticoncepción fácilmente accesibles. En muchos países, la ley restringe el acceso de los jóvenes a esta información y a esos servicios. Así pues, la reforma de la legislación constituye un requisito importante para poder dar

esos servicios a los adolescentes y proteger así su bienestar físico y social. Los programas de educación sexual que retrasaron con efectividad el inicio del coito, aumentaron el uso de condones o anticoncepción y disminuyó los comportamientos sexuales riesgosos (Kirby D at Col. 1994).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo tiene como finalidad conocer la situación de los problemas de salud asociados con el comportamiento sexual de los estudiantes de la Universidad Surcolombiana, como medida preliminar para asesorar al ente educador y en especial a la División de Bienestar Universitario sobre la implantación de programas serios de educación sexual y reproductiva, y de orientación estudiantil en salud y prevención de enfermedades, siendo fiel al propósito de procurar que las personas y comunidades logren niveles superiores de salud, afectividad, conciencia, éticidad, capacidad cognitiva, capacidad comunicativa, sensibilidad estética y participación en la construcción de una sociedad libre, pluralista y democrática que armonice con la naturaleza.

Los índices más elevados de nuevas infecciones de transmisión sexual siguen correspondiendo a los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años; más del 40% de todas las nuevas infecciones por el VIH durante el 2000 se dieron en este grupo de edad. Los problemas de salud reproductiva, que son la principal causa de mortalidad entre las mujeres de 15 a 19 años.

La edad de la madre puede influir tanto en las posibilidades de supervivencia del niño como en las de la madre. El hijo de una madre adolescente tiene más probabilidades de ser prematuro o nacer con falta de peso y tiene un 24% más de probabilidades de morir en el primer mes de vida que el hijo de una madre de 25-34 años; este mayor riesgo de defunción persiste durante toda la primera infancia.

Al retrasar el primer nacimiento hasta que la mujer tenga por lo menos 18 años se reduce el riesgo de mortalidad para el primogénito en una proporción que puede llegar al 20% en promedio y hasta el 30% en algunos países (Hobcraft, 1991).

Al retrasar el primer nacimiento se da tiempo también a la mujer y al hombre para que adquieran madurez emocional antes de ser padres.

La planificación familiar contribuye a salvar vidas de mujeres y niños y mejora la calidad de vida de todos (Population Reference Bureau, 1991).

De hecho, es una de las mejores inversiones posibles para mantener la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y las comunidades, así como un componente de todo servicio bien organizado de salud reproductiva.

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los problemas de salud relacionados a los diferentes comportamientos sexuales de los estudiantes de la Universidad Surcolombiana en el periodo académico A (Enero – Junio) del año 2004?

2.2 DELIMITACION GEOGRÁFICA

Estudiantes de la Universidad Surcolombiana, que la toman como punto de referencia educativa de toda la región sur de Colombia, estos estudiantes principalmente provienen de las comunidades de los departamentos del Huila, Caquetá, Putumayo, y parte sur del departamento del Tolima.

La Universidad Surcolombiana tiene varias sedes en estos departamentos, pero su sede central se encuentra ubicada en la Avenida Pastrana Borrero Carrera 1a de la ciudad de Neiva en el área urbana, capital del departamento de Huila, sede en la cual se realizara la investigación, esta sede cuenta con 5562 estudiantes matriculados en el primer semestre del año 2004.

3. JUSTIFICACIÓN

Los adolescentes y adultos jóvenes enfrentan una amplia variedad de retos en salud reproductiva, sin embargo, históricamente los servicios de salud han omitido atención para esta población. La evidencia de los problemas que ellos enfrentan, tales como embarazos tempranos y no deseados, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, abuso sexual y discriminación basada en género, ha inducido a los gobiernos, agencias internacionales, fundaciones y organizaciones privadas, así como las instituciones educativas a emprender acciones diseñadas a ayudar a los adolescentes y adultos jóvenes.

Los programas de educación sexual pueden ser eficaces para enseñar a los jóvenes a comunicarse y tomar decisiones en asuntos importantes, gracias a lo cual podrán resistir a las presiones de sus compañeros en el terreno sexual e iniciar su vida sexual de manera responsable.

Una de las razones más importantes de centrarse en la juventud, es que la gente joven, entre 10 y 24 años, compone una cuarta parte de la población del mundo. Hay más de 1.7 billones de gente joven entre las edades de 10 a 24 años, el 86% viven en los países menos desarrollados. En la actual vivencia de los derechos sexuales y reproductivos, la verdad es que los/as jóvenes no son reconocidos como sujetos con derechos y como actores sociales en nuestras sociedades pese a que, por ejemplo, en Latinoamérica la gente joven representa la mitad de la población. Debido a esto, enfrentan graves problemas relacionados con la falta de reconocimiento del ejercicio de sexualidad, como la infección de VIH/SIDA, los embarazos no deseados, y la violencia sexual, así como la falta de servicios en el sistema de salud, falta de educación sexual en las escuelas con criterios científicos y con perspectiva de género y de derechos.

La Universidad Surcolombiana no puede ser ajena a esta realidad y debe considerar necesario implantar un programa de orientación estudiantil dirigido a prevenir los problemas de salud derivados de los comportamientos sexuales relacionados con las nuevas tendencias culturales.

El presente trabajo tiene como finalidad conocer la situación de los problemas de salud asociados con el comportamiento sexual de los

estudiantes de la Universidad Surcolombiana, como medida preliminar para asesorar al ente educador y en especial a la División de Bienestar Universitario sobre la implantación de programas serios de educación sexual y reproductiva, y de orientación estudiantil en salud y prevención de enfermedades, siendo fiel al propósito de procurar que las personas y comunidades logren niveles superiores de salud, afectividad, conciencia, ética, capacidad cognitiva, capacidad comunicativa, sensibilidad estética y participación en la construcción de una sociedad libre, pluralista y democrática que armonice con la naturaleza.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Determinar la situación de los problemas de salud relacionados con el comportamiento sexual de los estudiantes de la Universidad Surcolombiana, matriculados en Periodo Académico "A" del año 2004. Con el fin de dar pautas de asesoramiento al ente educador y en especial a la División de Bienestar Universitario sobre la implantación de programas serios de educación sexual y reproductiva, y de orientación estudiantil en salud y prevención de enfermedades.

4.2 ESPECIFICOS

- ✿ Determinar el riesgo de contraer alguna de las enfermedades de transmisión sexual entre los estudiantes de la Universidad Surcolombiana según rangos de edad y sexo.
- ✿ Establecer el diagnostico más frecuente de las diferentes enfermedades de transmisión sexual en la población de estudio.
- ✿ Determinar el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual de los estudiantes con comportamientos sexuales de riesgo (promiscuidad, relaciones homosexuales, relaciones con desconocidos) en comparación con los estudiantes que no practicaron estos comportamientos.
- ✿ Establecer la frecuencia del embarazo entre las universitarias y las compañeras de universitarios de la población a estudio.
- ✿ Determinar la frecuencia del aborto en la población y la frecuencia en que estos abortos son provocados.
- ✿ Determinar la frecuencia del uso de anticonceptivos y cual es el método más utilizado por los estudiantes de la Universidad Surcolombiana.

- ✿ Identificar los sitios de donde los estudiantes de la Universidad Surcolombiana reciben información y educación sexual, y determinar la calidad educativa de esta información.
- ✿ Identificar la población con más riesgo de los estudiantes de la Universidad Surcolombiana según sus problemas de salud asociados con el comportamiento sexual para brindar asesoría adecuada a este grupo.

5. MARCO TEORICO

En los seres humanos, la función sexual expresada y compartida constituye no solo un modo de procreación sino un sistema de comunicación. En el comportamiento sexual influyen factores tales como la personalidad individual, la clase social, y la moral vigente en el entorno social y familiar.

Actualmente, la pubertad se inicia a edad más temprana que en generaciones anteriores, mientras que las uniones estables tienen lugar a edad más tardía, por lo general al terminar la preparación académica. En consecuencia, se ha producido una brecha entre la etapa de maduración fisiológica y la etapa en que se considera culturalmente aceptable la actividad sexual. Todo ello implica posponer la expresión sexual dentro de un marco social profundamente contradictorio, en el cual la moralidad punitiva y represiva coexiste junto con el erotismo que la propaganda comercial exalta en los medios de comunicación y que influye para liberalizar las costumbres sexuales.

Esta tendencia cultural contribuye al aumento de embarazos no deseados en adolescentes y mujeres solteras, los cuales se relacionan con un mayor riesgo de complicaciones del parto y el aborto. También incrementa la posibilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual. Dichas situaciones acarrear consecuencias adversas para la salud y pueden culminar en disfunción sexual. Para prevenir estos problemas, es necesario que los jóvenes comprendan la importancia de gobernar su sexualidad de manera racional y responsable.

5.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los primeros años después de la primera menstruación, y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres, o sea, antes de los dieciocho años de edad.

Las causas del embarazo adolescente pueden ser muchas, y al mismo tiempo discutibles, pero trataremos de enumerar algunas. Al mismo tiempo los factores de riesgo de las jóvenes de quedar embarazadas existen en todas las clases sociales, pero tiene más probabilidades de ser madre una

niña de bajo estrato social que una con mejor situación económica y padres profesionales.

Causas:

- ✿ Mal funcionamiento del núcleo familiar (posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto).
- ✿ La inestabilidad familiar.
- ✿ La necesidad de probar su fecundidad.
- ✿ La pérdida de la religiosidad.
- ✿ Mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.
- ✿ La aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces.
- ✿ La falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable.
- ✿ Falta de información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual.

Factores de Riesgos:

- ✿ Crecer en condiciones pobres o precarias.
- ✿ Falta de educación por parte de los padres.
- ✿ Vivir en comunidades o asistir a escuelas donde los embarazos tempranos son comunes.
- ✿ El uso temprano de alcohol y/o drogas.

✿ Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual.

✿ Cuando sus madres a su vez les han dado a luz a edad temprana.

Las adolescentes suelen tener malos hábitos de alimentación, descuidan su dosis diaria de multivitaminas, a menudo fuman, beben alcohol y consumen drogas, con lo cual aumentan considerablemente los riesgos de que sus bebés tengan problemas de salud. Los estudios también demuestran que, comparadas con las mujeres adultas, es menos probable que las adolescentes aumenten de peso lo que es debido durante el embarazo (lo recomendable es entre 25 y 35 libras (11 y 16 kg) para una mujer de peso normal). Este aumento de peso insuficiente aumenta el riesgo de que tengan un bebé de bajo peso al nacer.

La madre adolescente corre mayor riesgo que las mujeres de más de 20 años de tener complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, anemia y alta presión arterial. Estos riesgos son todavía mayores cuando tienen menos de 15 años.

Todos los años, alrededor de tres millones de adolescentes contraen enfermedades de transmisión sexual, sobre un total de 12 millones de casos registrados. Estas enfermedades incluyen la clamidia (que puede causar esterilidad), la sífilis (que puede provocar ceguera, y la muerte de la madre o del bebé) y el SIDA, que también puede ser fatal para ambos.

Un bebé de una madre adolescente corre mayores riesgos que uno de madre adulta.

En 1997, el 9,5% de las madres de entre 15 y 19 años dio a luz bebés de bajo peso (menos de 5,5 libras (2,5 kg), en comparación con el 7,5% correspondiente a madres de todas las edades. El riesgo es mayor para las adolescentes más jóvenes: el 10,3% de las madres de entre 15 y 17 años tuvo bebés de bajo peso en 1997, comparado con el 9,1% de las madres de entre 18 y 19 años (PROFAMILIA 2000).

La vida de la madre adolescente y su bebé suele ser difícil. Las madres adolescentes tienden a abandonar más la educación secundaria que las jóvenes que posponen la maternidad. Un estudio reciente demuestra que sólo el 64% de las madres adolescentes termina la escuela secundaria dentro de los dos años de la fecha en que se hubiera graduado, comparado con el 94% de las adolescentes que no tienen hijos.

Al carecer de la educación adecuada, es probable que la madre adolescente no posea las habilidades que necesita para conseguir un trabajo y conservarlo. Es común que dependa económicamente de su familia o del sistema de asistencia social. Comparadas con las madres que tienen sus hijos en una etapa posterior de la vida, también es más probable que las madres adolescentes vivan en la pobreza. Casi el 75 por ciento de las madres adolescentes solteras recibe asistencia social durante los 5 años posteriores al nacimiento de su primer hijo.

También es posible que las adolescentes no hayan desarrollado todavía las habilidades para una buena maternidad o que carezcan de sistemas sociales de respaldo que las ayuden a manejar el estrés de criar un hijo.

Los niños cuyas madres tienen 17 años o menos al dar a luz suelen tener dificultades en la escuela y más problemas de salud que los niños nacidos cuando sus madres tienen entre 20 y 21 años de edad.

5.2 ABORTO

Es la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente.

La viabilidad fetal se logra luego de las 20 o 22 semanas de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación. Luego de este periodo, generalmente se habla de muerte fetal y no de aborto.

Se dice que hay un embarazo no deseado cuando una mujer queda embarazada sin quererlo. Esto puede deberse a diferentes causas: errores humanos o técnicos (olvidos, accidentes, o fallas de los métodos anticonceptivos), violación, desconocimiento o falta de información, u otras razones.

El deseo de embarazarse es algo muy difícil de definir. Hay mujeres que pueden querer embarazarse pero no en cualquier momento o circunstancia. Otras pueden estar indefinidamente abiertas a la posibilidad de embarazarse. Otras más pueden no plantearse siquiera el problema y pensar que sus embarazos tienen que ver con su destino o con una voluntad ajena a la suya. Hay quienes no quieren embarazarse nunca. El embarazo como resultado de una violación suele ser una situación que provoca rechazo inmediato y profundo.

Aunque sea difícil de entender, las mujeres no siempre tienen manera de evitar embarazarse cuando no quieren tener hijos. Pueden embarazarse contra su voluntad cuando:

- ✿ Falló el método anticonceptivo que estaban usando. Los anticonceptivos modernos como el condón, las pastillas, las inyecciones y el DIU son muy eficaces, pero ninguno es 100% efectivo.
- ✿ No tienen fácil acceso a métodos anticonceptivos. En comunidades rurales y en las zonas marginales de las ciudades hay dificultades para conseguir métodos anticonceptivos, sea porque no se cuenta con los recursos económicos para comprarlos o porque no existen clínicas o farmacias donde conseguirlos. En muchos servicios de salud sólo se ofrecen dos o tres métodos, lo que dificulta la elección, porque los métodos disponibles pueden no responder a las necesidades de las personas. Hay incluso casos de mujeres que viven en ambientes muy restrictivos en los que es difícil tener anticonceptivos sin ser "descubiertas".
- ✿ Se resisten a asumir su deseo sexual. En el caso de las mujeres jóvenes urbanas que saben de la existencia de los anticonceptivos y que con facilidad podrían acceder a ellos se manifiesta un temor o resistencia a asumir directamente su voluntad de tener una relación sexual, pues podrían ser tachadas de "fáciles" o "prostitutas", por lo tanto, fingen ignorancia o inocencia bajo el riesgo de embarazarse.
- ✿ Saben poco sobre los anticonceptivos o les tienen miedo. Hay quienes usan métodos poco efectivos como el ritmo o el retiro por temor a los efectos colaterales de los métodos modernos, no saben que en la mayoría de los casos existe un método adecuado para cada persona. A veces, la influencia de la pareja o de la religión impiden el uso de métodos anticonceptivos más seguros.

Cuando se produce un embarazo no deseado, no intencionado o no planeado, la mujer se enfrenta a tres alternativas:

- ✿ Continuar el embarazo y quedarse con el bebé.
- ✿ Continuar el embarazo y dar el bebé en adopción.
- ✿ Interrumpir el embarazo (ABORTO)

Para una mejor comprensión de este tema tipificado así:

Aborto espontáneo: el que se produce por razones naturales aunque también se incluyen los ocasionados por tóxicos ambientales, medicamentos, lesiones o fiebres altas.

Aborto provocado o inducido: el que se provoca empleando algún recurso o método con ese fin.

Aborto terapéutico: que se realiza para prevenir riesgos para la salud o la vida de la mujer embarazada.

Aborto eugenésico: para evitar el nacimiento de un feto con malformaciones o enfermedades graves.

En función de la legislación vigente en cada país el aborto se clasifica:

- ✿ Aborto legal: aquel que está regulado por ley.
- ✿ Aborto clandestino: el que no tiene regulación de ningún tipo.
- ✿ Aborto inseguro: según la OMS el aborto inseguro es aquel procedimiento realizado por personas que carecen de la experiencia y conocimientos necesarios o en un entorno que carece de los estándares médicos necesarios o ambas cosas. ("Planificación Familiar Post-Aborto: Guía Práctica para Gerentes de Programas, OMS; New York, 1997).

El aborto inseguro y clandestino constituye en grave problema de salud pública y de derechos humanos. Su práctica en condiciones de ilegalidad e inseguridad, afecta severamente la vida y la salud de muchas mujeres y sus familias. A pesar del costo humano y social que está situación genera, los debates y la investigación científica resultan notablemente insuficientes.

A nivel mundial se ha comprobado que la legislación restrictiva no previene, ni evita el aborto y que muy por el contrario lo transforma en un grave problema de salud para las mujeres. En tal sentido, la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) en el Cap. VII del Programa de Acción, convoca a los gobiernos a considerar el aborto inseguro como un problema mayor de salud pública, a mejorar los servicios de planificación familiar para evitar los abortos, a proveer de atención y orientación a las mujeres que tengan embarazos no

planeados, que se determinen las medidas y cambios sobre el trato del aborto a nivel nacional, y local de acuerdo a procesos legales nacionales, y afirma que "en todos los casos las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para el manejo de las complicaciones de los abortos. Los servicios de orientación, educación y planificación familiar post-aborto deben ser inmediatos para ayudar a prevenir abortos repetidos", y "debe considerarse la revisión de leyes de penalización contra las mujeres que han practicado abortos ilegales."

5.3 ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son un grupo heterogéneo de padecimientos que se adquieren a través de las relaciones coitales sin responsabilidad, generalmente como consecuencia de una falta de educación y conocimientos sobre la sexualidad humana por parte de los padres y de los educadores, en cuya causa están implicados más de 20 microorganismos. Se estima que al día se presentan 685,000 infecciones y 250 millones al año.

Las ETS son un problema de salud pública en todo el mundo; sin embargo, son los países en desarrollo los que se ven principalmente afectados. Según cálculos para el año 2000, 85% de la población sexualmente activa estará en los países en desarrollo, por lo que es inevitable que se produzca también un aumento de las ETS. Dada la frecuencia de estas enfermedades cabe esperar que el número de complicaciones asociadas sea también muy grande. La negativa de los gobiernos para admitir la existencia de las altas prevalencias de ETS; la falta de servicios con experiencia para atender estos padecimientos, así como la limitación para realizar exámenes de detección de las ETS a las personas que buscan atención para otros problemas de salud, son condiciones que prevalecen.

No existe en el horizonte ninguna perspectiva de disminución de las ETS como problema de salud. La diversidad de agentes infecciosos, la dificultad para obtener vacunas, la existencia de problemas de tratamiento, especialmente por resistencia a los antibióticos de algunas bacterias y la escasa disponibilidad de fármacos activos contra infecciones de origen viral, dificultan la esperanza de que las autoridades sanitarias tengan un mayor impacto en el futuro inmediato.

En la mayor parte de las ETS el reservorio y la fuente de infección coinciden en la persona enferma o portadora. El ambiente donde se encuentra el

germen se denomina reservorio de la infección; sin éste, los agentes infecciosos, como organismos vivos, no sobrevivirían y por lo tanto no tendrían oportunidad de provocar ningún tipo de interacción con el huésped. La fuente de infección es el depósito de gérmenes que entra en contacto con el huésped susceptible. Por ello debemos considerar la forma o vía de salida del agente a partir de la fuente de infección y la vía de entrada en el huésped susceptible. No todos los tipos de contacto implican el mismo riesgo, las vías de salida y de entrada más importantes en la transmisión de las ETS son, sin duda, los órganos genitales: la mucosa uretral, el glande, la mucosa vaginal y de la vulva y la mucosa anal.

La variabilidad de las relaciones sexuales, pero particularmente aquellas en que existe penetración con intercambios de líquidos orgánicos, facilitan el contagio. Así, el contacto con el semen o las secreciones vaginales a partir de una lesión de la mucosa implicará mayor riesgo de contagio.

Las ETS se propagan con bastante rapidez y facilidad: el 85% de los casos aparecen entre los quince y los treinta años, en relación con la edad de inicio de relaciones sexuales, de su variabilidad y con la falta de uso de medidas preventivas.

La extensión de estas enfermedades está relacionada con:

* La frecuencia y variabilidad de pareja en las relaciones sexuales.

* La falta de información: cuando no hay información suficiente, se ignoran los síntomas y no se instaura el tratamiento adecuado. Esto contribuye a que se extiendan.

En la actualidad, la mayor parte de las ETS no provocan una mortalidad notable ni tiene una letalidad elevada, desde luego con excepción del SIDA. Además de las complicaciones y secuelas de las ETS, existe una estrecha relación entre las infecciones por el virus del SIDA y las demás enfermedades de transmisión sexual, pues las de tipo ulcerativo y de otra índole facilitan la transmisión del VIH y el contagio con éste durante el contacto sexual. El riesgo de transmisión puede aumentar de 2 a 10 veces en presencia de infección por chlamydia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. La infección por VIH también afecta a las demás ETS.

En los países que hay series históricas de información, éstas muestran un descenso considerable después de la II Guerra Mundial debido al empleo de la penicilina. Durante la década de los setenta se presentó un

incremento atribuido a la liberación de las costumbres sexuales, la llamada revolución sexual, y a un aumento en la población sexualmente activa.

Los estudios realizados en países como Sudamérica, África central y el Sudeste asiático coinciden con la apreciación de que estas enfermedades son un problema mucho más importante en los países en desarrollo que en los países del mundo industrializado. Se estima que 685,000 personas se infectan diariamente con alguna ETS. Anualmente se registran 250 millones de casos nuevos en todo el mundo. Mientras que la incidencia anual de ETS en países desarrollados está alrededor de 1 a 5 casos por mil habitantes, en zonas de África central o países como Brasil o Tailandia la frecuencia en la población general oscila entre los 5 y 20 casos por cien habitantes por año (OMS, 1995).

En la mayor parte de los países en desarrollo, se han realizado pocos estudios sobre ETS, ya que no existe un programa operativo eficiente. Los registros disponibles deben considerarse aproximados, ya que no todas las enfermedades son de reporte obligatorio y el subregistro que existe es importante.

No hay ninguna razón para pensar que el problema de las ETS de los países en desarrollo vaya a solucionarse a corto o mediano plazo, porque las tendencias económicas y demográficas actuales favorecen un aumento del problema.

Aunque no es posible esperar una disminución importante de las ETS en los próximos años, si es posible, con la aplicación de medidas preventivas, desarrollar estrategias que reduzcan las repercusiones sociales y económicas que las ETS producen. Es factible disminuir el sufrimiento para los enfermos al contrarrestar los enfoques de culpabilidad de las víctimas y mediante asistencia adecuada, así como disminuir la frecuencia de complicaciones y secuelas, especialmente las relacionadas con una vigilancia inadecuada del embarazo y la asistencia del parto.

Algunas de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes son:

VIH/SIDA

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estimó que en diciembre de 1998 había en el mundo más de 34.4 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA, cifra que incluía a 13.8 millones de

mujeres, 18.4 millones de hombres y 1.2 millones de niños (63). La mayoría de ellos (70%) habitaban en África y un 5% en América Latina y el Caribe. Desde que se inició la epidemia de VIH/SIDA han muerto aproximadamente 13.9 millones de personas debido al SIDA, y de aquellos murieron 2.5 millones en el año de 1998. Para diciembre de 1998 la OMS y ONUSIDA estimaban en 1.73 millones las personas viviendo con VIH/SIDA en Latino América y el Caribe.

La epidemia de VIH/SIDA en Colombia es superada en Latinoamérica según el número de casos acumulados de infección solamente por la de Brasil y la de México. De los 20.604 casos acumulados de infección por VIH reportados en Colombia hasta marzo de 1999, 3.412 habían muerto a causa del SIDA. La tasa más alta de incidencia acumulada se registra en el distrito capital de Santafé de Bogotá (63.0 por 100,000 habitantes), seguida del Valle del Cauca, Antioquia, Atlántico y Santander (UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, 1991).

El comportamiento de la epidemia de VIH/SIDA en nuestro país presenta una transición demográfica progresiva del predominio en varones homosexuales al predominio en población heterosexual femenina y masculina, pasando de una relación hombre/mujer de 12:1 en 1988, a 7:1 en 1996 y de 5:1 en 1998. Esta progresión ha sido más evidente en algunas regiones como la costa atlántica donde la relación llega a ser de 3:1.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es causado por un Retrovirus humano llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que fue descubierto en el año de 1983. Perteneció a la familia Retroviridae y contiene material genético de tipo ácido ribonucleico (RNA). Este virus destruye lentamente el sistema inmunitario del humano, principalmente los linfocitos ayudadores, los cuales poseen el receptor llamado "CD4" al cual se une el virus, destruyendo estas células y causando un grave daño en las funciones de la inmunidad celular y el control de la inmunidad humoral. La enfermedad por el VIH causa una deficiencia progresiva del sistema inmunitario de la persona infectada. En su estado más avanzado la enfermedad es conocida con el nombre de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en el que se presentan manifestaciones clínicas del tipo de las infecciones o neoplasias oportunistas secundarias al estado de inmunodeficiencia. En la historia natural de la enfermedad, el período de tiempo entre la infección por el virus y la aparición del SIDA (período de incubación) es de aproximadamente 7 a 11 años, cuando se adquiere por vía sexual; sin embargo, este período es muy variable. Una vez aparece el SIDA, el enfermo sobrevive entre uno y tres años, si no

recibe el tratamiento antirretroviral (TAR), aunque este período puede ser muy variable.

El único huésped del VIH es el ser humano. Recientemente se ha identificado al chimpancé *Pan troglodytes troglodytes* como reservorio del VIH-1. El VIH/SIDA puede presentarse en personas de cualquier sexo, edad, raza, nacionalidad, posición socioeconómica o ideología de cualquier país o región del mundo.

La transmisión del VIH de una persona a otra ocurre a través de los siguientes mecanismos:

- Transmisión sexual:

La transmisión del virus se hace a través del contacto sexual en la gran mayoría de casos, sea este contacto íntimo entre mucosas genitales, anales u orales de hombres o mujeres. La transmisión sucede durante toda la vida de una persona que está infectada con el virus. Sus secreciones corporales, como el semen, la secreción vaginal, y su sangre, siempre tendrán el potencial de contagiar a otra persona con el VIH. Cada portador de VIH puede infectar a las personas con las que mantiene contacto sexual, pero no a aquellas con las que solo mantiene contacto personal, laboral o casual.

- Transmisión vertical o perinatal:

De madre a hijo, durante el embarazo principalmente durante el paso a través del canal del parto, o por vía transplacentaria durante la gestación, o durante la lactancia, causando la enfermedad en el niño o en procedimientos invasivos (amniocentesis o cordocentesis) en portadoras desconocidas.

- Transfusión sanguínea:

Este tipo de transmisión es prevenible a través del control de calidad adecuado en los bancos de sangre.

- Por el uso compartido de jeringas:

Utilizadas para inyectar drogas psicoactivas en personas farmacodependientes. En Colombia esta vía de transmisión sucede raramente (alrededor del 1%). Es importante resaltar sin embargo, que cualquiera de las formas de drogadicción está asociada a un riesgo elevado para contraer el VIH, pues las personas bajo el efecto de las drogas psicoactivas frecuentemente tienen comportamientos sexuales alterados que los llevan a tener contacto genital no protegido.

- Accidente laboral biológico

Contagio con material cortopunzante en laboratorios con pacientes infectados en trabajadores de la salud.

Desde el momento en que el VIH penetra en el organismo empieza a proliferar de forma continua. Se podrían distinguir al menos tres fases evolutivas de la infección:

Fase inicial, precoz o aguda; fase intermedia o crónica y fase final, de crisis o de SIDA.

La destrucción de los linfocitos CD4 producirá una inmunosupresión severa que favorece la aparición de la mayoría de las infecciones oportunistas y neoplasias características del SIDA.

El tratamiento con antirretrovirales y la profilaxis de las infecciones oportunistas han modificado la evolución del SIDA. Por lo tanto es posible que no conozcamos la evolución que seguirá la infección por VIH hasta dentro de algunos años.

Fase inicial

Independientemente de su mecanismo de transmisión las manifestaciones que aparecen tras la penetración del VIH en el organismo pueden guardar relación con la dosis infectante, la virulencia de la cepa de VIH y la capacidad de respuesta del sujeto infectado. El VIH se disemina e invade muchos tejidos, especialmente el tejido linfoide y los ganglios linfáticos. El paciente infectado puede o no presentar sintomatología; por lo general existe un cuadro de síndrome mononucleósico al que no se le suele prestar demasiada atención.

A las 2-6 semanas del contagio se detecta antígeno del VIH (antígeno p24), el cultivo viral se positiviza y existen muchos linfocitos CD4 infectados; progresivamente van apareciendo los anticuerpos circulantes (4-12 semanas) y la inmunidad celular y el antígeno p24 desaparece y descienden las células infectadas. En este período puede existir una inmunodepresión pasajera que puede facilitar la aparición o reactivación de algunas infecciones oportunistas.

Los principales síntomas y signos son:

- ☀ Fiebre y/o sudoración, 97%

- ✿ Adenopatías, 77%
- ✿ Odinofagia (dolor al tragar), 73%
- ✿ Erupción cutánea, 70%
- ✿ Artralgias y mialgias (dolor de articulaciones y músculos), 58%
- ✿ Trombopenia, 51%
- ✿ Leucopenia, 38%
- ✿ Diarrea, 33%
- ✿ Cefalea (dolor de cabeza), 30%
- ✿ Elevación de las transaminasas, 23%
- ✿ Anorexia, náuseas o vómitos, 20%
- ✿ Hepato y/o esplenomegalia (aumento tamaño de hígado o bazo), 17%

Fase crónica

Esta fase tiene una duración variable estimada en varios años y en ella persiste la proliferación viral, aunque a bajo nivel. Se estima que 1 de cada 10000 linfocitos CD4 circulantes estaría infectado pero sólo en el 10% de ellos existiría replicación viral. Los pacientes suelen estar asintomáticos, con o sin adenopatías, cifra baja de plaquetas y mínimos trastornos neurológicos puestos de manifiesto por pruebas electrofisiológicas. Aunque existen amplias variaciones individuales, se estima que en 10 años el 50% de los adultos y el 80% de los niños habrán evolucionado a estadios más avanzados, aunque la progresión de la enfermedad puede verse influida por numerosos factores

Fase final

Se caracteriza por un aumento de la replicación del VIH (que podría producirse en 1 de cada 10 linfocitos CD4) y coincide clínicamente con una profunda alteración del estado general del paciente (wasting

syndrome, síndrome de desgaste), aparición de graves infecciones oportunistas, ciertas neoplasias y alteraciones neurológicas, de modo que se dice que el infectado por el VIH tiene SIDA.

El pronóstico es variable en cuanto a supervivencia. La edad, el mecanismo de contagio, la forma de presentación parecen influir en la supervivencia. El tratamiento con antirretrovirales ha favorecido la prolongación de la supervivencia en el tiempo: Antes de ellos la supervivencia no era superior al 30-50% a los 2 años y menor del 10-20% a los 4 años.

Identificación de prácticas y comportamientos específicos asociados con la transmisión del VIH

Comportamiento sexual Los resultados de la encuesta social general realizada en una muestra representativa de la población norteamericana, entre 1988-1991 mostraron que la edad, el estado marital, el sexo y el consumo de alcohol, son los predictores más fuertes y consistentes del riesgo sexual para ETS y SIDA.

✿ Edad del primer coito: el primer coito antes de los 17 años en las mujeres, se ha asociado con aumento de las prácticas sexuales de riesgo para ETS, inclusive la infección por VIH.

✿ Compañeros sexuales: la historia de compañeros infectados con VIH, compañeros con riesgo y sin prueba de VIH, múltiples compañeros, presencia de ulceración mucosa en la pareja, se asocian a mayor riesgo.

✿ Prácticas sexuales:

a. Alto riesgo de infección:

- Coito anal receptivo no protegido.
- Coito vaginal receptivo no protegido.

b. Riesgo documentado de infección:

- Coito oral receptivo no protegido.
- Coito anal insertivo no protegido.
- Coito vaginal insertivo no protegido.

- Coito oral incertivo no protegido.

c. Riesgo bajo de infección:

Cualquiera de las prácticas antes mencionadas con utilización de condón de látex o vinyl.

d. Prácticas seguras:

- Sexo no protegido con pareja sexual seronegativa.
- Monogamia mutua.
- Masturbación mutua.
- Masturbación o masaje.

e. Práctica totalmente segura:

- Abstinencia

SÍFILIS

La sífilis es una enfermedad compleja, pero generalmente curable causada por un espiroqueta conocido como *Treponema pallidum*. Si no se trata, la sífilis progresará a través de varias etapas diferentes. Algunas de las señales y síntomas de la sífilis desaparecen por su propia cuenta sin tratamiento, esto no implica que la enfermedad desapareció.

Etapa primaria

Cerca de diez días a seis semanas después de la exposición al espiroqueta, una herida o úlcera roja llamada un chancro aparece donde la enfermedad se introdujo al cuerpo. El sitio más común es los genitales, pero pueden ser afectadas otras áreas del cuerpo como la lengua. Pueden agrandarse los ganglios linfáticos cerca del lado de las infecciones (en la ingle o en el cuello, por ejemplo).

Etapa secundaria

Dos a 12 semanas después que el chancro desaparece, una erupción cutánea de granitos rojos cotrosos y pequeños que no causan comezón aparece, generalmente en las palmas de las manos y en la región de las plantas de los pies. Lesiones rosadas o grises pueden aparecer en las

membranas mucosas de la boca, de la vulva y del pene. Tanto la erupción como las lesiones son sumamente contagiosas. Los síntomas de gripe, como fiebre, dolores, dolor de cabeza, náusea y pérdida de peso, también pueden estar presentes. Sin tratamiento, desaparecerán estas señales y síntomas, pero el paciente no se curará.

Etapa latente

Con el tiempo, desaparecen las erupciones y otras señales y síntomas. Aunque la infección todavía está presente, la persona ya no es contagiosa. Casi dos terceras partes de las personas con sífilis no tratada permanecen en esta etapa latente, que puede durar 20 años o más, hasta su muerte.

Etapa terciaria

Cerca de una tercera parte de los pacientes no tratados con sífilis llega a esta etapa. La enfermedad hace erupción nuevamente sin advertencia. Puede atacar cualquier órgano del cuerpo, en especial el sistema nervioso, causando parálisis, ceguera, y hasta la muerte.

GONORREA

La gonorrea es una enfermedad curable causada por una bacteria, el gonococo de Neisseria. Si no se trata con antibióticos, la gonorrea puede volverse crónica, conducir a una variedad de graves complicaciones de la salud, incluyendo esterilidad permanente en tanto los hombres como las mujeres.

Las señales y síntomas de la gonorrea generalmente aparecen dos semanas después de la exposición. La gonorrea temprana a menudo pasa sin detectarse en las mujeres. El sitio más común de la infección en las mujeres es el cuello uterino. Una mujer infectada puede notar un exudado vaginal blanco o amarillo.

En los hombres, el sitio más común de la infección es la uretra. Un hombre infectado puede presentar dolor durante la micción, una necesidad más frecuente de orinar y una secreción blanca o amarilla del pene. Si está infectada la uretra de una mujer, ella también puede experimentar micción incómoda y más frecuente y una secreción de pus de la uretra.

HERPES GENITAL

El herpes genital es causado por un virus conocido como HSV-2. El virus es incurable y no responde a los antibióticos. Puede controlarse la enfermedad, sin embargo, con asistencia médica. El medicamento aciclovir puede prescribirse para aliviar el malestar y reducir la duración de los primeros y recurrentes episodios del herpes genital.

El herpes es una enfermedad que permanece oculta durante períodos largos, reapareciendo esporádicamente. En las personas con episodios frecuentes de herpes genital (seis o más episodios por año), el aciclovir a veces se prescribe para ayudar a prevenir las erupciones. Las erupciones herpéticas son generalmente impredecibles, pero en algunos pacientes parecen ser desencadenadas por factores como el estrés, las enfermedades o una lesión.

Dentro de dos a 20 días de la exposición, ronchas rojas pequeñas aparecen en el área de la infección. En unos pocos días se llenan con líquido claro y forman ampollas, que generalmente son sumamente dolorosas y pueden causar comezón. Los síntomas como de gripe, incluyendo fatiga, dolores de cabeza y dolores musculares pueden preceder el brote de la ampolla. Cuando se revientan las ampollas, forman úlceras, que con el tiempo sanan cuando se forma piel nueva. Cuando las heridas han sanado completamente, se cree que el virus ya no es contagioso.

En las mujeres, las ampollas herpéticas aparecen más comúnmente en el área interna o externa de la vagina, de las nalgas o del ano. En los hombres, comúnmente aparecen en el pene, en el escroto, en las nalgas o en el ano. El herpes también puede estar presente en el cuello uterino de una mujer o en la uretra de un hombre, donde una lesión no sería visible.

HEPATITIS B

El virus de la hepatitis B se transmite por vía sexual, sanguínea y perinatal, aunque resta un porcentaje no despreciable de casos cuya vía de transmisión no se conoce.

Tiene un período de incubación entre 1 y 6 meses.

La fase prodrómica o período preictérico de la enfermedad se manifiesta con fiebre, mialgias, pérdida de apetito, astenia, malestar general, náuseas, vómitos, dolor en hipocondrio derecho.

La fase ictérica es de duración variable. Hay ascenso de los niveles de bilirrubinas y aumento significativo de las transaminasas.

En raras ocasiones se presenta bajo la forma de hepatitis aguda fulminante.

Hasta un 10% desarrollan hepatitis crónica que puede ser persistente o activa y conducir a la cirrosis, a la insuficiencia hepática crónica, o complicarse con un hepatocarcinoma.

El diagnóstico diferencial con hepatitis de otras etiologías se hace por estudios de laboratorio.

La investigación de antígenos y anticuerpos permite definir el diagnóstico etiológico, así como seguir la evolución de la enfermedad y la respuesta inmune a la vacuna.

HEPATITIS C

El diagnóstico de hepatitis C requiere la exclusión de la infección por virus de la hepatitis A (VHA), VHB, CMV y Epstein Barr. Por muchos años el agente etiológico de esta enfermedad permaneció desconocido. Estudios recientes han revelado que el virus de la hepatitis C (VHC), un virus RNA, es la causa de la mayoría de los casos de hepatitis noA noB post-transfusional.

La frecuencia con la cual la infección por VHC se presenta en forma subclínica es desconocida. El período de incubación está en los rangos de 2 a 15 semanas, con una media de 7 semanas.

Los casos adquiridos post transfusión no suelen ser graves y muchas veces son anictéricos. El riesgo es la frecuente evolución a enfermedad hepática crónica y su complicación con hepatocarcinoma. Se desarrolla hepatitis crónica activa en 30% de las infecciones postransfusionales. Los pacientes con esta forma de hepatitis crónica activa tienen un curso aparentemente benigno, pudiendo tener una remisión espontánea. Sin embargo la cirrosis puede desarrollarse más frecuentemente de lo que se estimaba, lo mismo que el hepatocarcinoma.

CHANCRO BLANDO

Es una enfermedad transmitida sexualmente y causada por las bacterias llamadas *Haemophilus ducreyi*. Es común en países tropicales, pero raro en otras partes del mundo.

Se ve más comúnmente en hombres que en mujeres, especialmente en los no circuncisos.

La primera muestra de la infección es generalmente la aparición de unas tumefacciones ó masas dolorosas en los órganos genitales, rodeadas por una orilla rojiza, pronto se llenan de pus y eventualmente se rompen, dejando heridas con dolor. En 50 % de casos sin tratar, las bacterias del chancro infectan los nódulos linfáticos en la ingle.

Los síntomas aparecen por lo general entre 4 a 7 días después de la infección.

La infección se trasmite a través de contacto sexual con personas que están infectadas y especialmente con las que tienen heridas abiertas con secreción de líquido por las heridas. Las bacterias invaden los órganos sexuales donde hay una pequeña herida.

CONDILOMA VIRAL

Es producido por virus del papiloma humano (VPH). El período de incubación es variable. La infección genital por VPH muy frecuentemente es subclínica. Cuando se manifiesta clínicamente la lesión clásica es el condiloma acuminado. Se trata de un tumor sésil, blando, de superficie lisa o rugosa. Suelen aparecer agrupados y a veces adopta el aspecto de cresta de gallo. Asientan a nivel de vulva, labios, vagina, cuello uterino, glande, surco balanoprepucial, uretra anterior, ano, etc.

La transmisibilidad de la infección es muy alta, considerándose a todo contacto como potencialmente infectado. La eliminación de los virus por los portadores es independiente de la presencia o no de lesiones clínicas.

El virus puede persistir toda la vida.

Algunos serotipos (16, 18, 32, 33) actuarían como cofactores del cáncer del cuello uterino, por lo que las pacientes portadoras de cualquier variedad

de esta infección deben ser sometidas a un Papanicolau cada 6 meses con el fin de detectar en forma precoz cualquier modificación de la mucosa cervical que pueda evolucionar al cáncer de cuello.

LINFOGRANULOMA VENEREO

El período de incubación es de 3 días a 3 semanas. En el estado primario se desarrolla una vesícula, pápula o úlcera no indurada ni dolorosa que se localiza en la puerta de entrada. Como suele ser pequeña, transitoria y cura sin secuelas, es habitual que pase inadvertida.

Cuando la lesión inicial es anorrectal puede haber: diarrea, tenesmo, secreción anal purulenta o muco purulenta asociada a ulceraciones múltiples rectosigmoideas.

El estado secundario, que se desarrolla entre 26 semanas después de la exposición, se caracteriza por las adenopatías regionales que son dolorosas y se acompañan de periadenitis. En la evolución se reblandecen, la piel se torna rojoviolácea y drenan por fistulas múltiples.

Hay síntomas sistémicos: fiebre, anorexia, cefaleas, mialgias, artralgias, meningismo. Con menos frecuencia se observa: meningitis, meningoencefalitis, hepatitis, eritema nodoso, artritis, conjuntivitis.

El tercer estado se relaciona con las secuelas fibrosas y la alteración del drenaje linfático. Un 5% tienen compromiso ulcerativo o infiltrante crónico y progresivo, con estenosis de uretra y recto.

Es frecuente su presentación asociada con sífilis denominándose asociación sífilopradénica.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es un estudio descriptivo de la población de estudiantes de la Universidad Surcolombiana que se encuentran matriculados en el periodo académico "A" del año 2004 y reciben clases en las sedes de la universidad ubicadas en Neiva - Huila.

Es descriptivo porque se recolectaron y se tabularon datos de los estudiantes, se aproximó a la relación de factores de riesgo y sus efectos; además se hizo un juicio valorativo a la situación investigada.

6.2 POBLACION Y MUESTRA

Para calcular el tamaño de la muestra, se tomaron 5562 estudiantes, que corresponden a los matriculados en periodo académico "A" del año 2004 en la Universidad Surcolombiana en las sedes de Neiva.

Por medio del programa STATCALC versión 6 del EPI INFO 2002, con este programa se manejaron porcentajes o variables ya establecidas en el país, dadas por la encuesta demográfica de PROFAMILIA 2000, como son: porcentaje de embarazo en mujeres menores de 25 años, porcentaje de embarazos que terminan en abortos, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

Se trabajó con la variable que dio el mayor tamaño de la muestra que fue el de riesgo de enfermedades de transmisión sexual, con una frecuencia esperada de 10,9% para la población de jóvenes sexualmente activos en Colombia, con un error aceptado de 9.0%, se obtuvo una muestra de 1352 estudiantes matriculados en el periodo académico "A" de la Universidad Surcolombiana escogidos según muestreo por conveniencia o empírico, con un intervalo de confianza del 95%, bajo la fórmula¹:

$$\text{Tamaño de la muestra} = n / (1 + (n / \text{población}))$$

$$\text{en el que: } n = Z^* Z (P (1-P) / D^* D)$$

¹ Tomado de STATCAL programa de EPI INFO2002, CDC de Atlanta 2002.

P: corresponde a la frecuencia esperada.

D: es el error (máximo) aceptado.

Z: es el área bajo la curva normal que corresponda a cierto intervalo de confianza.

6.3 TECNICAS Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

ENCUESTA:

Muchos problemas de investigación requieren la recolección sistemática de datos de poblaciones o de muestras de población que deben obtenerse mediante el uso de entrevistas personales u otros instrumentos para obtener datos. Habitualmente a estos estudios se los llama encuestas, en especial cuando se ocupan de grupos de personas numerosos y muy dispersos. Se los llama encuestas por muestreo cuando sólo se ocupan de una fracción representativa de una población total (universo).

La encuesta no es un método específico de ninguna disciplina y se aplica en forma amplia a problemas de muchos campos. Esta capacidad de múltiple aplicación y su gran alcance hace de la encuesta una técnica de gran utilidad.

Posibilidades de aplicación de la encuesta:

En la encuesta se procede a la reunión de datos individuales para obtener durante la evaluación datos agregados. El objeto de la evaluación no es sólo la descripción sino también el descubrimiento o la comparación de relaciones.

Antes de realizar la encuesta se capacito en dos talleres a los encuestadores (10 encuestadores) sobre los objetivos del trabajo, motivación, sentido de pertenencia y cumplimiento, así como, manejar metodología de aplicación del cuestionario, motivar a los encuestados a responder con sinceridad y evitar sesgos en la administración del cuestionario.

Al realizar la encuesta, se tomaron semestre por semestre de las dos sedes de la Universidad Surcolombiana ubicadas en Neiva en lo meses de Abril, Mayo y Junio, se pidió la colaboración de los profesores a cargo para que

permitieran la administración de los cuestionarios durante los primeros quince minutos de la hora de clases.

Antes de comenzar, los investigadores informaron a los estudiantes de los objetivos del estudio, se les explico cómo manejar el cuestionario y motivaran para que respondan con sinceridad, también se les informo que la participación es de carácter voluntario.

Cada participante se autoadministro el cuestionario y, una vez completado, lo deposito dentro de un buzón colocado para ese fin. Se protege de esta forma la anonimidad de los participantes.

6.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

El instrumento de encuesta es un cuestionario de 42 preguntas (anexo 1), el cual se aplicara en una muestra representativa de la población total escogida por conveniencia, debido a la dificultad de escoger al azar a la muestra y para conservar los aspectos éticos y de voluntariedad del estudio; el cuestionario tiene el fin de determinar:

- La frecuencia y los tipos de enfermedades de transmisión sexual en la población muestra.
- Las características del comportamiento sexual y sus repercusiones en la salud.
- Las fuentes de donde los estudiantes obtenían información sobre temas sexuales.

PRUEBA PILOTO:

Se realizo una prueba piloto el día 12 de abril del año 2004, con la colaboración de 30 alumnos de octavo semestre del programa de medicina, con el fin de establecer la fiabilidad y la validez del cuestionario.

La fiabilidad de la entrevista como instrumento de obtención de datos depende del grado de estandarización. La validez de los datos de la encuesta depende, suponiendo su fiabilidad de si las preguntas son realmente indicadores válidos de las dimensiones teóricamente elaboradas y sometidas a medición. Además, también la situación de la

entrevista repercute en la validez de los datos, desde el momento en que actúa sobre las respuestas de los encuestados así como sobre su registro. En esta prueba se encontró que la gran mayoría de los encuestados respondieron adecuadamente y sin errores las preguntas; solamente una persona respondió afirmativamente a las preguntas de embarazo y aborto.

6.5 ANALISIS DE LOS DATOS

La información obtenida de la encuesta se analizara por medio del programa computarizado Epi Info, versión 2002 (Revisión 1, Noviembre 4, 2002), dada por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (E.E.U.U.).

6.6 ASPECTOS ETICOS

Se les informo a los estudiantes que participaron en la encuesta los objetivos del estudio, se les explico cómo manejar el cuestionario y motivaran para que respondan con sinceridad. También se les informo que la participación es de carácter voluntario y anónimo.

7. RESULTADOS

7.1 ANALISIS DEMOGRÁFICOS

De los 1352 estudiantes encuestados, se encontró una igualdad en cuanto al número de mujeres y hombres en el estudio (**tabla 1**).

TABLA 1. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN EL SEXO.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
F	668	49,4%
M	684	50,6%
Total	1352	100,0%

El análisis del estado civil por sexo se encontró una mayor porcentaje de mujeres con un implicaba compromiso familiar (casada, en unión libre, separada o viuda) (**tabla 2**), en comparación de los hombres.

TABLA 2. ESTADO CIVIL

Sexo Masculino		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado(a)	18	2,7%
Soltero(a)	607	88,7%
Unión Libre	51	7,4%
Sin Datos	8	1,2%
Total	684	100,0%

Sexo Femenino		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado(a)	29	4,3%
Soltero(a)	597	89,4%
Unión Libre	38	5,7%
Sin Datos	4	0,6%
Total	668	100,0%

7.2 COMPORTAMIENTO SEXUAL

El primer coito había tenido lugar a edades esparcidas entre los 7 y los 37 años, pero los hombres de todos los grupos de edad tuvieron el primer coito más precozmente que las mujeres. Las mujeres menores de 25 años tuvieron el primer coito a edad más temprana que las mayores. En los

hombres, por el contrario, los menores de 25 años tuvieron la primera experiencia a edades más tardías (**Grafico 1**).

En cuanto al primer compañero o compañera sexual, en las mujeres fue más frecuente tener la primera relación con el novio (persona con quien se tiene un compromiso de matrimonio) (**Tabla 3**) y, en los hombres, con la amiga (persona con quien se tiene una relación de afecto sin que medie compromiso alguno).

Grafico 1. DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LA REALIZACIÓN DEL PRIMER COITO.

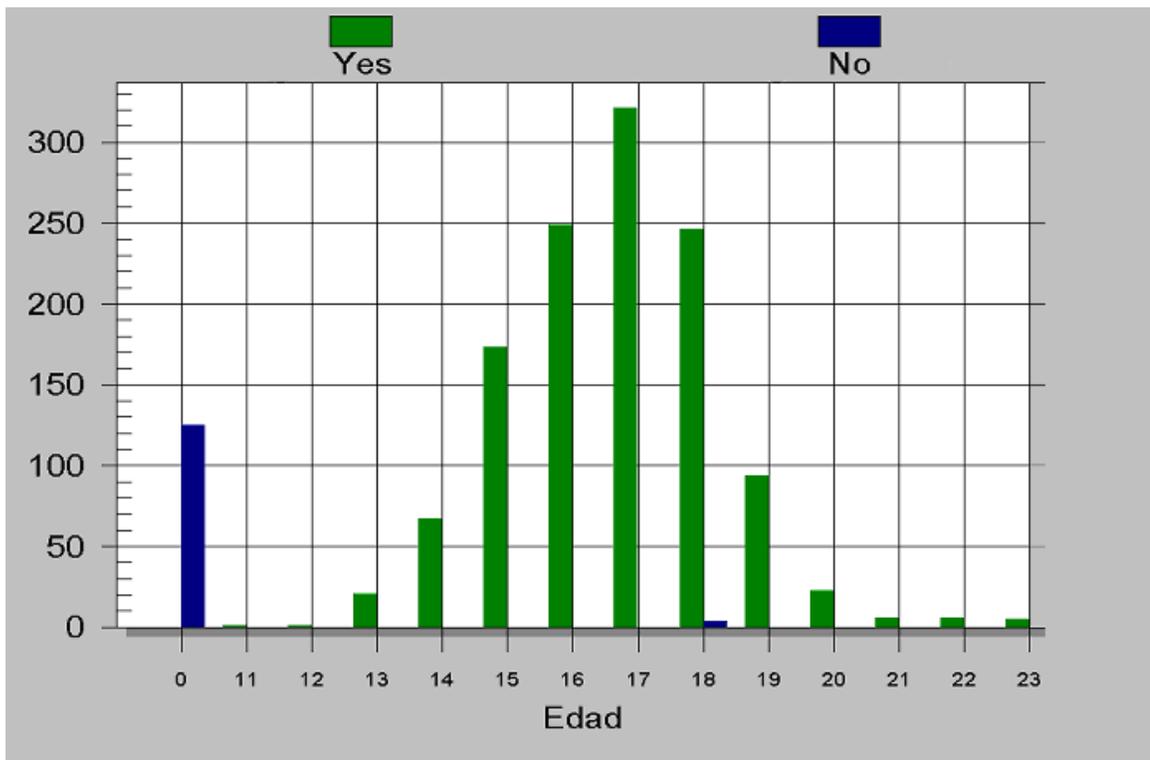


Tabla 3. FRECUENCIA DE CON QUIEN REALIZÓ EL PRIMER COITO.

Sexo Femenino		
¿Con quien realizó el primer coito?	Frecuencia	Porcentaje
Amigo(a)	65	9,7%
Desconocido	0	0,0%
Espos(a)	4	0,6%
Novio(a)	497	74,4%
Trabajadora sexual	3	0,5%
Sin Datos	99	14,8%
Total	668	100,0%
Sexo Masculino		
¿Con quien realizó el primer coito?	Frecuencia	Porcentaje
Amigo(a)	308	45,0%
Desconocido	35	5,1%
Espos(a)	0	0,0%
Novio(a)	241	35,2%
Trabajadora sexual	57	8,3%
Sin Datos	43	6,4%
Total	684	100,0%

En lo que se refiere al número de compañeros sexuales que habían tenido durante su vida, la proporción de hombres con cuatro o más parejas fue mucho más alta (**Tabla 4**) que en las mujeres.

Un análisis del comportamiento homosexual según la edad reveló que su frecuencia había aumentado al par que la edad en los hombres, mientras que en las mujeres era un comportamiento más frecuente a menor edad.

Se presentó más contacto homosexual entre los hombres si se comparan con las mujeres (**Tabla 5**).

Respecto al número de compañeros homosexuales de los estudiantes sexualmente activos habían tenido cuatro o más, lo cual fue más común entre los hombres de todos los grupos de edad que entre las mujeres.

Tabla 4. FRECUENCIA DEL NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES.

Sexo Masculino		
¿Con cuantas personas diferentes ha tenido usted coito durante toda su vida?	Frecuencia	Porcentaje
1	40	6,3%
2	107	16,8%
3	132	20,7%
4	99	15,5%
5	81	12,7%
6	56	8,8%
7	37	5,8%
8	33	5,2%
9	13	2,0%
10	21	3,3%
12	7	1,1%
15	9	1,4%
20	3	0,5%
Total	638	100,0%

Sexo Femenino		
¿Con cuantas personas diferentes ha tenido usted coito durante toda su vida?	Frecuencia	Porcentaje
1	122	21,4%
2	164	28,8%
3	142	25,0%
4	61	10,7%
5	31	5,4%
6	33	5,8%
7	7	1,2%
8	0	0,0%
9	3	0,5%
10	3	0,5%
12	0	0,0%
15	0	0,0%
20	0	0,0%
Total	569	100,0%

Tabla 5. PORCENTAJE DE CONTACTOS HOMOSEXUALES.

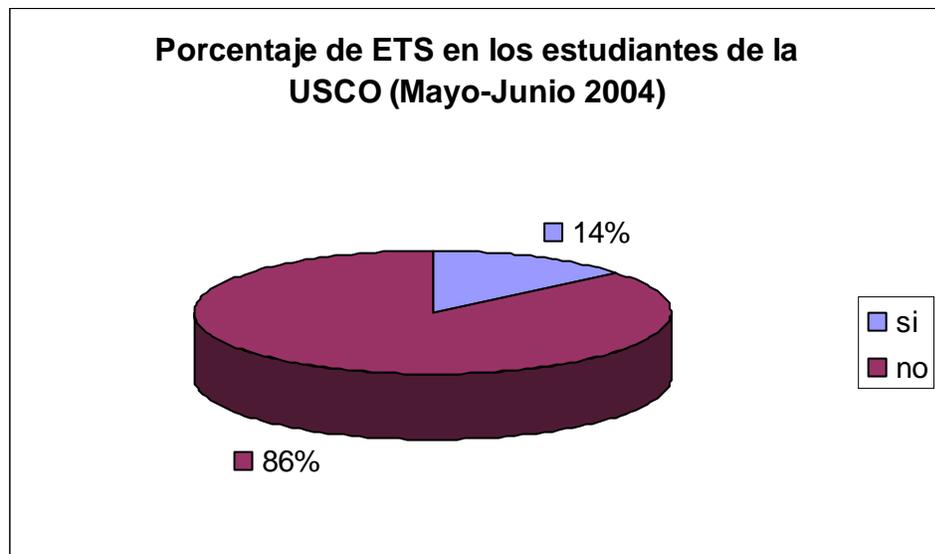
Sexo femenino							
¿CUANTAS VECES?							
¿Ha tenido usted contactos homosexuales?	0	1	2	3	10	11	TOTAL
Yes	0	10 62,5%	6 37,5%	0	0	0	16 2,4%
No	643	0	0	0	0	0	643 96,3%
Sin Datos	9	0	0	0	0	0	9 1,3%
TOTAL	652	10	6	0	0	0	668 100%

Sexo masculino							
¿CUANTAS VECES?							
¿Ha tenido usted contactos homosexuales?	0	1	2	3	10	11	TOTAL
Yes	0	6 25%	9 37,5%	3 12,5%	3 12,5%	3 12,5%	24 3,5%
No	655	0	0	0	0	0	655 95,8%
Sin Datos	5						5 0,7%
TOTAL	660	6	9	3	3	3	684 100%

7.3 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Un pequeño porcentaje de los estudiantes habían presentado una ETS (**Grafico 2**).

GRAFICO 2



Este problema había sido más frecuente en los hombres que en las mujeres, comprendidas todas las edades.

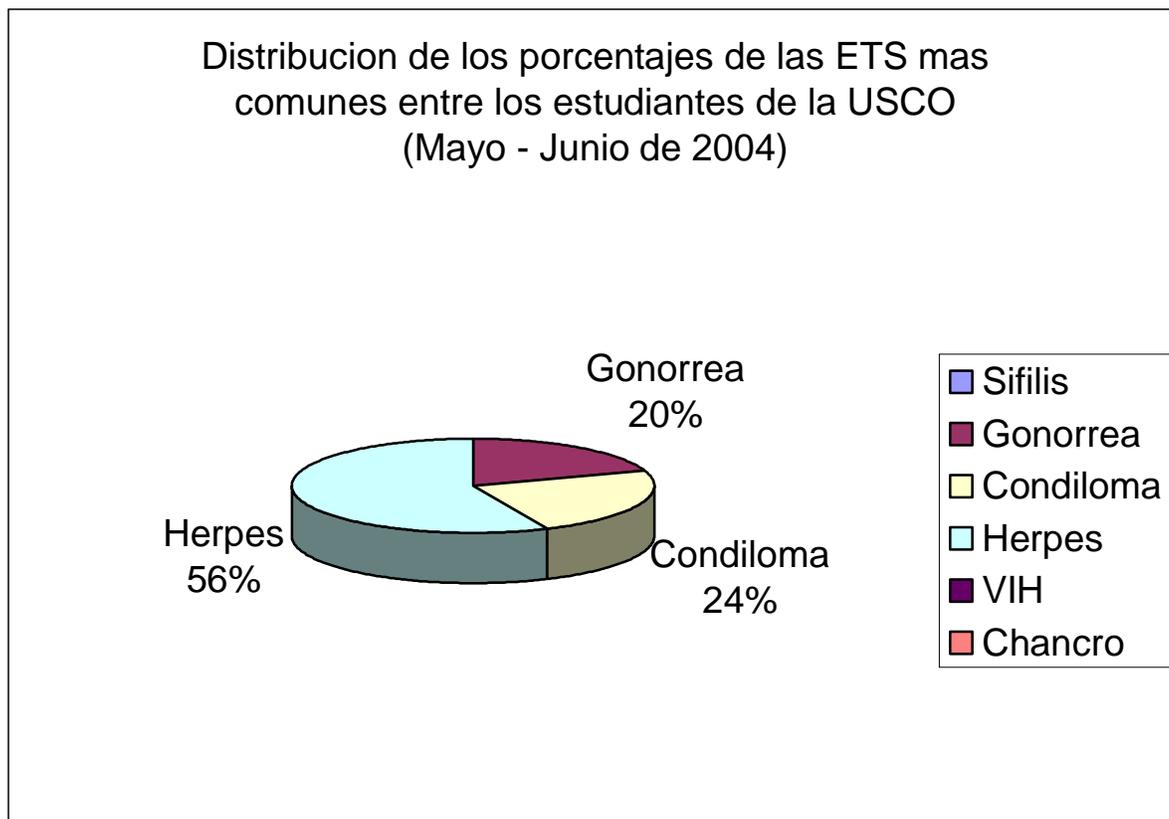
La mayor proporción correspondió al grupo de hombres de 24 años, y en las mujeres al grupo de 23 años, habían sufrido de ETS. (**Tablas 6**).

La enfermedad más frecuente fue el Herpes Genital, seguida del condiloma acuminado y gonorrea. No se reportaron casos entre la población entrevistada de VIH, Chancro blando o Sífilis. (**Gráfico 3**).

Tabla 6. PORCENTAJE DE ETS POR EDAD

Femenino			Masculino		
Edad	Frecuencia	Porcentaje	Edad	Frecuencia	Porcentaje
17	3	4,6%	17	0	0,0%
18	3	4,6%	18	0	0,0%
19	4	6,2%	19	0	0,0%
20	6	9,2%	20	8	6,6%
21	8	12,3%	21	10	8,3%
22	11	16,9%	22	18	14,9%
23	20	30,8%	23	32	26,4%
24	3	4,6%	24	33	27,3%
25	0	0,0%	25	13	10,7%
26	3	4,6%	26	7	5,8%
27	0	0,0%	27	0	0,0%
28	0	0,0%	28	0	0,0%
29	4	6,2%	29	0	0,0%
30	0	0,0%	30	0	0,0%
31	0	0,0%	31	0	0,0%
32	0	0,0%	32	0	0,0%
33	0	0,0%	33	0	0,0%
38	0	0,0%	38	0	0,0%
41	0	0,0%	41	0	0,0%
S. T	65	9,7%	S. T	121	17,7%
S.D	603	90,3%	S.D	563	82,3%
Total	668	100%	Total	684	100%

GRAFICO 3.



El tratamiento fue administrado por personal medico seguido de personal empírico.

El riesgo de ETS fue de mayor en quienes tuvieron cuatro o más compañeros sexuales que en los que tuvieron menos. Hubo también mayor riesgo para los que tuvieron relaciones sexuales con personas del mismo sexo que en los que no declararon haber tenido ese tipo de relaciones.

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN Y PORCENTAJE DEL TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LOS ESTUDIANTES QUE SUFRIERON DE ETS.

Estudiantes que reportaron Haber sufrido de ETS y recibieron tratamiento	De otro personal de la salud	De personal empírico	De un médico	Se automedicó	TOTAL
Un episodio	10	39	105	22	176
% Fila	6,9	25,7	55,6	11,8	100,0
% Columna	100,0	92,5	67,2	73,9	75,0
Dos episodios	0	0	10	0	10
% Fila	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
% Columna	0,0	0,0	8,4	0,0	5,2
TOTAL	10	39	115	22	186
% Fila	5,2	20,8	62,0	12,0	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.4 USO DE ANTICONCEPTIVOS

Se analizó el uso de anticonceptivos en la población de estudiantes sexualmente activos, teniendo en cuenta tanto su empleo personal como el de su pareja. La mayoría en ambos sexos, declararon que usaban anticonceptivos "siempre" o "la mayoría de las veces".

El uso habitual de anticonceptivos fue más común en el hombre que en la mujer, consideradas todas las edades (**Tablas 8**). Por otra parte, los hombres declararon un gran desconocimiento del uso de anticonceptivos por parte de su compañera que las mujeres respecto de su compañero (**Tabla 9**).

TABLA 8. FRECUENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LOS ESTUDIANTES DE LA USCO.

Sexo Femenino		
¿Con qué frecuencia emplea métodos anticonceptivos?	Frecuencia	Porcentaje
La mayoría de las veces	143	21,4%
La mitad de las veces	120	18%
Nunca	149	22,3%
Pocas veces	116	17,4%
Siempre	136	20,4%
Sin Datos	4	0,5%
Total	668	100,0%
Sexo Masculino		
¿Con qué frecuencia emplea métodos anticonceptivos?	Frecuencia	Porcentaje
La mayoría de las veces	300	43,9%
La mitad de las veces	50	7,3%
Nunca	108	15,8%
Pocas veces	116	17%
Siempre	105	15,4%
Sin Datos	5	0,6%
Total	684	100,0%

**TABLA 9. FRECUENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS POR PARTE DE
LOS
COMPAÑEROS SEXUALES DE LOS ESTUDIANTES DE LA USCO.**

Sexo Femenino		
¿Con qué frecuencia su compañero(a) sexual emplea anticonceptivos?	Frecuencia	Porcentaje
La mayoría de las veces	219	32,8%
La mitad de las veces	90	13,5%
No sé	16	2,4%
Nunca	173	25,9%
Pocas veces	104	15,5%
Siempre	62	9,3%
Sin Datos	4	0,6%
Total	668	100,0%
Sexo Masculino		
¿Con qué frecuencia su compañero(a) sexual emplea anticonceptivos?	Frecuencia	Porcentaje
La mayoría de las veces	109	15,9%
La mitad de las veces	47	6,9%
No sé	255	37,3%
Nunca	96	14%
Pocas veces	98	14,3%
Siempre	74	10,8%
Sin Datos	5	0,8%
Total	684	100,0%

Los métodos de anticoncepción más frecuentes fueron, en orden descendente, condón; píldora); ritmo; eyaculación fuera de la vagina; dispositivos intrauterinos e inyecciones (**Tabla 10**).

Tabla 10. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR LOS ESTUDIANTES DE LA USCO

Píldora	Frecuencia	Porcentaje
Yes	286	21,2%
No	1066	78,8%
Total	1352	100,0%
Condon	Frecuencia	Porcentaje
Yes	962	71,2%
No	390	28,8%
Total	1352	100,0%
Ritmo	Frecuencia	Porcentaje
Yes	259	19,2%
No	1093	80,8%
Total	1352	100,0%
Dispositivo Intrauterino	Frecuencia	Porcentaje
Yes	87	6,4%
No	1265	93,6%
Total	1352	100,0%
Coito interrumpido	Frecuencia	Porcentaje
Yes	171	12,6%
No	1181	87,4%
Total	1352	100,0%
Inyecciones	Frecuencia	Porcentaje
Yes	168	12,4%
No	1184	87,6%
Total	1352	100,0%

7.5 EMBARAZOS Y ABORTOS

Habían estado embarazadas el conjunto de las estudiantes y las compañeras de los estudiantes encuestados, pero la frecuencia de embarazo fue mayor en las primeras, que en las segundas. **(Tablas 11).**

TABLA 11. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE EMBARAZOS

Embarazos En Las Compañeras Sexuales De Estudiantes De La USCO		
¿Ha estado su compañera sexual embarazada?	Frecuencia	Porcentaje
Yes	95	13,9%
No	584	85,4%
Sin Datos	5	0,7%
Total	684	100,0%

Embarazos En Las Estudiantes De La USCO		
¿Ha estado usted embarazada?	Frecuencia	Porcentaje
Yes	181	27,1%
No	480	71,9%
Sin Datos	7	1%
Total	668	100,0%

Aproximadamente casi la mitad de los embarazos habían concluido en abortos y la gran mayoría de ellos fueron provocados. **(Tabla 12).**

Del total de abortos provocados, fueron practicados en su mayoría por personal ajeno al campo de la salud. **(Tabla 13).**

TABLA 12. PORCENTAJE DE ABORTOS.

Terminaron en Abortos		
¿Terminó uno de estos embarazos en abortos?	Frecuencia	Porcentaje
Yes	124	9,2%
No	152	11,2%
Sin Datos	1076	79,6%
Total	1352	100,0%

Abortos que Fueron Provocados		
¿Fue provocado alguno de ellos?	Frecuencia	Porcentaje
Yes	113	8,4%
No	11	0,8%
Sin Datos	1228	90,8%
Total	1352	100,0%

TABLA 13. PERSONA QUIEN REALIZO EL ABORTO PROVOCADO

¿Quién lo provocó?	Frecuencia	Porcentaje
Medico	23	1,7%
Otro Miembro de Salud	42	3,1%
Otra Persona	48	3,6%
Sin Datos	1239	91,6%
Total	1352	100,0%

7.6 EDUCACIÓN SEXUAL

Para evaluar la educación sexual que habían recibido los estudiantes, el cuestionario incluía dos preguntas:

- ¿considera que ha recibido una adecuada educación sexual en su hogar, colegio o universidad?

- ¿A qué fuente acude preferentemente para obtener información sobre sexo?

Las respuestas permiten afirmar que la gran mayoría de los estudiantes encuestados recibió muy poca educación sexual.

En los colegios y en la universidad el tema se trató aun menos que en el hogar. **(Tabla 14)**. Las mujeres habían recibido un poco más de información que los hombres. Los estudiantes de menor edad recibieron con mayor frecuencia información sexual en el colegio, la universidad y el hogar que los estudiantes de mayor edad.

TABLA 14. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA EDUCACIÓN SEXUAL RECIBIDA POR LOS ESTUDIANTES DE SU HOGAR, COLEGIO Y UNIVERSIDAD.

Hogar?	Frecuencia	Porcentaje
Yes	1190	88,0%
No	162	12,0%
Total	1352	100,0%

Colegio?	Frecuencia	Porcentaje
Yes	733	54,3%
No	618	45,7%
Total	1351	100,0%

Universidad?	Frecuencia	Porcentaje
Yes	145	10,7%
No	1207	89,3%
Total	1352	100,0%

Para obtener información sobre temas sexuales, los más jóvenes acudían a los libros o consultaban con los amigos, La mujer tendía a confiar más en la familia que los hombres y estos, a confiar más en los libros que las mujeres. En general se había consultado muy poco con consejeros religiosos, miembros de la familia o profesores. **(Tabla 15)**.

No obstante, se observó cierta diferencia según la edad, en cuanto la población más joven mostró mayor tendencia a consultar con la familia, los amigos, los profesores y el personal de salud.

En el grupo de estudiantes que afirmó haber recibido una buena educación sexual en el hogar fueron menos frecuentes los comportamientos de alto riesgo, como haber tenido cuatro o más compañeros sexuales, sexo con desconocidos, enfermedades de transmisión sexual y abortos provocados. También fue menor la proporción de tratamiento no médico para las enfermedades venéreas y de abortos provocados que en los estudiantes que consideraban no haber recibido una buena educación sexual en el hogar. **(Tabla 16)**.

Sin embargo, el grupo con buena educación en el hogar mostró un aspecto negativo en su comportamiento sexual, comparado con el otro grupo, nunca o casi nunca usaba anticonceptivos.

TABLA 15. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN PREFERIDAS POR LOS ESTUDIANTES DE LA USCO. POR SEXO

Sexo Masculino.		
¿A que fuente acude preferentemente para obtener información sobre sexo?	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	335	49%
Familiar	65	9,5%
Libros	241	35,2%
Personal de Salud	35	5,1%
Profesores	4	0,6%
Religiosos	4	0,6%
Total	684	100,0%
Sexo Femenino.		
¿A que fuente acude preferentemente para obtener información sobre sexo?	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	268	40,1%
Familiar	120	18%
Libros	220	32,9%
Personal de Salud	40	6,0%
Profesores	8	1,2%
Religiosos	12	1,8%
Total	668	100,0%

TABLA 16. PORCENTAJE Y FRECUENCIA DE LA EDUCACION SEXUAL RECIBIDA POR LOS ESTUDIANTES QUE HABIAN SUFRIDO DE ETS VS LOS QUE NO SUFRIERON DE ETS.

Estudiantes que sufrieron de ETS.		
Hogar?	Frecuencia	Porcentaje
Yes	157	81,8%
No	35	18,2%
Total	192	100,0%
Colegio?	Frecuencia	Porcentaje
Yes	45	23,4%
No	147	76,6%
Total	192	100,0%
Estudiantes que no sufrieron de ETS.		
Hogar?	Frecuencia	Porcentaje
Yes	1033	89,1%
No	127	10,9%
Total	1160	100,0%
Colegio?	Frecuencia	Porcentaje
Yes	688	59,4%
No	471	40,6%
Total	1159	100,0%
Universidad?	Frecuencia	Porcentaje
Yes	145	12,5%
No	1015	87,5%
Total	1160	100,0%

8. DISCUSIÓN

La población universitaria investigada corrobora que se ha llevado a cabo una liberalización de la conducta sexual, especialmente en el grupo de menor edad. Este cambio se manifiesta en el inicio de la actividad sexual a edades más tempranas, el aumento de las relaciones sexuales antes del matrimonio y el mayor número de compañeros sexuales.

Cabe notar que en el medio estudiado continuaba imperando la conducta machista, expresada en la mayor promiscuidad y actividad sexual de la población masculina. Aunque no es exclusiva de género masculino, pues en el sexo femenino hay un franco aumento de estas conductas.

En general, en la población de estudio se observó que las relaciones sexuales con personas del mismo sexo no eran tan comunes como en otros estudios de poblaciones universitarias Colombianas (Universidad de Antioquia, 1991).

En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual, los hallazgos del presente trabajo coinciden con el aumento actual de la frecuencia de las ETS de origen viral como el Herpes Genital y los Condilomas y la disminución de la prevalencia de la gonorrea y la Sífilis señalada en diversas fuentes.

El alto porcentaje de estudiantes con vida sexual activa sin adecuada protección anticonceptiva los expone a embarazos indeseados y a recurrir al aborto para resolver la situación, práctica que conlleva altos riesgos para la salud. El uso infrecuente de anticonceptivos en América Latina ha sido confirmado por una serie de estudios en diversos países de la Región.

En nuestro estudio se corroboró la teoría de que los hombres se preocupan poco por los efectos reproductivos de las relaciones sexuales y dejan la responsabilidad de planificar en manos de la mujer. Además, el riesgo de embarazos indeseados es muy alto debido a que los métodos anticonceptivos utilizados por la población joven ofrecen poca seguridad para evitar la concepción.

Los métodos preferidos por los hombres son el condón y el coito interrumpido y, por las mujeres, el ritmo, y los anticonceptivos orales.

Los embarazos indeseados que resultan del ejercicio de la sexualidad sin que ambos participantes se hagan responsables originan problemas de índole biológica, psicológica y social, especialmente en parejas no estables y mujeres jóvenes.

La interrupción del embarazo es una de las formas de resolver el problema, práctica que en Colombia lleva al aborto ilegal y ocasiona graves problemas de salud a la mujer.

La poca educación sexual que recibieron los estudiantes parece ser una situación típica de América Latina, como lo demuestran varios trabajos publicados por otros.

La sexualidad del ser humano es una función como cualquier otra, con aspectos orgánicos, psicológicos y sociales que le permiten al individuo reproducirse, sentir satisfacción y relacionarse con sus congéneres. Sin embargo, la expresión de la función sexual se regula de acuerdo con normas socioculturales impartidas por la educación que se inicia desde el nacimiento, como un proceso integral en el cual el individuo incorpora actitudes y valores de la sociedad en que vive.

9. CONCLUSIONES

El riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual entre los estudiantes de la Universidad Surcolombiana según la edad y el sexo; es más frecuente en los hombres que en las mujeres, comprendidas todas las edades. La mayor proporción correspondió al grupo de hombres de 24 años, y en las mujeres al grupo de 23 años.

El diagnóstico más frecuente de las diferentes enfermedades de transmisión sexual fue el Herpes Genital, seguida del condiloma acuminado y gonorrea.

El riesgo de una enfermedad de transmisión sexual mayor en quienes tuvieron cuatro o más compañeros sexuales que en los que tuvieron menos. Hubo también mayor riesgo para los que tuvieron relaciones sexuales con personas del mismo sexo que en los que no declararon haber tenido ese tipo de relaciones. Asimismo el riesgo de enfermedad fue mas elevado en los estudiantes que practicaron el coito con desconocidos que en los que no lo hicieron.

Habían estado embarazadas del conjunto de las estudiantes y las compañeras de los estudiantes encuestados, pero la frecuencia de embarazo fue mayor en las primeras , que en las segundas.

Aproximadamente casi la mitad de los embarazos habían concluido en abortos y la mayoría fueron provocados. Del total de abortos provocados, fueron practicados en su mayoría por personal ajeno al campo de la salud.

Los métodos de anticoncepción más frecuentes fueron, en orden descendente, condón; pildora; ritmo; eyaculación fuera de la vagina; dispositivos intrauterinos e inyecciones).

Para obtener información sobre temas sexuales, la mujer tendía a confiar más en la familia que los hombres y estos, a confiar más en los libros que las mujeres. No obstante, se observó cierta diferencia según la edad, en cuanto la población más joven mostró mayor tendencia a consultar con la familia, los amigos, los profesores y el personal de salud.

En el grupo de estudiantes que afirmó haber recibido una buena educación sexual en el hogar fueron menos frecuentes los comportamientos de alto riesgo, como haber tenido cuatro o más compañeros sexuales, sexo con desconocidos, enfermedades de transmisión sexual y abortos provocados. También fue menor la proporción de tratamiento no médico para las enfermedades venéreas y de abortos provocados que en los estudiantes que consideraban no haber recibido una buena educación sexual en el hogar.

Se concluye, por lo tanto, que la educación sexual debe ser responsabilidad de los padres como agentes socializadores y posteriormente reforzados por instituciones formales encargadas de la educación y la salud de la población.

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda que la División de Salud de Bienestar Universitario ponga en marcha las siguientes actividades:

- Ofrecer programas que complementen la educación sexual recibida en el hogar por los estudiantes, con objeto de promover relaciones interpersonales estables y el ejercicio sano y responsable de la sexualidad.
- Implantar programas de control de las enfermedades de transmisión sexual, que faciliten su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- Facilitar a los estudiantes instrucción sobre la planificación familiar y subsidiar los materiales apropiados para ese fin.

BIBLIOGRAFIA

1. **Hayashi K. Bol Epidemiol Antioquia-Medellín 1989 14(1-2):86-90.** Comportamiento, actividad sexual y fertilidad en adolescentes del Japón.
2. **Jeffrey Borkan, M.D., Ph.D. Ben Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel. N Engl J Med. Volume 334:1751-1752. June 27, 1996. Number 26** Culture and Sexual Risk: Anthropological perspectives on AIDS.
3. **Luz Zuloaga Losada, Cecilia Soto Vélez y Diva Jaramillo Vélez, Bol. Oficina Sanitaria Panamericana. 109(3). 1995** Comportamiento sexual y problemas de salud en adultos jóvenes, Universidad de Antioquia, 1991.
4. **Nelson K. E., Celentano D. D., Eiumtrakol S., Hoover D. R., Beyrer C., Suprasert S., Kuntolbutra S., Khamboonruang C. N Engl J Med 1996; 335:297-303, Aug 1, 1996.** Changes in Sexual Behavior and a Decline in HIV Infection among Young Men in Thailand.
5. **Ministerio de Protección Social.** Propuesta para el Desarrollo del Componente de Educación para la Salud en el Marco del Proyecto Escuela Saludable. Republica de Colombia. 2004
6. **Ministerio de Protección Social.** Guía de Atención del VIH/SIDA. Resolución numero 00412 de 2000. Republica de Colombia.
7. **(ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002.** Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
8. **ONUSIDA y OMS, 1996.** "UNAIDS; The Global Epidemic: December 1996."
9. **Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra (1995b).** Beneficios de la planificación sanitaria para la salud.

10. **Organización Mundial de la Salud (OMS).. Programa Mundial sobre el SIDA. Ginebra (1995c).** An overview of selected curable sexually transmitted disease.
11. **Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra (1994b).** Adolescent health and development: The key to the future. Paper prepared for the Global Commission on Women's Health.
12. **Organización Mundial de la Salud (OMS), 2a edición, OMS (1994d).** Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion.
13. **Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra (1994a).** Contraceptive Method Mix Guidelines for Policy and Service Delivery.
14. **Organización Mundial de la Salud (OMS).. Ginebra (1993).** The prevention and management of unsafe abortion. Report of a technical working group.
15. **PROFAMILIA. 2000 Republica de Colombia** Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
16. **Wilson J. D. N Engl J Med 1979; 300:1269-1270, May 31, 1979** Sex hormones and sexual behavior.

Anexo 1 ENCUESTA
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA

Esta encuesta es estrictamente anónima. NO LA FIRME. La información obtenida es para implantar programas de educación y salud estudiantil. Por lo tanto esperamos que sus respuestas sean sinceras.

VARIABLES DEMOGRAFICAS

1. Semestre del programa universitario _____ 2. Año de ingreso a la universidad _____
3. Sexo: M___ F___ 4. Edad en años Cumplidos _____
- 5 Estado civil (actual) : I Soltero(a) _____ Separado(a) _____
Casado(a) _____ Viudo (a) _____
Unión Libre _____

EDUCACION SEXUAL

¿Considera que ha recibido una educación adecuada en su:

6. Hogar? si ___ no ___ 7. Colegio? si ___ no ___ 8. Universidad? si ___ no ___
9. ¿A qué fuente acude *preferentemente* para obtener información sobre sexo?:
Familiar _____ Amigos _____
Libros _____ Religiosos _____ (Señale una sola opción)
Profesores _____ Personal de salud _____

COMPORTAMIENTO SEXUAL

10. ¿Ha tenido usted coito vaginal? si ___ no ___(pase al número 14)
11. ¿A qué edad tuvo su primer coito? _____
12. ¿Con quién realizó el primer coito?
Novio(a) _____
Amigo(a) _____
Esposo(a) _____
Desconocido _____
Prostituta _____
13. ¿Con que frecuencia experimenta orgasmo durante el coito?
Siempre _____
La mayoría de las veces _____
La mitad de las veces _____
La menor parte de las veces _____
Nunca _____
14. ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted coito durante toda su vida? _____
15. ¿ha tenido usted contacto sexual con personas desconocidas? si ___ no ___
16. ¿Ha tenido usted contactos homosexuales? si ___ no ___ 17. ¿Cuántas veces? _____
no___ (pase al número 18)
17. Durante el último año. ¿Ha tenido contactos homosexuales? si ___ no ___

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

18. ¿Ha sufrido usted de enfermedades venéreas? si___ no___ 19. ¿Cuántas veces? _____
no___ (pase al número 27)
- ¿Cuáles?
20. Sífilis si___ no___ 21. Gonorrea si___ no___ 22. Herpes genital si___ no___
23. Chancro blando si___ no___ 24. Condiloma acuminado si___ no___ 25. VIH si___ no___
26. ¿De quien recibió tratamiento?
- De un médico _____
 - De otro personal de la salud _____
 - De personal empírico (amigos/familiares) _____
 - Se automedicó _____

USO DE ANTICONCEPTIVOS

27. ¿Con qué frecuencia emplea métodos anticonceptivos?
- | | | | |
|-------------------------|-----|-------------|-----|
| Siempre | ___ | Pocas veces | ___ |
| La mayoría de las veces | ___ | Nunca | ___ |
| La mitad de las veces | ___ | | |
28. ¿Con que frecuencia su compañero(a) sexual usa métodos anticonceptivos?
- | | | | |
|-------------------------|-----|-------------|-----|
| Siempre | ___ | Pocas veces | ___ |
| La mayoría de las veces | ___ | Nunca | ___ |
| La mitad de las veces | ___ | No sé | ___ |
- Si usted o su compañero(a) utiliza algún método anticonceptivo, señale cual:
29. Píldoras si___ no___ 30. Dispositivo intrauterino si___ no___ 31. Condón si___ no___
31. Coito interrumpido si___ no___ 32. Ritmo si___ no___ 33. Inyecciones si___ no___
34. No sé ___ 35 Otros, ¿Cuáles? _____

EMBARAZOS Y ABORTOS

36. En caso de ser mujer. ¿Ha estado usted embarazada?
En caso de ser hombre. ¿Ha estado su compañera embarazada?
- Si ___ 37. ¿Cuántas veces? _____
No___ (termine)
- ¿Hubo complicaciones?
38. Durante el embarazo si___ no___ 39. Durante el parto si___ no___
¿Cuáles? _____ ¿Cuáles? _____
39. ¿Terminó uno de estos embarazos en aborto? si___ no___ 40. ¿Cuántos? _____
41. ¿Fue provocado alguno de ellos? si___ no___ 42. ¿Quién lo provoco?
- Un médico _____
 - Otro miembro de salud _____
 - Otra persona _____

Anexo 2
OPERACIONALIZACIÓN
DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Semestre del Programa Universitario	Semestre en el cual cursa o esta matriculado actualmente el estudiante en la Universidad.	Según el semestre que este cursando, es una variable demográfica.	No del semestre.	Cuantitativa	Razón
Año de ingreso a la Universidad	Año en el que estudiante ingreso a su carrera universitaria.	Fecha en la cual el estudiante se matriculo por primera vez.	Fecha en años	Cuantitativa	Razón
Sexo	Genero biológico al cual pertenece el estudiante.	Se medirá según el sexo (masculino o femenino).	Femenino (F) Masculino (M)	Cualitativa	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Años que han transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Años cumplidos	Cuantitativa	Razón
Estado Civil	Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma.	Se medirá según su estado civil actual en casado, unión libre, viudez, separado.	Estado civil actual	Cualitativa	Nominal
Educación sexual	Toda instrucción sobre el proceso y las consecuencias de la actividad sexual, generalmente dada a niños y adolescentes.	Se medirá de acuerdo si el estudiante ha recibido o no educación sexual adecuada por parte de su hogar, colegio o universidad.	Hogar (si – no) Colegio (si – no) Universidad (si-no)	Cualitativa	Nominal

Fuente de obtención de información sobre el sexo.	Sitio donde preferentemente el estudiante acude para obtener información sobre temas de sexualidad.	Se mide dando la opción de elegir diferentes sitios, los cuales son los más comunes para obtener información sobre el sexo.	Familiar Amigos Libros religiosos Profesores Personal de salud	Cualitativa	Ordinal
Ha tenido coito vaginal.	Unión carnal entre un hombre y una mujer, con fines reproductivos o de placer.	Se medirá si el estudiante a tenido coito o no.	Si No	Cualitativa	Nominal
Edad en la que tuvo su primer coito	Número de años desde el nacimiento hasta que tuvo su primera relación sexual.	Se mide con la edad que tenía el estudiante cuando realizo su primer coito.	No de años	Cuantitativa	Razón
Con quien realizó su primer coito.	Persona con la cual tuvo su primera relación sexual.	Opciones de personas esperadas con las cuales el estudiante pudo tener su primer coito.	Novio(a) Amigo(a) Esposo(a) Desconocido Trabajadora Sexual	Cualitativa	Nominal
Número de personas con las que ha tenido coito.	Cantidad de personas con las cuales el estudiante ha tenido relaciones sexuales. Según mayor el numero mayor probabilidad de presentar riesgo de ETS.	Se medirá con el número de personas con las que el estudiante haya realizado coito vaginal.	No de persona.	Cuantitativa	Razón
Contacto sexual con personas desconocidas.	Personas desconocidas para el individuo (ej: prostitutas), con las cuales haya sostenido una relación sexual. Este es un comportamiento riesgoso.	Se mide si han tenido o no coito con personas desconocidas.	Si No	Cualitativa	Nominal
Contactos homosexuales	Homosexualidad: preferencia y atracción sexual por personas del mismo sexo. Se considera a los homosexuales un grupo de riesgo para ETS.	Se medirá si el estudiante ha tenido o no, contactos (besos, caricias) o relaciones sexuales con personas del mismo sexo.	Si – No Cuántas veces Lo ha tenido durante el último año	Cualitativa	Nominal

Enfermedades de transmisión sexual.	Enfermedades de transmisión sexual, también llamadas enfermedades venéreas, son enfermedades infecciosas que se pueden contagiar por contacto sexual.	Se medirá si el estudiante ha sufrido o no de ETS, cuantas veces y cual de ellas padeció.	Si – No Cuantas veces? Sífilis, Herpes, Gonorrea, VIH, Chancro, Condiloma.	Cualitativa	Nominal
Tratamiento de las ETS	Forma por la cual fue tratada la enfermedad venérea y por quien fue tratado el estudiante. Se conocerá si recibió un buen tratamiento.	Se medirá si el estudiante para recibir tratamiento acudió a profesionales de la salud, a otras personas o se automedicó.	Medico Otro personal de salud Empírico Se automedicó.	Cualitativa	Ordinal
Frecuencia de uso de anticonceptivos.	Regulación voluntaria del número de embarazos mediante el uso de distintos métodos, también para evitar ETS.	Se medirá la frecuencia del uso de anticonceptivos cada vez que sostiene relaciones sexuales con varias opciones desde siempre hasta nunca, tanto por parte del estudiante como por su compañero(a).	Siempre La mayoría La mitad Pocas veces nunca	Cualitativa	Ordinal
Método anticonceptivo.	Métodos utilizados para controlar y evitar embarazos y contraer enfermedades de transmisión sexual.	Se mide según el método anticonceptivo más utilizado por parte de los estudiantes, de varias opciones comunes.	Condón Píldoras DIU Ritmo Otros.	Cualitativa	Nominal
Embarazo.	Fecundación del óvulo (femenino) por parte del espermatozoide (masculino), generando un nuevo ser.	Se medirá si la estudiante o la compañera del estudiante han estado embarazadas, cuantas veces, si presento alguna complicación durante el embarazo o el parto.	Si – No Cuantas veces? Si tuvo alguna complicación durante el embarazo o el parto.	Cualitativa	Nominal
Aborto.	Aborto, interrupción del embarazo antes de que el feto pueda desarrollar vida independiente. Pueden ser	Se mide si alguno de los embarazos que haya tenido la estudiante o la compañera del estudiante	Si – No Fue provocado?	Cualitativa	Nominal

	provocados (inducido) o espontáneos.	termino en aborto, y si fue provocado el aborto.			
Quien provoco el aborto.	Persona quien indujo, provoco o realizo algún procedimiento que llevara a la culminación de un embarazo.	Quien fue el que provoco el aborto inducido, si fue personal médico, otras personas.	Medico Otro personal de salud Otra persona	Cualitativa	Ordinal