

**FACTORES ASOCIADOS AL USO CONSISTENTE DEL CONDON EN
ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE CALI**

Ana Fernanda Mejía Hurtado

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI**

2015

**FACTORES ASOCIADOS AL USO CONSISTENTE DEL CONDON EN
ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE CALI**

Ana Fernanda Mejía Hurtado
Enfermera

**Trabajo de grado como requisito parcial para optar
al título de Magíster en Epidemiología**

Directora del trabajo
Lyda Osorio MD. Ph.D

UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santiago de Cali, 2015.

RECONOCIMIENTOS.

La presente investigación fue realizada con base en un proyecto financiado por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Valle y el Grupo PROMESA de la Escuela de Enfermería de la universidad del Valle.

AGRADECIMIENTOS

Al grupo PROMESA de la Universidad del Valle, en especial a las Doctoras Gladys Canaval y Claudia Valencia por su apoyo para el desarrollo de este proyecto. A quienes admiro y respeto profundamente por ser un ejemplo de mujeres, docentes y madres con un profesionalismo destacado.

A la Dra Lyda Osorio por sus excelentes enseñanzas durante la maestría. Por ser la luz orientadora que me acompañó en el desarrollo de mi trabajo de investigación. Y por esas palabras que nunca olvidaré: “yo te acojo”.

A los profesores de la Maestría, todos dignos de admiración y respeto por sus conocimientos y trayectoria.

A mis compañeras de lucha Yulieth Navarro y Marly Orrego, con quienes hasta el final superamos horas de cansancio, con el fin de alcanzar nuestro anhelado sueño académico.

A Hoover León por su asesoría y ayudarme a rehacer “mi amistad con Stata” como dice el Dr Méndez.

A mis familiares, amigos, mi jefe y a mis compañeros que permanente me motivaron para retomar y culminar de este proyecto. A Carlos, por su amor y motivación permanente.

A la Familia Valverde al brindarme tranquilidad por ser un apoyo incondicional para mis hijos.

DEDICATORIA

A Dios, quien es mi guía y la fuente de todas mis bendiciones.

A mi madre Flor de María, por ser el ejemplo de mujer emprendedora y autónoma.
Por ser mi apoyo en la realización de mis sueños.

A mis hijos, Camilo José y Ana Gabriela por ser la principal motivación de mi vida,
a quienes amo profundamente.

A mi tío Jerónimo por ser mi referente paterno, un hombre de principios, valores y
de quien he recibido mucho amor.

A mi tia Nine, a quien adoro y espero disfrutar por mucho más tiempo.

Tabla de contenido

	Pág.
RESUMEN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2. ESTADO DEL ARTE	17
3. MARCO TEÓRICO	30
4. OBJETIVOS	37
4.1. GENERAL	37
4.2. ESPECÍFICOS	37
5. METODOLOGÍA	38
5.1. TIPO DE ESTUDIO	38
5.2. ÁREA DE ESTUDIO	39
5.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO	39
5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
5.5. MUESTREO Y CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA	40
5.8. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTE E INDEPENDIENTES.	44
5.8.1. Variable resultado.	44
5.8.2. Definición Operacional de Variables Independientes.	45
5.9. PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	50
5.9.1. DISEÑO Y PRUEBA DE INSTRUMENTOS	50
5.9.2. CAPTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y OBTENCIÓN DE DATOS	51
5.9.3. ADMINISTRACIÓN DE LOS DATOS	52
5.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	53
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	57
7. RESULTADOS	59

7.1.DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE RESULTADO.	59
7.2.ANÁLISIS UNIVARIADO.	59
7.2.1. Descripción Socio demográfica	59
7.2.2. Descripción de los Factores Predisponentes	61
7.2.3. Descripción de los Factores Facilitadores	62
7.2.4. Descripción de los Factores Reforzantes	65
7.3.ANÁLISIS BIVARIADO	67
7.3.1. Factores Socio demográficos	67
7.3.2. Factores Predisponentes.	71
7.3.3. Factores Facilitadores	74
7.3.4. Factores Reforzantes.	80
7.4.ANÁLISIS MULTIVARIADO	83
8. DISCUSIÓN	85
8.1.PRINCIPALES HALLAZGOS	85
8.2.OTROS HALLAZGOS	97
8.3.FORTALEZAS Y LIMITACIONES	100
8.4.IMPLICACIONES EN SALUD PÚBLICA	102
8.5.FUTUROS ESTUDIOS	105
8.6.CONCLUSIONES	106
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	108
10. ANEXOS	115

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 Resumen de Prevalencias y Factores asociados al uso consistente del condón en jóvenes universitarios	26
TABLA 2 Número de estudiantes por facultad	41
TABLA 3 Pesos Ponderados por facultad para muestreo	42
TABLA 4 Muestra por facultad ajustada por no respuesta	42
TABLA 5 Muestra real obtenida por facultad	43
TABLA 6 Operacionalización de la variable resultado	45
TABLA 7 Operacionalización de las variables independientes	46
TABLA 8 Variables independientes incluidas en el modelo de regresión logística ordinal	55
TABLA 9 Frecuencia del uso consistente del condón	60
TABLA 10 Características socio demográficas	61
TABLA 11 Factores predisponentes	62
TABLA 12 Factores facilitadores	63
TABLA 13 Factores reforzantes	66
TABLA 14 Asociación entre características socio demográficas y uso consistente del condón con la pareja sexual habitual.	69
TABLA 15 Asociación entre factores predisponentes y uso consistente del condón con la pareja sexual habitual.	72
TABLA 16 Asociación entre factores facilitadores y uso consistente del condón con la pareja sexual habitual.	75

TABLA 17	Asociación entre factores reforzantes y uso consistente del condón con la pareja sexual habitual.	82
TABLA 18	Modelo Multivariado de Regresión Logística Ordinal de Factores asociados al uso consistente del condón con la pareja sexual habitual.	84

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo PRECEDE	37
Figura 2. Diagrama de flujo de la muestra final	44

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento Informado	115
Anexo B. Encuesta Reconociendo mi Salud Sexual.	117
Anexo C. Aval Comité De Etica	134

RESUMEN

Introducción: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen importantes problemas sanitarios y sociales. El informe mundial de ONUSIDA del año 2015 muestra que de todas las nuevas infecciones, el 41 % se presentan en jóvenes entre los 15 y 24 años. (1) Los jóvenes son una población vulnerable frente a VIH/SIDA y a otras ITS dado los comportamientos de riesgo que se asumen en esta etapa de la vida. Como factores de riesgo se han identificado: inicio temprano de relaciones sexuales, baja percepción de riesgo, no uso del condón, promiscuidad, presiones de grupo para asumir comportamientos de riesgo, consumo de sustancias psicoactivas, conocimientos inadecuados, debilidades en la capacidad de comunicación con la pareja, baja autoestima y poca autoeficacia, entre otros. (1) **Objetivo:** El presente estudio tuvo como objetivo establecer la Prevalencia y los Factores Asociados al uso consistente del Condón en jóvenes de una Universidad Pública de Cali, durante el año 2009. **Metodología:** Estudio de corte transversal, en el que se hizo un análisis de fuentes secundarias a partir de la base de datos del proyecto “Factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA e ITS en los jóvenes de la Universidad del Valle” realizado durante el año 2009, por el grupo PROMESA de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle. El modelo teórico orientador fue el PRECEDE- PROCEED, en el cual se incluyeron los factores Predisponentes, Facilitadores y Reforzantes para el uso consistente del preservativo. En el estudio original los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio estratificado por facultad y el tamaño de muestra del presente estudio fue de 205 estudiantes. Se definió Uso consistente del condón como la frecuencia del uso del preservativo con la pareja sexual habitual en tres categorías: Casi nunca, casi siempre y siempre. Se realizó una Regresión Logística Ordinal incluyendo pesos muestrales por facultad. **Resultados:** Se incluyeron un total de 205 estudiantes con edad promedio de $21,4 \pm 0,16$ años,

62% mujeres, 94% solteros y la edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 16 años. La prevalencia de uso consistente siempre fue de 21% y casi siempre de 21%. Se encontró que el uso nunca o casi nunca usan del condón como método anticonceptivo (ORa 158,3 IC_{95%}: 27,7-903,6; P=0,0001), la intención de uso con la pareja sexual habitual (ORa 7,3 IC_{95%}: 1-50; P=0,043) y la autoeficacia alta o máxima para uso del condón (ORa 5,1 IC_{95%}: 1,6-16,6; P=0,007) se asociaron estadísticamente con un mayor uso consistente del condón. En contraste, la variable conocimientos del uso del condón se asoció estadísticamente con un menor uso consistente del condón con la pareja sexual habitual (ORa 0,32 IC_{95%}: 0,12-0,84; P=0,021). **Conclusiones:** La prevalencia encontrada de uso consistente del condón sugiere un incremento con relación a años anteriores en otras poblaciones de jóvenes universitarios. Este grupo parece haber desplazado el uso del condón casi siempre y siempre con la pareja sexual habitual por el uso de otro método anticonceptivo. Por lo tanto se sugiere realizar intervenciones que promuevan la Autoeficacia y la Intención en el uso del condón con la pareja sexual habitual. Se confirma que los conocimientos no necesariamente reducen los comportamientos de riesgo pero se deben continuar las intervenciones ya que el conocimiento si es una condición necesaria para cambios de comportamiento entre los jóvenes para la prevención del VIH/SIDA y otras ITS. **Palabras clave:** Uso consistente, condón, estudiantes universitarios, VIH.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen importantes problemas sanitarios y sociales. El informe mundial de ONUSIDA del año 2015 muestra que de todas las nuevas infecciones, el 97% está en países de ingresos medios y bajos; el 41% se presentan en jóvenes entre los 15 y 24 años y el 51% en mujeres. (1)

Según el Instituto Nacional de Salud, en su boletín epidemiológico: Situación del VIH/SIDA en Colombia, para el año 2012 ingresaron al SIVIGILA un total de 8.196 casos. De estos 5.914 (72,2%) fueron hombres y 2.282 (27,8%) mujeres; el 98,5% corresponde al mecanismo de transmisión sexual. Con relación a la edad, los casos notificados con VIH y Sida se concentran principalmente entre los 15 a 49 años en un 71%. Entre los de 20 a 39 años se reporta más de la mitad de los casos notificados desde 1983 a 31 de diciembre del 2012 (53,3%). La tasa de incidencia (x 100.000 habitantes) de casos notificados de VIH/Sida para el departamento del Valle en el año 2012 fue de 24 y la prevalencia de infección en Colombia para la población joven es del 0,5%. (2)

Los jóvenes son una población vulnerable frente a VIH/SIDA y a otras ITS dado los comportamientos de riesgo que se asumen en esta etapa de la vida. Como factores de riesgo se han identificado: inicio temprano de relaciones sexuales, baja percepción de riesgo, no uso del condón, promiscuidad, presiones de grupo para asumir comportamientos de riesgo, consumo de sustancias psicoactivas, conocimientos inadecuados, debilidades en la capacidad de comunicación con la pareja, baja autoestima y poca autoeficacia, entre otros. (1)

La vida sexual de los jóvenes inicia en promedio en Colombia a los 16 años, según estudios realizados. (2) La primera relación sexual constituye un punto

importante en el desarrollo de la sexualidad del individuo se ha descrito una fuerte asociación entre la edad y las actitudes que se tienen en la primera relación sexual y la salud sexual posterior. (6,7,8)

Una de las estrategias propuestas para reducir el VIH/SIDA en jóvenes es promover el sexo seguro mediante el uso consistente del condón. Por tanto reconocer los factores relacionados con la frecuencia del uso consistente del condón en universitarios, es una prioridad para orientar programas en promoción de la salud sexual de nuestra región.

Las instituciones de educación superior son escenarios de formación integral que tienen el reto de formar profesionales y ciudadanos capaces de configurar sociedades solidarias y de progreso. De igual manera deben propiciar comportamientos saludables que redunden en bienestar y calidad de vida de la sociedad en general.

Por todo lo anterior, se propuso el presente estudio con los estudiantes de una Universidad Pública de Cali para identificar la frecuencia del uso consistente del condón y sus factores asociados: Predisponentes, Facilitadores y Reforzantes.

2. ESTADO DEL ARTE

Durante los últimos diez años ha sido de mucho interés estudiar la población de jóvenes con relación al tema de las ITS-VIH-SIDA, especialmente entre las edades de 15 a 24 años, quienes a su vez constituyen el grupo de mayor riesgo de adquirir la infección, según los informes epidemiológicos a nivel mundial. (1,3)

El enfoque ABC emplea intervenciones específicas para la prevención del VIH-SIDA-ITS enfatizando en la abstinencia para los jóvenes, incluyendo la postergación del inicio sexual; la fidelidad mutua (medida a veces como una reducción en el número de compañeros sexuales) para las personas sexualmente activos y el uso correcto y consistente de los preservativos entre aquellos cuya conducta los pone en riesgo de transmitir el VIH o de ser infectados.

En la medida en que se comprueba la efectividad del preservativo masculino para prevenir la infección por VIH, se incrementan las campañas educativas hacia grupos de riesgo para promover siempre el uso del condón en las relaciones sexuales y como consecuencia los estudios sexológicos exploran dicha conducta. (9)

Con relación al uso del condón en la literatura existen pocos estudios a nivel mundial que describen el uso consistente del condón entre los jóvenes universitarios.

Kirby y cols realizaron en 2005 un informe donde se resumen los resultados de estudios llevados a cabo en los Estados Unidos con jóvenes de aproximadamente 18 años en los que se examina el impacto de los factores protectores y de riesgo en los siguientes comportamientos: edad de inicio de relaciones sexuales,

frecuencia de relaciones sexuales, número de parejas, uso del condón y de otros anticonceptivos, el embarazo, la maternidad y enfermedad de transmisión sexual.

En cuanto a uso del condón y de anticonceptivos, varios estudios demostraron que los adolescentes a menudo usaron condones inicialmente en las relaciones sexuales, pero como sus relaciones continúan y tienen relaciones sexuales con más frecuencia, utilizan los anticonceptivos hormonales a largo plazo. (10)

Los estudios muestran que cuando los adolescentes hablan sobre VIH y otras ETS y métodos para prevención de la transmisión, son más propensos a usar condones. De manera similar, cuando discuten los métodos de prevención del embarazo, son más propensos a utilizar otro método anticonceptivo. (10)

También reportan que los jóvenes que utilizan condones u otros anticonceptivos la primera vez que tienen el sexo es más probable que los utilizan en ocasiones posteriores. Los jóvenes son también más propensos a evitar las relaciones sexuales o usar condones u otros anticonceptivos si tienen las habilidades para resistir relaciones sexuales no deseadas o para insistir en utilizar un método anticonceptivo, siempre y cuando no sean forzados. (10)

La intención de usar condones depende de la oportunidad de tener relaciones sexuales, de la disponibilidad y el acceso a los preservativos, de la percepción de las consecuencias y responsabilidades del embarazo, de una mayor motivación para evitar enfermedades de transmisión sexual / VIH, de la creencia de que los condones no reducen el placer, de que la pareja apruebe el uso del condón, de una actitud positiva hacia los preservativos, de la frecuencia de las relaciones sexuales (3, 4), de la estabilidad de la relación de pareja, de su percepción de las normas familiares y de pares acerca de los condones, el embarazo, ITS/VIH y la autoeficacia para exigir el uso del condón. (5)

Otros factores que afectan las conductas sexuales son los valores personales sobre el sexo antes del matrimonio o sobre la edad de los jóvenes para tener relaciones sexuales; sus percepciones sobre los beneficios de tener relaciones sexuales, y su sentimiento de culpabilidad si se tiene relaciones sexuales sin protección, su percepción de la susceptibilidad de quedar embarazada o contraer una enfermedad de transmisión sexual; las aspiraciones educativas y planes para el futuro, su percepción de las normas familiares y compañeros acerca de tener relaciones sexuales, el embarazo y enfermedades de transmisión sexual, su capacidad percibida para resistir las relaciones sexuales si se le presiona, y las relaciones sexuales prematrimoniales. (13)

En Colombia, un estudio realizado en la Universidad Industrial de Santander en 2003 por Vera y cols, reportó que el 26,4% de los jóvenes usa siempre el condón en sus relaciones sexuales y 35,3% lo usa casi siempre. (6) En México López y Moral en 2001 reportaron que el 26% de los jóvenes universitarios sexualmente activos de Monterrey usan regularmente el condón. (7)

Bimbela en 2002 con jóvenes Andaluces reportó un uso consistente del 16,9% (8), y en un posterior estudio realizado por Bimbela en 2008 reportó que las variables asociadas a su utilización siempre fueron dos: tener una intención de conducta «segura» con la pareja habitual y una baja frecuencia de la práctica. Las variables asociadas a “no utilizarlo nunca” fueron: estar independizado, pensar que infectarse depende de factores externos (*locus* de control externo), identificar pocas zonas del cuerpo como sensibles al placer, pensar que no es necesario usar condón si se confía en la pareja, tener una intención de conducta «insegura» con la pareja habitual y no hablar con la pareja sobre métodos preventivos antes de llevar a cabo la práctica sexual. (9)

En un estudio realizado por Abdullah y cols en la Universidad de Hong Kong se mostró que de 1197 estudiantes encuestados, sólo el 11% eran sexualmente activos, medido como los que alguna vez habían tenido relaciones sexuales. El uso consistente del condón, definido como “siempre” fue reportado por el 43% de los encuestados sexualmente activos, 35% reportó el uso inconsistente del condón “algunas veces” y 22% no informó el uso del condón en absoluto. Los varones fueron más propensos a informar sobre el uso inconsistente de preservativos durante las relaciones sexuales que sus contrapartes de sexo femenino: 40% vs. 27% ($P < 0,05$). (17)

Dicho estudio utilizó un modelo de regresión logística para identificar las variables predictoras de grupo de mayor riesgo de comportamiento. Aproximadamente 1 de cada 20 estudiantes (55 de 1197) se clasificaron como pertenecientes a dicho grupo definido por: uso inconsistente de preservativos durante las relaciones sexuales, haber tenido tres o más parejas sexuales en los últimos 3 meses, haber tenido relaciones sexuales con prostitutas, haber tenido una enfermedad de transmisión sexual o usar alcohol u otras drogas estimulantes durante el acto sexual. (17)

El modelo logístico mostró que ser varón (OR 1,72 IC 95%: 1,10 – 3,18) y las actitudes favorables a las relaciones sexuales prematrimoniales (OR 1,80; IC 95%: 1,70 - 2,81) estaban asociadas con la inclusión en el grupo de comportamiento de mayor riesgo. (17)

Con relación a la influencia del grupo de pares, en el sur de Ghana, Bosompra y cols encontraron que tanto los jóvenes que tenían la intención de usar el condón como los que no fueron motivados por igual a cumplir con la voluntad de sus referentes significativos (parejas sexuales, amigos, padres y médicos), por ello es importante mejorar la percepción de la aceptación del uso del condón entre las redes sociales de los jóvenes. (18)

El estrés emocional puede afectar la conducta de los adolescentes en relación con el sexo y la el uso de anticonceptivos. Si está deprimido o si han consumido alcohol o usa drogas, su intención y / o la capacidad de evitar el sexo puede disminuir. (12) Al igual que Roberts y Kennedy (2006) quienes estudiaron la toma de decisiones sexuales de 100 mujeres jóvenes multiétnicos de la universidad, ellas informaron la alta intención de uso del condón (84%), pero el uso del condón sólo fue del 64%. Esta diferencia fue explicada por la falta de autocontrol y por estar bajo efectos del alcohol. (20)

Con relación al nivel de conocimientos de los jóvenes con relación al VIH-SIDA. En Nigeria, Abiodun identificó que el conocimiento del método de prevención del VIH era bastante alto. Los participantes identificaron correctamente la abstinencia (96,2%), fidelidad a una pareja no infectada (85,7%) y el uso consistente del condón (88.4%) como formas de prevenir la infección por VIH. (21)

De igual manera, en un estudio realizado por Burazeri, en Albania, en la Universidad de Tirana, encontró que el conocimiento sobre las ITS es un predictor independiente de uso consistente del condón entre los estudiantes universitarios. En los modelos multivariados, se observó una asociación global de conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual con el uso consistente del condón (OR = 1,74, IC 95% = 1,37-2,23, $p < 0,001$), y entre los estudiantes con ingresos bajos y padres con educación media (OR = 4,75, IC 95% = 2,03-11,08, $P < 0,01$). (22)

En China, Lou y cols encontraron que un mayor nivel de conocimientos de los estudiantes en salud reproductiva, a través de una educación efectiva cambia las actitudes hacia el sexo en términos de ser menos liberal. (23)

Lameiras y cols analizaron en un grupo de estudiantes universitarios Gallegos las variables que mejor explican el uso del preservativo y encontraron que en los varones éste se encuentra vinculado a la capacidad de decir “no” cuando no tiene deseo de mantener relaciones sexuales. Para las mujeres, el haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera actividad sexual, no utilizar píldora, ser más erotofílica y llevar menos tiempo con la pareja son los mejores predictores del mayor uso del preservativo masculino. (24)

Un estudio realizado por Carla J. Berg y cols, encontró que el uso de sustancias por lo general se asoció con ser sexualmente activos, haber utilizado sustancias antes del coito, y no uso del condón. (25) Los que usaron un preservativo en su última relación sexual eran más jóvenes ($p < 0,001$) y más probabilidades de ser mujer ($p < 0,001$), de etnia blanca ($p < 0,001$), haber cursado dos años de estudios universitarios ($p < 0,001$), ser soltero ($p < 0,001$) y homosexual ($p < 0,001$). (25)

El estudio de Minnesota en 2011, realizado por Eisenberg, evaluó la asociación entre tener relaciones sexuales sin protección entre estudiantes universitarios y el acceso a los servicios de salud, a las pruebas de VIH-ITS, servicios clínicos y disponibilidad de condones. Se encontró que los estudiantes de las universidades con menos recursos eran más propensos a tener relaciones sexuales sin protección y de experimentar un embarazo no planeado que los estudiantes que asisten a universidades con mayores niveles de recursos. También, que los niveles de recursos de salud sexual se asociaron positivamente con prácticas sexuales más seguras y que la disponibilidad de preservativos en las escuelas secundarias se asoció con el uso de los estudiantes de los condones durante el año siguiente. Sin embargo, un estudio anterior de programas de disponibilidad del condón en las escuelas secundarias encontró que los estudiantes no necesariamente usan los condones proporcionados por la escuela, pero tuvo mayores tasas de uso del condón, Por tanto, es posible que la disponibilidad de

recursos genera comunicación para la salud sexual entre compañeros o crea una norma social que promueve prácticas sexuales más seguras. (26)

Sobre el uso del condón en la primera relación sexual un estudio realizado por Martinez y cols en estudiantes universitarios entre 18 y 26 años de una Universidad pública en Colombia, encontró que el porcentaje de personas que usaron condón en la primera relación sexual fue del 56.9% (IC95% 52,6% - 61,2%). Los estudiantes pertenecientes al género femenino, a la tendencia heterosexual y los mayores de 23 años; presentaron los porcentajes más altos (58,0%, 58,9%, 58,7%), respectivamente. (4)

Un estudio que relata las Vivencias de estudiantes universitarios Ecuatorianos, realizado por Saateros en 2009, reportó que el condón fue el método anticonceptivo más usado (54,51%). De los estudiantes que tenían relaciones sexuales, el 37,5 % refirió que utilizaban el preservativo siempre. Sin embargo, el 44,64 % expresó que algunas veces no lo usaban y el 17,86 % nunca lo utilizó. La forma más señalada, entre los estudiantes, para evitar ITS, en todas las relaciones sexuales penetrativas, fueron el condón y la abstinencia, muy pocos señalaron el hecho de tener una sola pareja y la fidelidad mutua como formas muy efectivas para la prevención de las ITS y el VIH/sida. (27).

Valencia y cols en un estudio realizado con jóvenes de una Universidad pública de Cali en 2009 estudiaron el uso habitual del condón. Ellos reportan que la edad promedio de la primera relación sexual fue de 16 años, similar a lo descrito por Martinez con jóvenes Colombianos. Se encontró “Uso habitual de condón” para el 33 % de la población bajo estudio, un poco más de la mitad de los jóvenes (54 %) manifestaron que “sí” les gusta usar el condón. (5)

En un estudio de la Universidad de Santander se evidenció que recibir la información del VIH por parte de la universidad (23%), proporcionar siempre “yo” el condón en la relación sexual (40%), y utilizar siempre el condón durante las prácticas sexuales anal, vaginal y oral (39%), disminuyó el riesgo de que haya técnica inadecuada del uso del condón. (28)

Un estudio realizado por Certain y cols analizó la asociación entre estudiantes consumidores pesados de alcohol y el uso consistente del condón. Encontraron que (36%) informaron de que siempre usa condones durante las relaciones sexuales, el 20% casi siempre utilizan condones, 9% que usa condones la mitad del tiempo, y el 35% informaron que utilizaron condones rara vez. 43% de los reportó que siempre usaba condones, en comparación con 31% de las mujeres. Entre los que siempre usan el condón, ni la frecuencia de consumo excesivo de alcohol, ni el consumo máximo se asoció significativamente con el uso del condón por en hombres ni en mujeres. La mayor edad se asoció con el uso de condones menos de siempre (OR de 0.75, IC 95%: 0,69 a 0,81 para los hombres, OR de 0,87, IC 95%: 0,82-0,93 para las mujeres). Para las mujeres, que tienen una personalidad con búsqueda de sensaciones, se asoció con ser ligeramente más propensos a usar condones (OR 1,05, IC del 95% 1,2 a 1,9). (29)

Sobre los estudiantes universitarios chinos, Guo y cols reportaron que el 18% de los participantes en el estudio usó consistentemente el condón y el 57% lo usó inconsistente, y 25% no reportó el uso del condón. La mayoría de los participantes (83%) no usaron el condón en su primera relación sexual. Fue interesante que plantearon determinar los predictores del uso del condón entre los estudiantes universitarios chinos tomando como referente (a) las actitudes hacia el uso del condón, (b) las normas subjetivas sobre el uso del preservativo, (c) el control conductual percibido del uso del condón y (d) la intención de usar preservativos. Todos fueron significativos excepto la intención del uso. (30)

Kanekar y cols. en Kentucky reportaron que aproximadamente la mitad de los estudiantes (49,2%) no usaron condones durante el sexo vaginal dentro de los últimos 30 días y más de la mitad (54,6%) lo hicieron. Los estudiantes más jóvenes no usan condones durante el coito oral ($p < 0,001$), mientras que los estudiantes de mayor edad no usaron condones durante las relaciones sexuales vaginales ($p < 0.01$). Los estudiantes que vivían en el campus universitario usan más el condón (51,4%) que los estudiantes alojados fuera del campus (42,1%). Los estudiantes que eran solteros usaban más el condón (52,1%) que los estudiantes que se encontraban en una relación de compromiso (38,4%). (31).

2.1. Resumen de Prevalencias y Factores Asociados a Uso consistente del Condón en estudiantes Universitarios

A continuación en la Tabla 1 se muestra un resumen de prevalencias de uso consistente del condón y sus factores asociados a nivel internacional, latinoamericano y de Colombia para tener un panorama general del tema.

Tabla 1. Resumen de Prevalencias y Factores asociados al uso consistente del condón					
Autor	Año	Población	Prevalencia (%)	Factores Asociados	Definición de uso consistente
Berg (25)	2014	Estados Unidos n= 4840	No muestra prevalencia	• Mayor edad • Sexo femenino • Etnia blanca • 2 años de estudios universitarios • Orientación homosexual • Bebedor frecuente de alcohol.	Ultima Relación sexual
Eisemberg (75)	2011	Estados Unidos n= 6318	61 %	• Menores recursos para la salud sexual y reproductiva del servicio de salud en la Universidad	Ultima relación sexual vaginal
Certain (29)	2007	Estados Unidos y Canadá n= 1715	36 %	• Disminución de la frecuencia del uso del preservativo en presencia de alcohol, sin embargo no hubo diferencias significativas entre los que siempre usan el condón y los que lo usan menos que siempre.	Siempre
Eisemberg (26)	2012	Estados Unidos n= 9748	47 % y 59,5 %	• 2 o menos años de estudios universitarios.	Ultima relación sexual vaginal
Bcheraoui (67)	2007	Estados Unidos n= 824	63,8 %	• Conciencia de la eficacia del condón en la prevención de las ITS • Menor tiempo de permanencia en el campus universitario • Percepción del riesgo	Ultima relación sexual

Tabla 1. Resumen de Prevalencias y Factores asociados al uso consistente del condón					
Autor	Año	Población	Prevalencia (%)	Factores Asociados	Definición de uso consistente
				• Confianza en la pareja • Relaciones sexuales no planeadas.	
Fair (47)	2007	Estados Unidos n= 142	26,7 %	• Coerción sexual se asocia con menor uso del preservativo. • El consumo de alcohol antes o durante episodios de agresión verbal se asoció negativamente con uso del condón. • La agresión verbal se asocia con menor uso consistente.	Siempre
Guo (30)	2011	China n= 402	38,19 %	• La actitud hacia el uso del condón. • La normas subjetiva sobre el uso del condón • Autoeficacia hacia el uso del condón • La intención de usar condones	Siempre
Liu (65)	2006	China n= 3183	30,7 %	• Habilidades conductuales • Conocimientos • Motivación	Siempre en las relaciones sexuales prematrimoniales
Burazeri (22)	2002	Albania n=720	35 %	• Conocimientos altos sobre ITS	Casi siempre/ siempre en las relaciones sexuales vaginales, anales y orales.
Saateros	2010	Ecuador	37,5 %	Estudio descriptivo	Siempre

Tabla 1. Resumen de Prevalencias y Factores asociados al uso consistente del condón					
Autor	Año	Población	Prevalencia (%)	Factores Asociados	Definición de uso consistente
(27)		n= 372			
Martinez (4)	2013	Colombia n= 513	59,6 %	• Orientación heterosexual	Primera relación sexual
Bimbela (16)	2002	España n= 750	49 %	• Intención de uso con la pareja habitual • Baja frecuencia de la practica	Siempre en relación sexual vaginal en los últimos seis meses
Lameiras (24)	2008	España n= 2171	51,7 %	• Ser menor de 18 años • Menor frecuencia de la práctica. • Intención de uso con la pareja habitual. • Autoeficacia • Uso del condón en la primera relación sexual • Habilidades de comunicación con la pareja sobre uso del condón. • Sentimiento de culpa por no usar el condón.	Siempre en relación sexual vaginal en los últimos seis meses
Kirby (10)	2005	Metanálisis en Estados Unidos		• Menor frecuencia de las relaciones sexuales • Norma social favorable hacia el uso de condones • No uso de otro método de planificación familiar	
Valencia (5)	2010	Colombia n= 397	33 %	• Sexo masculino • Intención de uso con la pareja ocasional	En la primera y en la última relación

Tabla 1. Resumen de Prevalencias y Factores asociados al uso consistente del condón					
Autor	Año	Población	Prevalencia (%)	Factores Asociados	Definición de uso consistente
				• Uso con la pareja habitual	sexual.
Kanekar (31)		Estados Unidos n= 720	54,6 %	• Menor edad • Vivir en el campus universitario • Uso del preservativo en la última relación vaginal o anal.	Siempre en las relaciones vaginales, orales y anales en los últimos 30 días.
Milhausen (66)	2013	Canadá n= 653	47,2 %	• Uso del condón como método anticonceptivo • Uso del preservativo en la anterior relación vaginal • Menor edad • Menor nivel de conocimientos • No tener pareja sexual habitual	Ultima relación vaginal
Caballero (28)	2009	Colombia n= 2328	39 %	Este estudio analiza la asociación entre las practicas inadecuadas del uso del condón y sus factores asociados, no los factores asociados al uso consistente.	Siempre en las relaciones vaginales, anales y orales.
Vera (51)	2003	Colombia n= 213	Siempre: 26,4% Casi siempre: 35,5 %	Este estudio analiza la asociación entre el área de estudios y los conocimientos y los conocimientos y comportamientos frente al VIH, no los factores asociados al uso consistente.	Siempre/Casi siempre.

3. MARCO TEÓRICO

Cada día, más de 6800 personas a nivel mundial contraen infecciones por el VIH y más de 5700 fallecen a causa del SIDA, en la mayoría de los casos fatales este se atribuye al acceso inadecuado de los servicios de prevención y tratamiento del VIH (1). La pandemia del VIH sigue constituyendo uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública. (1)

Se considera que cada año aumentan las infecciones por VIH en casi 5 millones de casos nuevos de los cuales la mitad está constituida por jóvenes adultos entre 15 y 24 años de edad, razón por la cual el VIH/SIDA ha pasado a ser reconocido como una enfermedad de los jóvenes (1, 2, 3), ya que ellos poseen la gran mayoría de factores de riesgo tales como relaciones sexuales sin preservativo, promiscuidad, conocimiento inadecuado ó deficiente sobre el mismo, entre otros (10).

La estrategia de prevención del VIH/SIDA se centra actualmente en la promoción del uso del condón, pues se ha demostrado que la abstinencia y la fidelidad no han sido efectivas para tal fin. Por tal motivo, es importante indagar las razones y motivos por los cuales se siguen presentando aún casos de VIH; a pesar de que los jóvenes reciben información sobre prevención de la infección por VIH de muchos sectores en su entorno: servicios de salud, medios de comunicación, instituciones educativas, familia, etc.

A nivel mundial se realizan innumerables campañas de sensibilización frente a la pandemia del VIH/SIDA por parte de los profesionales de la salud con el fin de reducir los casos de infección en jóvenes. El reducir los casos es una de las metas del plan Decenal de Salud pública de Colombia en salud sexual y reproductiva

(32). Sin embargo, los jóvenes aún presentan dificultades para realizar en forma correcta y eficaz el uso del condón en sus relaciones sexuales.

Conocer los problemas relacionados con el uso del condón en diferentes momentos: antes (cuando el joven va a comprar el condón), durante la relación sexual con la pareja y después (por acuerdo común con su pareja el joven tomará la decisión de seguir usando el preservativo) al igual que conocer los factores positivos y negativos de cada práctica es una buena estrategia para aumentar la eficacia de las futuras intervenciones preventivas; de esta forma se podrá hacer un diagnóstico de los factores que influyen en la conducta que se quiere eliminar, modificar y/o promover en los jóvenes y el uso del condón.

Diferentes modelos de Educación para la salud tales como: Taxonomía de Objetivos Educativos (Bloom, Krathwhol y Masia, 1964), Modelos de Creencias de Salud (Janz y Becker, 1984) Teoría de la Acción Razonada (Azjen y Fishen, 1980), Modelo PRECEDE (Green, Kreuter, Deeds y Patridge, 1980), Teoría de Autoeficacia (Bandura), se han utilizado para estudiar los factores de riesgo asociados a la infección por VIH y el no uso del condón. (33) Estos autores parten de tres competencias secuenciales del comportamiento humano: la cognitiva (creencias), la afectiva (actitudes) y la psicomotora (habilidades); su teoría sostiene que a menos que los niveles cognitivo y afectivo sean modificados, la formación y conocimiento que se transmiten no serán interiorizados y dichos comportamientos favorecedores de la salud no serán llevados a cabo. De igual manera, aunque la información haya sido interiorizada y las personas se encuentren sensibilizadas para cambiar sus prácticas de riesgo, ello no se producirá si los comportamientos que deben de realizarse no han sido entrenados previamente. (16, 34)

Para efectos del presente estudio se escogió el modelo PRECEDE como orientador para explorar los factores que se asocian al uso consistente del condón con la pareja habitual en los estudiantes de la Universidad del Valle, Cali.

Las iniciales de modelo PRECEDE provienen de la expresión inglesa “Predisposing, reinforcing and enabling causes for educational diagnosis evaluation”, presentado inicialmente por L.W. Green y Cols en 1996. (34) El modelo Precede-Procede es un modelo de planeación diseñado para la educación en salud y para los programas de promoción de la salud. Posteriormente ajustes y adaptaciones de diversos autores como Bandura en 1999 y Bimbela en el 2001 (24) han permitido que el modelo sea útil para la realización de diagnósticos de conducta tanto a nivel individual como grupal. Este modelo se apoya en el principio de que la mayoría de los cambios de comportamiento son voluntarios por naturaleza. (34) De igual manera enfatiza en la idea básica de que la salud y las conductas no solo están determinadas por el control voluntario, sino por múltiples factores entre ellos los sociales, la presencia de oportunidades como tiempo, dinero, habilidades o ayuda de otras personas, etc. También considera que las acciones multisectoriales y multidisciplinarias son fundamentales para lograr el cambio de conducta esperada. (16, 24, 35)

Además de las variables estudiadas en los estudios sexológico que usan los modelos tradicionales mencionados anteriormente, se han encontrado otras variables que muestran relevancia para la predicción del uso del condón. Entre ellas: las habilidades para una efectiva comunicación con la pareja, la capacidad de negociación con la pareja sobre el uso del condón, la autoeficacia para el uso del preservativo, la percepción de la norma social o del grupo de referencia para la prevención del VIH, las creencias sobre el condón, las actitudes y reacciones de la pareja, la interacción entre las características de los métodos de planificación, los usuarios y del contexto en que se utilizan y el arrepentimiento anticipado. (24) Con relación al uso del condón se han identificado la actitud positiva hacia el condón y

el VIH, la aceptación del condón como método anticonceptivo y protector por parte del individuo y su pareja, el fácil acceso a los preservativos y la norma social sobre su uso.

El modelo PRECEDE, propuesto inicialmente por Green en 1980 fue modificado en 1991 para dichas variables de relevancia. Estas modificaciones fueron revisadas por el mismo autor en 1991 y adaptadas en 1996 por Bimbela para el diagnóstico de la conducta.

Los constructos del modelo son:

Los factores pre disponentes: son aquellos que influyen en la motivación de la persona para realizar la conducta que se pretende promover. (24, 35)

Los factores facilitadores: son los que influyen en el grado de facilidad o dificultad que la persona tiene para realizar la conducta. Una vez ya motivado/a para hacerla. (24, 35)

Los factores reforzantes: son los que aparecen después de que se ha realizado la conducta, “premiándola” o “castigándola”. Son en definitiva, las consecuencias derivadas de la realización de la conducta. (24, 35)

Este modelo permitió estudiar el uso del condón entre los jóvenes universitarios en tres momentos: antes, durante y después de la práctica. Para ello, en cada uno de los constructos: Factores predisponentes, facilitadores y reforzantes, se estudiaron algunas variables identificadas en otros estudios con población joven y universitaria que ayudaron a entender cuáles fueron las barreras que dificultaron el uso del condón y cuáles lo promovieron. Esto con el fin de realizar intervenciones desde el servicio de bienestar universitario y lograr incidir de forma indirecta en la reducción de casos potenciales de VIH/SIDA en la ciudad de Cali.

La salud sexual de los jóvenes está influenciada por componentes sociales, étnicos, económicos y culturales (64). Por tanto, los aspectos sociodemográficos:

facultad, semestre, edad, sexo, estrato socioeconómico y estado civil fueron incluidos entre los diferentes factores del modelo teniendo en cuenta la definición de cada uno de los factores y el contexto de su influencia sobre la conducta esperada. Sin embargo para la presentación de los resultados se separaron para facilitar la caracterización la población de estudio.

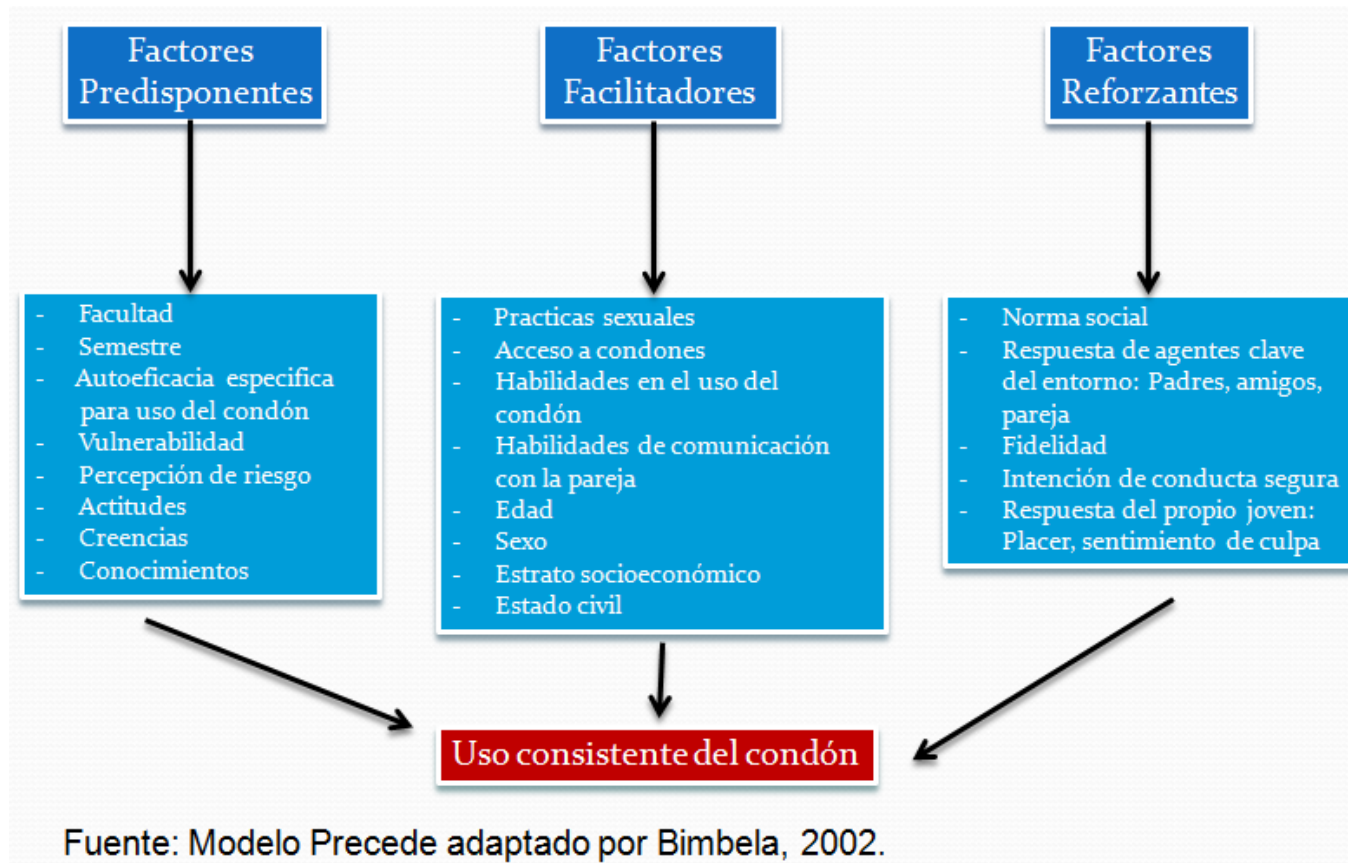
Entre los factores predisponentes se incluyeron: Facultad, semestre, conocimientos, creencias sobre el condón y el VIH/SIDA, autoeficacia general y específica para uso del condón, percepción del riesgo, sentimiento de vulnerabilidad al VIH, Actitudes hacia el condón y el VIH.

Los factores facilitadores que hicieron parte del análisis fueron: edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil, habilidades y destrezas para usar el condón correctamente y para comunicarse con la pareja, la edad de inicio de las relaciones sexuales, vida sexual activa en el último año, presencia de pareja sexual habitual y ocasional, orientación sexual, prácticas sexuales: relaciones vaginales, anales, bucogenitales. Además se exploró la disponibilidad del condón, la frecuencia de las relaciones sexuales, presencia de múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales con trabajadores sexuales o sexo voluntario con desconocidos, uso de sustancias psicoactivas y/o alcohol. También uso del condón con la pareja ocasional y uso del condón como método anticonceptivo.

Los factores reforzantes incluyeron la norma social, aceptación de pares sobre uso del condón, aprobación de la familia acerca de tener relaciones sexuales. Además respuestas propias de la persona como fidelidad a su pareja, consecuencias emocionales como sentimiento de intensificación del placer sexual al sentirse protegido y sentimiento de culpa por no usar el condón. Y finalmente la intención de conducta segura con la pareja habitual.

Dado que el modelo PRECEDE permite realizar el diagnostico tanto a nivel individual como a nivel grupal, se pudo identificar ciertos factores que actúan como antecedentes comportamentales y de tal forma, tras valorar su grado de importancia y su modificabilidad, poder intervenir eficazmente sobre ellos.

3.1. Figura 1. Modelo PRECEDE:



4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

Establecer la prevalencia y factores asociados al uso consistente del condón con la pareja sexual habitual entre los estudiantes de una Universidad Pública de Cali durante el año 2009.

4.2. ESPECÍFICOS

1. Establecer la prevalencia de uso consistente del condón con la pareja sexual habitual.
2. Identificar los factores predisponentes que se asocian al uso consistente del condón.
3. Identificar los factores facilitadores que se asocian con el uso consistente del condón.
4. Identificar los factores reforzantes que se asocian con el uso consistente del condón.

5. METODOLOGÍA

Este proyecto de investigación se enmarcó dentro de un proyecto macro liderado por los Grupos PROMESA, GEDI y el Servicio de Salud de la Universidad del Valle llamado “Factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA e ITS en los jóvenes de la Universidad del Valle” realizado durante el año 2009, el cual ya finalizó. El actual proyecto titulado: “Factores asociados al uso consistente del condón en jóvenes de la Universidad del Valle” fué un análisis de fuentes secundarias de dicho proyecto, se usó la base de datos suministrada por el grupo PROMESA de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle.

La base de datos del estudio original se conformó por 339 registros correspondientes a jóvenes estudiantes regulares de pregrado de la jornada diurna de la universidad, matriculados durante el segundo semestre del año 2009, los cuales fueron seleccionados a través de un muestreo aleatorio estratificado por facultad. El rango de edad de los participantes fue entre los 15 a 24 años, según la definición de joven de la UNESCO. (40,41) El sexo y el grupo étnico no fueron criterios de inclusión.

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Para el desarrollo del presente estudio se eligió un diseño de corte transversal, en el cual se midió la frecuencia del uso consistente del condón con la pareja habitual y se identificaron los factores asociados al uso consistente del mismo en los jóvenes de la Universidad del Valle, Cali, matriculados durante el año 2009 en la jornada diurna.

Aunque la medición de la prevalencia del uso consistente del condón no permite conocer la secuencia temporal de los acontecimientos para determinar si la exposición precede el evento, este diseño proporcionó información sobre los factores que se asociaron al uso consistente del condón y permitirán plantear y evaluar futuras intervenciones con los jóvenes en términos de prevención del VIH/SIDA.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

La Universidad del Valle es una institución educativa de carácter público con la mayor población estudiantil del suroccidente colombiano en la ciudad de Cali. Esta cuenta con dos campus universitarios y ofrece 75 planes de estudios de pregrado en nueve facultades: Administración, Salud, Ingenierías, Ciencias, Humanidades, Ciencias Sociales, Pedagogía, Psicología y Artes Integradas. La Universidad del valle, en el año 2009 contaba con 11675 estudiantes de pregrado matriculados en la jornada diurna.

5.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo conformada por los estudiantes regulares de pregrado de la jornada diurna de todas las facultades de la Universidad del Valle, comprendidos entre las edades de 14 a 25 años de edad. Se excluyó la jornada nocturna debido a que las características sociodemográficas de estos estudiantes eran diferentes, comparados con los de jornadas diurnas, pues en su mayoría eran personas de mayor edad a la del grupo de interés (14 a 25 años) y no sería representativo de los estudiantes universitarios.

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión y de exclusión del proyecto original fueron:

Criterios de inclusión:

- ❖ Tener entre 14 y 25 años de edad.
- ❖ Aceptar la participación voluntaria en el estudio
- ❖ Estar matriculado en los programas académicos que operen en jornada diurna.

Criterios de exclusión:

- ❖ No haber iniciado vida sexual.

Para el presente estudio el criterio de inclusión fue haber dado respuesta a la variable resultado: Uso del condón con la pareja habitual.

5.5. MUESTREO Y CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

En el estudio original se realizó un muestreo aleatorio estratificado por facultades puesto que no todas las facultades de la Universidad del Valle de Cali poseen el mismo número de estudiantes y por tanto algunas deberían tener mayor representación que otras en la muestra. En la tabla 2 se muestra el número de estudiantes por facultad en el año 2009.

Tabla 2. Número de estudiantes por facultad

Facultad	Ni
Artes Integradas	1152
Ciencias de la Administración	1106
Ciencias Naturales	1099
Ciencias Sociales	592
Humanidades	1358
Ingenierías	3666
Instituto de Educación y Pedagogía.	922
Instituto de Psicología	261
Salud	1519
Total	11675

Con los valores de N_i se calcularon los pesos ponderados (W_i) de cada facultad como se muestra a continuación en la tabla 3:

Tabla 3. Pesos Ponderados por Facultad

Facultad	W_i
Artes Integradas	0,0987
Ciencias de la Administración	0,0947
Ciencias Naturales	0,0941
Ciencias Sociales	0,0507
Humanidades	0,1163
Ingenierías	0,3140
Instituto de Educación y Pedagogía.	0,0790
Instituto de Psicología	0,0224
Salud	0,1301

Al realizar un ajuste al tamaño de muestra del 15% para tener en cuenta el porcentaje de no respuesta, que para estos casos podría ser alto debido a que las preguntas pueden llegar a considerarse como íntimas, se obtuvieron los siguientes estimados por facultad que se muestran a continuación en la tabla 4.

Tabla 4. Muestra por Facultad ajustada por no respuesta

Facultad	N
Artes Integradas	65
Ciencias de la Administración	63
Ciencias Naturales	62
Ciencias Sociales	34
Humanidades	77
Ingenierías	207
Instituto de Educación y Pedagogía.	52
Instituto de Psicología	15
Salud	86

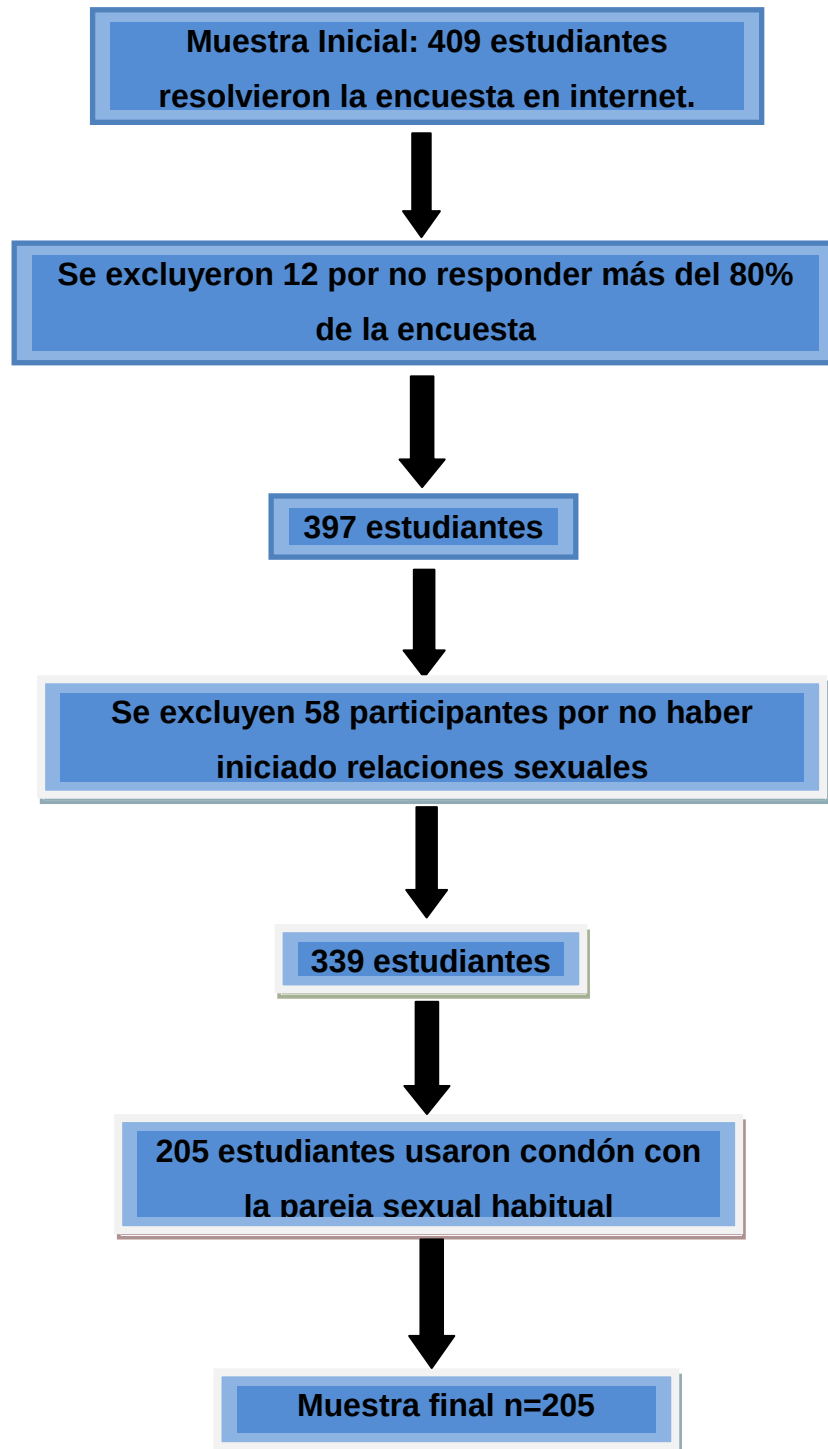
En el presente proyecto se utilizó el Software Epidat 3.1 para calcular el tamaño de muestra. Se usaron los siguientes parámetros: prevalencia esperada para uso consistente del condón del 20%, nivel de confianza del 95%, efecto de diseño de 1,5 y precisión del 6%. Con estos parámetros se arrojó un tamaño de muestra de 254 estudiantes. Sin embargo, se analizaron solo los estudiantes que dieron respuesta a la pregunta de interés que corresponden a 205.

La encuesta fue respondida por 409 estudiantes de los cuales se eliminaron 12 por tener más del 80% de las preguntas sin responder. La muestra finalmente recolectada (397) representa el 71% de la muestra esperada (558). Se excluyeron 58 estudiantes por no haber iniciado vida sexual quedando un total de 339 estudiantes. Por no respuesta en la variable de interés se redujo la muestra de la población de estudio a 205 jóvenes. En la figura 2 se muestra el diagrama de flujo. A continuación en la tabla 5 se presentan los tamaños de muestra esperados, la muestra obtenida en el estudio original y la muestra del presente estudio.

Tabla 5. Muestra real obtenida por facultad

	Muestra esperada	Muestra Obtenida en el estudio original	Muestra en el presente estudio.
Artes I.	53	24	19
C. Administración	45	16	13
C. Naturales	64	45	19
C. Sociales	34	28	13
Humanidades	65	31	20
Ingeniería	180	139	84
IEP	40	19	11
Inst. Psicología	15	7	5
Salud	62	30	21
Total	558	339	205

5.6. FIGURA 2. DIAGRAMA DE FLUJO DE LA MUESTRA FINAL



5.7. PODER DE LA MUESTRA

El poder estadístico de la muestra disminuyó al 45% para detectar el OR de la variable uso consistente del condón con la pareja sexual habitual, dada la reducción en el número de estudiantes que contestó la variable dependiente.

5.8.DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTE E INDEPENDIENTES.

5.8.1. Variable resultado. Uso consistente del condón con la pareja sexual habitual medido como intensidad del uso.

Se define como uso del condón con la pareja sexual habitual en tres categorías ordinales: **0= Casi nunca, 1= Casi siempre, 2= Siempre.**

Tabla 6. Operacionalización de la Variable Resultado

Nombre de la variable resultado	Escala de medición	Valores permitidos	Operacionalización
Uso consistente del condón	Categórica ordinal.	0= Casi nunca, 1=Casi siempre, 2= Siempre.	Intensidad del uso del condón con la pareja sexual habitual.

5.8.2. Definición Operacional de Variables Independientes.

A continuación en la tabla 7 se definen cada una de las variables independientes con sus respectivos valores.

Tabla 7. Operacionalización de las Variables Independientes

Nombre de la variable independiente	Escala de medición	Valores permitidos	Operacionalización
Factores socio demográficos			
Facultad	Categórica nominal	Ingenierías, salud, artes integradas, ciencias, ciencias sociales y económicas, psicología, pedagogía, administración, salud y humanidades.	Nombre de la facultad a la que pertenece.
Semestre	Categórica Dicotómica: Semestres inferiores (1 a 5) Semestres superiores (6 a 12)	De 1 a 12 semestres.	Semestre que cursa actualmente.
Sexo	Categórica dicotómica	1= Hombre 0= Mujer	Característica sexual
Edad	Cuantitativa continua.	Entre 14 y 25 años.	Años cumplidos.
Estrato socioeconómico	Nominal ordinal	1, 2, 3, 4, 5 y 6.	Identificación por parte de la persona del estrato donde vive.
Estado Civil	Categórica dicotómica	1. Soltero 2. casado, unión libre.	Estado civil al momento de la encuesta.

Factores Predisponentes			
Conocimientos generales sobre el condón.	Dicotómica	0= medios o bajos 1= Altos	Conocimientos sobre tipos, usos y cuidados sobre el condón.
Autoeficacia general	Dicotómica	0= nula o baja. 1= alta o máxima	Percepción que el sujeto tiene de ser capaz de ejecutar una conducta.
Autoeficacia específica para el uso del condón	Dicotómica.	0= nula o baja. 1= alta o máxima	Capacidad para rechazar una relación sexual si la pareja no usa condón
Percepción del riesgo de Vih/Sida e Its.	Dicotómica.	1= No 2= Si	Capacidad que tiene estudiante para identificar el grado de riesgo de las relaciones sexuales sin protección.
Vulnerabilidad	Dicotómica.	0= Baja 1= Máxima.	Posibilidad percibida de adquirir el vih/sida por sus propias conductas y por las condiciones del entorno.
Actitud positiva hacia el condón.	Categórica dicotómica.	0= Negativa 1= Positiva	Sentimiento de agrado con la utilización del condón.
Actitud positiva hacia el VIH.	Categórica dicotómica.	0= Negativa 1= Positiva	Sentimiento de mínima estigmatización hacia el Vih/Sida.
Creencias sobre el VIH	Categórica Dicotómica	0= Erróneas 1= Acertadas	Conocimientos influenciados por la cultura en relación con el Vih/Sida.
Factores Facilitadores			
Habilidades en uso del Condón	Dicotómica	0= incorrecto 1= correcto	Reconocimiento ordenado de los pasos para uso del condón a través de organizar una secuencia de gráficos.
Edad de inicio de las	Cuantitativa continua	De 0 a 25 años	Edad a la cual tuvo la primera relación

relaciones sexuales.			sexual.
Vida sexual activa en el último año.	Categórica dicotómica	1= si 2=no	Práctica de cualquier forma de relación sexual durante el último año.
Factores Facilitadores			
Número de parejas sexuales en el último año.	Cuantitativa discreta	≥ 1 pareja sexual.	Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales en el último año.
Pareja sexual habitual.	Categórica dicotómica	1 = si 2 = no	Actualmente tiene una pareja con la frecuentemente tiene relaciones sexuales.
Pareja sexual ocasional.	Categórica dicotómica	1 = si 0 =no	Actualmente tiene una pareja con la que esporádicamente tiene relaciones sexuales.
Orientación sexual.	Categórica dicotómica.	1= Homosexual /Bisexual. 2= Heterosexual	Sexo con el que más frecuentemente tiene relaciones sexuales
Relaciones sexuales vaginales.	Categórica dicotómica	1=si 2=no	Relaciones sexuales penetrativas de pene-vagina
Relaciones sexuales anales.	categórica dicotómica	1=si 0=no	Relaciones sexuales penetrativas de pene con ano.
Relaciones bucogenitales.	categórica dicotómica	1=si 2=no	Relaciones sexuales penetrativas de pene o vagina con boca.
Frecuencia de las relaciones sexuales en el último mes.	Cuantitativa discreta	0 = ≤ 4 1 = > 4	Número de relaciones sexuales en el último mes.
Relaciones sexuales múltiples	Categórica dicotómica	1=si 0=no	Práctica de relaciones sexuales con más de una pareja.
Relaciones sexuales con trabajadores sexuales.	Categórica dicotómica	1=si 0=no	Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con personas que ejercen el trabajo sexual.

Sexo voluntario con desconocidos	Categórica dicotómica	1=si 0=no	Relaciones sexuales voluntarias con personas desconocidas o recién conocidas
Uso de sustancias psicoactivas	Categórica dicotómica	1=si 2=no	Consumo de sustancias psicoactivas para intensificar el placer sexual
Consumo de alcohol	Categórica dicotómica	1=si 0=no	Consumo de bebidas alcohólicas para intensificar el placer sexual.
Disponibilidad de condón.	Categórica dicotómica	0 = No carga un condón en el bolsillo. 1 = Carga un condón en el bolsillo.	El jóven dispone el jóven en el momento por lo menos de un condón.
Habilidades en la comunicación de pareja	Categórica dicotómica	0= No 1= Si	Capacidad de poder expresar claramente los deseos, valores y decisiones en relación con las prácticas sexuales.
Uso del condón con parejas ocasionales	Categórica ordinal.	1= casi nunca, 2= casi siempre, 3=siempre.	En las relaciones sexuales con parejas ocasionales el jóven utiliza condón
Uso del condón como método anticonceptivo	Categórica ordinal.	1=siempre/alguna vez 2= casi nunca/nunca.	Ha usado el condón como método anticonceptivo.
Factores Reforzantes			
Norma social	Categórica dicotómica.	1= si 2= no	Conjunto de reglas o pautas a las que se ajustan las conductas de los jóvenes en la ciudad de Cali. La norma social constituye un orden de valores orientativos para definir comportamientos a los que se otorga cierto grado de consentimiento.
Infidelidad	Categórica dicotómica.	1= si, 0= no.	Relaciones sexuales con más de una sola pareja sexual en el último año.

Aprobación amigos sobre el uso del condón	Categórica dicotómica.	0= No 1= Si	Las personas o agentes clave del entorno del joven aprueban que tenga relaciones sexuales y use el condón.
Intensificación del placer sexual con el uso del condón	Categórica dicotómica.	0= En desacuerdo 1= De acuerdo	Sentimiento de incremento del placer sexual al sentirse protegido con el condón.
Culpa motiva uso del condón.	Categórica dicotómica.	0= No 1= Si	Estimulación del uso del condón por el sentimiento de culpa.
Intención de conducta segura con la pareja.	Categórica dicotómica.	0= No 1= Si	Intención de usar el condón en la próxima relación sexual con la pareja habitual.
Aprobación de los padres para tener relaciones sexuales	Categórica dicotómica	1= si 2= no	Aprobación de los padres para tener relaciones sexuales.

5.9. PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

5.9.1. DISEÑO Y PRUEBA DE INSTRUMENTOS

En el estudio original, a partir de la revisión de cuestionarios utilizados en otras investigaciones en Cali (OPS 1996, Valencia CP y cols, 2005; Canaval GE y cols, 2005, Arias, L., 2003, Taller Abierto 2005, ONUSIDA 2005), del estado de arte sobre el tema y tomando como referente el modelo PRECEDE, se diseñó el instrumento para la recolección de datos. Antes de su aplicación, fue sometido a pruebas de validación de contenido para calificar la claridad, coherencia y comprensión de las preguntas. Este procedimiento se realizó con revisión de expertos en el tema y a través de pruebas piloto con los estudiantes. Se realizó también la prueba piloto del software en la cual se pidió a los estudiantes que evaluaran: claridad y comprensión, extensión, ilustración y diseño de la interfaz. Se cuantificó el tiempo promedio de diligenciamiento el cual fue de 22 minutos. También se permitió que expresaran abiertamente el nombre que les gustaría que tuviera la encuesta y así se llamó: “Reconociendo mi salud sexual”.

La encuesta abordó información sociodemográfica y de temas específicos como el uso del condón, prácticas sexuales, norma social, autoeficacia, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, vida sexual, conocimientos, creencias y actitudes frente al condón y al VIH/SIDA e ITS.

El grupo de Estudios Doctorales en Informática - GEDI de la Escuela de Ingeniería de Sistemas de la Universidad del Valle, desarrolló un producto de software para la aplicación del instrumento para la recolección de la información sobre comportamientos aplicando la metodología **CASI**.

Las autoentrevistas asistidas por el computador **CASI** (Computer Assisted Self Interview) tienen muchas ventajas sobre las autodiligenciadas con papel y lápiz **PAPI** (Paper-Pencil Interview), pues permiten mejorar la validez y calidad del dato evitando sesgos de información y errores en la digitación, optimiza los recursos disponibles para su aplicación como papelería, lápices, recurso humano, tiempo, etc. Adicionalmente proporcionan mayor confidencialidad, facilitan el procesamiento de los datos y reducen el porcentaje de no respuesta. (36)

La encuesta “Reconociendo mi salud sexual” se alojó en un servidor para que cada estudiante la diligenciara a través de Internet desde su casa y en cualquier momento.

5.9.2. CAPTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y OBTENCIÓN DE DATOS

En el estudio original se realizó una carta de invitación para los jóvenes y se entregó a través de las secretarías de los planes de estudio de cada facultad. En la carta se les explicaba que habían sido seleccionados al azar en un muestreo entre todos los estudiantes de la universidad para participar en el proyecto de investigación. Se explicó en qué consistía el estudio, cuáles eran los propósitos del estudio, la metodología y las utilidades de la información recolectada. Se les invitó a diligenciar la encuesta disponible en Internet y se dieron las respectivas instrucciones. Ingresaban con el código estudiantil para tener un registro de quienes habían llenado y la encuesta y quiénes no, esto con el objetivo de realizar posteriormente una búsqueda activa de los estudiantes. La información consignada en el instrumento perdía el enlace con el código de tal manera que era anónima y confidencial. La entrega de las cartas por la secretaria de los planes duró dos semanas y luego se procedió a buscar a los estudiantes por salón de clases. La encuesta estuvo alojada en el servidor durante 8 meses (diciembre 2009 – agosto 2010). El acceso a la encuesta fue variable en los distintos periodos,

observándose más bajo acceso en los meses de receso académico (diciembre, junio, julio). Lograr el acceso de los estudiante a través de la invitación escrita a fue difícil, lo que obligó a realizar búsqueda activa (telefónicamente, por correo electrónico y personalmente) para motivar el acceso. Se obtuvo 409 registros de estudiante, de los cuales se eliminaron 12 por tener más del 80% de las preguntas sin responder.

En el presente estudio no se reclutaron sujetos humanos puesto que es un análisis de fuentes secundarias.

5.9.3. ADMINISTRACIÓN DE LOS DATOS

En el proyecto original, el producto del Software permitió además de capturar la encuesta, direccionar las respuestas en una base de datos para su posterior procesamiento. Los datos se exportaron a Excel y posteriormente a Stata 10.

5.10. ANÁLISIS ESTADISTICO

Se utilizó el software STATA Transfer para incluir las variables estado civil, estrato, habilidades para uso del condón, uso del condón con la pareja ocasional y norma social que no se encontraban en la base de datos suministrada por el grupo de investigación, tomando como fuente la base de datos original. Posteriormente se utilizó el software STATA 10 para el análisis de los datos.

El análisis se realizó teniendo en cuenta los objetivos específicos planteados inicialmente en el estudio y teniendo como base el diseño del muestreo estratificado por facultad. Por tanto se consideró la probabilidad de selección de los participantes en cada etapa del muestreo, por medio de la inclusión de la variable pesos ponderados por facultad.

Esta variable se construyó primero calculando el factor muestreo de cada facultad y posteriormente se calculó el inverso del factor muestreo, siendo este resultado el peso ponderado para cada facultad.

Se estimó la prevalencia de la frecuencia del uso del condón estratificando por intensidad de uso: Casi nunca, casi siempre y siempre, con su correspondiente intervalo de confianza al 95%.

Con base en la definición de la variable resultado (frecuencia de uso del condón con la pareja habitual) se realizó un análisis bivariado para cada uno de los factores utilizando la regresión logística ordinal para comparar las variables categóricas y numéricas. Se consideraron asociaciones de interés para la preselección las variables que se incluyeron en el modelo las que presentaban valores $p \leq 0,10$ y con diferencias significativas aquellas con un valor $p \leq 0.05$.

Fueron seleccionadas 19 variables con valores de $p \leq 0,10$, 3 de los factores predisponentes, 10 de los facilitadores 10 y 5 de los reforzantes. Las cuales se muestran a continuación en la tabla 8.

Tabla 8. Variables incluidas en el modelo de regresión logística ordinal

Variables		Valor p
Factores Predisponentes		
1	Conocimientos sobre el condón	0,10
2	Autoeficacia para el condón	0,0001
3	Actitud hacia el condón	0,0001
Factores Facilitadores		
4	Relaciones anales	0,08
5	Relaciones bucogenitales	0,03
6	Frecuencia de relaciones en el último mes	0,09
7	Múltiples parejas	0,08
8	Habilidades de comunicación con la pareja	0,13
9	Orientación sexual	0,04
10	Edad de inicio de las relaciones sexuales	0,053
11	Disponibilidad del condón	0,02
12	Uso del condón con la pareja ocasional	0,03
13	Uso del condón como método anticonceptivo	0,0001
Factores Reforzantes		
14	Infidelidad	0,07
15	Aceptación de pares	0,03
16	El condón intensifica el placer	0,001
17	Sentimiento de culpa motiva el uso	0,001
18	Intensión de uso con la pareja habitual	0,0001

Se escogió un modelo de Regresión Logística Ordinal dado que la variable resultado fue categórica ordinal de tres jerarquías: Casi siempre, siempre y casi nunca.

La mayoría de las variables independientes se dicotomizaron para facilitar la aplicación del modelo logístico ordinal (42).

Finalmente se utilizó el algoritmo estadístico de selección de variables backwards y forward para la construcción del modelo final. Teniendo en cuenta el principio de parsimonia, conservando el mayor número de observaciones y mayor verosimilitud. En el modelo final permanecieron como variables predictoras del uso consistente del condón con la pareja sexual habitual dos de los factores Predisponentes: Conocimientos sobre el condón, Autoeficacia específica para el condón. De los factores facilitadores: el uso del condón como método anticonceptivo y de los factores reforzantes: la intención de uso del condón con la pareja sexual habitual. Los factores más asociados con el uso consistente del condón fueron los Predisponentes.

5.10.1. Regresión Logística Ordinal.

La Regresión Logística Ordinal se usa cuando la variable dependiente tiene más de dos categorías, pero de naturaleza ordinal. Cantalejo en su texto Regresión Logística en Salud Pública comenta que este tipo de análisis “se desarrolló desde la década de los 80 y que Greenland (1994) y Armstrong (1989) son buenos referentes sobre este modelo” (42).

Llamado también Modelo de ventajas proporcionales, establece que el Logaritmo de la razón de las ventajas acumulativas es proporcional a la diferencia entre los valores de la variable predictora y no depende de las categorías de la variable respuesta. Una característica interesante del modelo de ventajas proporcionales es que los efectos de las variables predictoras se mantienen si se colapsan categorías adyacentes de la variable respuesta. No es aplicable a estudios en los que el muestreo se realiza con base en la variable respuesta por ejemplo estudio de casos y controles, ya que las estimaciones de los parámetros del modelo son dependientes de la fracción de muestreo, por tanto sus estimaciones serían sesgadas.

El modelo tiene implícito el supuesto de proporcionalidad de los OR, lo que significa que cada variable predictora tiene un efecto constante sobre la variable respuesta independientemente del punto de corte elegido; el cumplimiento de esta hipótesis facilita la interpretación de los resultados (42).

Teniendo en cuenta que el diseño de muestreo utilizado fué estratificado por tamaño de población de las facultades, para las estimaciones del modelo final de Regresión Logística Ordinal se tuvo en cuenta la variable pesos ponderados por facultad. El diagnóstico de la regresión logística ordinal tuvo una limitación en cuanto a que los comandos aplicados en el programa estadístico Stata para tal fin no permitieron incluir la variable de pesos ponderados, a saber “lrtest”, “omodel”, “gologit2” y “oparallel”. Por lo tanto se realizó la postestimación del modelo final sin la variable pesos ponderados encontrándose una probabilidad de 0,1, cumpliendo con el supuesto de proporcionalidad de OR entre cada una de las variables predictoras: uso del condón como método anticonceptivo, autoeficacia específica para condón, intención de uso y conocimientos sobre el condón. El 86,8 % de los participantes fueron clasificados dentro del modelo final.

Una segunda alternativa planteada para resolver la postestimación del modelo podría considerarse utilizando una Regresión Logística. Dicotomizar la variable uso consistente del condón con la pareja sexual habitual en las categorías Siempre/Casi siempre Vs Casi nunca permite realizar la estimación y postestimación del modelo final incluyendo la variable pesos ponderados.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se realizó un análisis de fuentes secundarias, a partir de la base de datos proporcionada por el grupo PROMESA de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, recolectada para la realización del proyecto “Factores protectores y de riesgo para VIH/SIDA e ITS en jóvenes de la Universidad del Valle”, el cual tuvo aval respectivo del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH) de la Universidad del Valle.

La base de datos constó de 339 registros correspondientes a jóvenes estudiantes regulares de pregrado de la jornada diurna de la universidad del Valle, matriculados durante el segundo semestre del año 2009.

Se consideró como un estado de salud general sano a todos los sujetos que podían ingresar o no al estudio. Los datos se recogieron por medio de la aplicación de una encuesta asistida por computador disponible en internet. A todos los participantes se les pidió que aceptaran previamente el consentimiento informado, el cual fué electrónico y presentado inicialmente al ingresar a la página web (ver Anexo 1).

La encuesta abordó información sociodemográfica y de temas específicos como el uso del condón, prácticas sexuales, norma social, autoeficacia, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, vida sexual, conocimientos, creencias y actitudes frente al condón y al VIH/SIDA e ITS.

El estudio original y el presente, según la Resolución 8430 de 1993 art. 10-11 son clasificados como de riesgo mínimo ya que exploraron aspectos de la vida íntima de cada persona y “aspectos sensitivos de la conducta”, los cuales también son objeto de análisis para el presente estudio. Por tratarse de aspectos íntimos, la información proporcionada es anónima y absolutamente confidencial, teniendo

como referente el respeto a su dignidad a la protección de sus derechos y su bienestar. Esta información fue utilizada exclusivamente para propósitos de investigación y como requisito académico para graduación. El presente estudio tuvo aval del Comité de Ética de la Universidad del Valle, Acta de Aprobación No. 018 – 015.

En el proyecto original, el cuestionario fue autodiligenciado y resuelto desde cualquier lugar (por internet), lo cual proporcionó las condiciones de privacidad necesarias para responder acerca de temas íntimos. Adicionalmente se garantizó a los/as jóvenes recibir respuesta a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. Para ello se creó un correo electrónico que se puso a su disposición en el consentimiento informado.

En el proyecto original, al final de la encuesta los jóvenes tenían acceso a un módulo de aprendizaje sobre temas de salud sexual y reproductiva. Este espacio virtual tuvo como objetivo dar respuesta a las preguntas que se generaron luego del diligenciamiento del instrumento; adicionalmente se les ofreció la posibilidad de acudir al Servicio de Salud, consejería, consulta médica o psicológica que les ofrecía la Universidad del Valle.

Entre los beneficios que el proyecto puede aportar están aumentar el conocimiento científico sobre el uso consistente del condón en la población universitaria de la ciudad de Cali, ya que el estudio permitió identificar en que situaciones o bajo qué características los jóvenes maximizan el uso del preservativo, pues es la única estrategia de prevención eficaz en esta población para las ITS/VIH/SIDA. El conocimiento generado redundará en beneficio de la institución educativa, de los jóvenes, del Servicio de Salud y de la comunidad de jóvenes universitarios en general.

7. RESULTADOS

7.1. DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE RESULTADO.

Se definió como Uso consistente del Condón a la frecuencia del uso del condón masculino con la pareja habitual. Para ello se establecieron tres categorías casi nunca, casi siempre y siempre.

En la tabla 9 se muestran las proporciones de cada una de las categorías de la variable resultado. De los 205 estudiantes universitarios incluidos en el estudio, sólo 21% refirió que lo usaba siempre, el 21% casi siempre y el 58% casi nunca con su pareja habitual.

Tabla 9. Frecuencia del Uso consistente del condón

Variable		n=205	%	IC _{95%}	
				Lim Inf	Lim Sup
Uso consistente del condón	casi nunca	112	58	51	65
	casi siempre	44	21	15	27
	siempre	49	21	16	27
	n total	205	100	-	-

7.2. ANÁLISIS UNIVARIADO.

7.2.1. Descripción Socio demográfica

En la tabla 10 se describen las variables socio demográficas.

Tabla 10. Características socio demográficas					
Variable		n=205	%	IC _{95%}	
				Lim Inf	Lim Sup
Facultad	Ingeniería	84	30	24	36
	Ciencias Naturales y Exactas	19	6	3	9
	Humanidad	20	12	7	17
	Salud	21	14	9	20
	Ciencias Sociales y Económicas	13	4	2	6
	Artes Integradas	19	12	7	17
	Pedagogía	11	7	3	11
	Administración	13	12	6	18
	Psicología	5	3	0	5
Semestre	semestres superiores (1 a 5)	97	46	38	53
	semestre inferiores (6 a 12)	108	54	47	62
Sexo	Mujer	117	62	55	69
	Hombre	88	38	31	45
Edad (años)	Promedio ± DE	21,4±0,16		21	22
Estrato socioeconómico		n=199			
	1	21	10	6	15
	2	45	22	16	28
	3	93	46	39	54
	4	27	14	9	20
	5	10	5	2	9
	6	3	2	0	4
Estado civil	Casado/unión libre	12	6	3	10
	Sotero(a)	193	94	90	97

La mayor proporción de estudiantes la aportó la facultad de Ingeniería con el 30% seguida de Salud con 14% y Artes Integradas con 12% y la de menor proporción fue Psicología con el 2,5%.

El 46% estaba cursando hasta el 5 semestre y el 54% del 6° al 12° semestre. La edad promedio fue de $21,4 \pm 0,16$ años con un IC 95% de 21 a 22 años. Con relación al sexo el 62% eran mujeres y el 38% eran hombres. El 46% pertenecían al estrato 3, el 10% al estrato 1 y el 7% a los estratos más altos 5 y 6. La mayoría (94%) eran solteros y 6% estaban casados o vivían en unión libre.

7.2.2. Descripción de los Factores Predisponentes

En la tabla 11 se presentan las variables relacionadas con los factores predisponentes.

Tabla 11. Factores Predisponentes					
Variable		n=205	%	IC _{95%}	
Conocimientos sobre condón		n=194		Lim Inf	Lim Sup
	Medios o bajos	117	59	52	67
	Altos	77	41	33	48
Autoeficacia general		n=184			
	nula o baja	56	30	23	37
	alta o máxima	128	70	63	77
Autoeficacia específica para uso de condón		n=184			
	nula o baja	59	32	25	39
	alta o máxima	125	68	61	75
Percepción del riesgo		n=205			
	Menor Riesgo	182	88	83	93
	Mayor riesgo	23	12	7	17
Vulnerabilidad al VIH		n=180			
	Baja o Ninguna	166	93	89	97
	Mucha	14	7	3	11
Actitud hacia el condón		n=194			
	Negativa	65	33	26	40
	Positiva	129	67	60	74
Actitud hacia el VIH		n=181			
	Negativa	47	26	19	33
	Positiva	134	74	67	81
Creencias VIH		n=180			
	Negativas	103	57	49	65
	Positivas	77	43	35	51

Con relación al nivel de conocimientos se evidenció que sólo 41% tenía conocimientos altos acerca del condón y el 59% en nivel medio o bajo.

La autoeficacia general, entendida como la capacidad para negarse a tener relaciones sexuales con una persona que aman mucho o ejerce poder sobre sí mismo cuando no las quieren tener, fue alta o máxima en el 70% de los jóvenes. De igual manera se observó que la autoeficacia específica para uso del condón fue alta en el 68%. En cuanto a la percepción del riesgo, el 88% los estudiantes reconoce los factores de riesgo para adquirir vih/Sida. Sobre la vulnerabilidad de adquirir la infección, el 93% manifiesta tener baja o ninguna vulnerabilidad y sólo el 7% considera ser muy vulnerable.

La mayoría de los jóvenes tiene actitud positiva frente al VIH/Sida y hacia el uso del condón, 74% y 67% respectivamente. El 57% tiene creencias positivas acerca del VIH frente a un 43% con creencias negativas.

7.2.3. Descripción de los Factores Facilitadores

La tabla 12 muestra las variables relacionadas con los factores facilitadores.

Tabla 12. Factores Facilitadores					
Variable		n	%	IC _{95%}	
		n=197		Lim Inf	Lim Sup
Habilidades en uso del Condón	Incorrecto	23	13	8	19
	Correcto	174	87	81	92
Edad de inicio de las relaciones sexuales.		Promedio ± DE		16	17
Vida sexual activa en el último año	Si	205	100	.	.
	No	0	.	.	.
Número de parejas sexuales en el último año		Promedio ± DE		1,4	1,8
Pareja sexual habitual	Si	205	100	.	.
	No	0	.	.	.
		n=204			
Pareja sexual ocasional	Si	49	22	16	28
	No	155	78	72	84
		n=188			
Orientación sexual	Heterosexual	179	94	91	98
	Homosexual/Bisexual	9	6	2	9

Tabla 12. Factores Facilitadores					
Variable		n	%	IC _{95%}	
		n=197		Lim Inf	Lim Sup
Relaciones sexuales vaginales		n=189			
	Si	184	98	95	100
	No	5	2	0	5
Relaciones sexuales anales		n=189			
	Si	65	34	26	41
	No	124	66	59	74
Relaciones bucogenitales		n=188			
	Si	176	94	90	98
	No	12	6	2	10
Frecuencia de las relaciones sexuales en el último mes		n=189			
	Menor o igual a 4	116	60	52	68
	Más de 4	73	40	32	48
Relaciones sexuales múltiples parejas					
	Una pareja	144	73	66	79
	Más de una pareja	61	27	21	34
Relaciones sexuales con trabajadores sexuales.		n=185			
	Si	10	5	2	9
	No	175	95	91	98
Sexo voluntario con desconocidos		n=188			
	Si	25	14	8	19
	No	163	86	81	92
Uso de sustancias psicoactivas		n=180			
	Si	51	26	19	33
	No	129	74	67	81
Consumo de alcohol	Si	47	22	16	28
	No	158	78	72	84
Disponibilidad de condón.	Si	79	37	30	44
	No	126	63	56	70
Habilidades en la comunicación de pareja	Si	181	90	85	94
	No	24	10	6	15
Uso del condón con parejas ocasionales		n=54			
	Casi nunca	17	33	19	47
	Casi siempre	9	16	5	27
	Siempre	28	51	36	66
Uso del condón como método anticonceptivo		n=195			
	siempre/algunas veces	95	51	43	59
	casi nunca/nunca	100	49	41	57

La edad de inicio de las relaciones sexuales fue de $16,5 \pm 0,15$ años, con un IC 95% entre 16 y 17 años. El promedio de parejas sexuales en el último año fue de $1,6 \pm 1$ con IC del 95% entre 1 a 2 parejas.

El 100% manifiesta tener vida sexual activa. Se observó que el 100% tienen pareja habitual, mientras que el 22% refiere tener también pareja ocasional.

Con relación a la orientación sexual la mayoría (94%) manifestó ser heterosexual y un 6% homosexual o bisexual.

En cuanto a las prácticas sexuales el 98% refiere haber tenido relaciones vaginales, 34% anales y bucogenitales el 94 %.

La frecuencia de las relaciones sexuales en el último mes fue de 4 o menos en el 60% y mayor de 4 en el 40% de los jóvenes. El 73% tuvo una pareja en el último año mientras que el 27% tuvo más de una. Sólo el 5 % de los estudiantes sostuvo relaciones sexuales con trabajadoras sexuales y el 14% con personas desconocidas o recién conocidas de manera voluntaria.

Sobre el uso del condón, el 87% de los estudiantes tenían habilidades para su uso correcto. Con relación a la disponibilidad del condón sólo el 37% refiere tener uno para su uso. El 49% de los jóvenes casi nunca o nunca usan el condón como método anticonceptivo, mientras que 51% lo usa algunas veces o siempre. Con relación a la frecuencia del uso del condón con parejas ocasionales se evidenció que el 51% siempre lo usa, mientras que el 33% casi nunca lo usa.

Sobre las habilidades de comunicación con la pareja en temas como: evitar o posponer una relación sexual, las cosas que les gustan o te disgustan de la relación sexual, acuerdos de fidelidad, formas de evitar el embarazo, uso de preservativos para evitar el VIH y las infecciones de transmisión sexual y su pasado sexual (número de parejas, prácticas sexuales), el 90% de los jóvenes manifiestan tener habilidades.

Acerca del uso de sustancias psicoactivas el 26% las ha consumido y el 22% ha consumido bebidas alcohólicas.

7.2.4. Descripción de los Factores Reforzantes

En la tabla 13 se presentan las variables relacionadas con los factores reforzantes.

Tabla 13. Factores Reforzantes					
Variable		n=205	%	IC _{95%}	
		n=178		Lim Inf	Lim Sup
Norma Social	Si	163	90	85	95
	No	15	10	5	15
Aceptación de los amigos sobre el uso del condón		n=181			
	Si	93	50	42	58
	No	88	50	42	58
Infidelidad	Si	35	14	9	18
	No	170	86	82	91
Aprobación de los padres sobre relaciones sexuales.		n=187			
	Si	102	54	47	62
	No	85	46	38	53
Intensificación del placer sexual con el uso del condón		n=190			
	En desacuerdo	80	42	34	49
	De acuerdo	110	58	51	66
Sentimiento de culpa motiva el uso del condón		n=97			
	Si o algunas veces.	39	40	29	50
	No	58	60	50	71
Intención de conducta segura con la pareja.		n=189			
	Si	123	63	55	70
	No	66	37	30	45

El 54% de los jóvenes refiere que sus padres aprueban que tengan relaciones sexuales. Acerca de la infidelidad, el 14% ha sido infiel alguna vez.

Para el 90% de los estudiantes es una norma social que los jóvenes de hoy en día deben cargar consigo siempre un condón por lo que pueda pasar y para el 50% el

uso del condón es aceptado por sus pares. El 58% opinan estar de acuerdo con que el condón intensifica su placer sexual al brindarles protección y un 40% piensa que el sentimiento de culpa por no haber usado condón durante una relación motiva a que en el siguiente encuentro sexual sea usado. El 63% de los jóvenes tiene intención de conducta segura con su pareja habitual usando el condón.

7.3. ANÁLISIS BIVARIADO

7.3.1. Factores Socio demográficos

En la tabla 14 se muestran los factores socio demográficos con la variable respuesta uso consistente del condón.

Tabla 14. Asociación entre características socio demográficas y uso consistente del condón con la pareja habitual.										
Variable		Casi nunca		Casi siempre		Siempre		OR IC 95%		valor p
		n=112	%	n=44	%	n=49	%	Lim Inf	Lim Sup	
Facultad	Ingeniería	34	21	20	34	30	50	1		-
	Ciencias Naturales	10	6	4	6	5	8	0,61 (0,23 – 1,64)		0,330
	Humanidades	16	16	3	9	1	3	0,16 (0,05 – 0,48)		0,001*
	Salud	13	15	5	16	3	10	0,38 (0,15 – 0,95)		0,039*
	Ciencias sociales y económicas	7	3	3	4	3	4	0,56 (0,18 – 1,72)		0,314
	Artes Integradas	15	17	3	9	1	3	0,17 (0,05 – 0,51)		0,002*
	IEP	6	7	3	9	2	6	0,51 (0,16 – 1,60)		0,246
	Administración	7	11	2	9	4	17	0,64 (0,18 – 2,23)		0,488
	Psicología	4	3	1	2	0	0	0,15		0,063

Tabla 14. Asociación entre características socio demográficas y uso consistente del condón con la pareja habitual.

Variable		Casi nunca		Casi siempre		Siempre		OR IC 95%		valor p
		n=112	%	n=44	%	n=49	%	Lim Inf	Lim Sup	
								(0,019 – 1,11)		
Semestre	semestres superiores (6 a 12)	65	59	21	49	22	48	0,68 (0,39 – 1,20)		0,18
	semestre inferiores (1 a 5)	47	41	23	51	27	52	1		-
Sexo	Mujer	74	71	22	52	21	48	1		-
	Hombre	38	29	22	48	28	52	2,4 (1,35 – 4,24)		0,003 *
Edad (años)	Promedio ± DE	21,7 ± 0,21		21 ± 0,4		20,7 ± 0,3		0,68 (0,74 – 0,95)		0,08
Estrato socioeconómico		n=109	%	n=42	%	n=48	%			
	1	10	9	6	13	5	11	1		-
	2	26	24	13	28	6	13	0,6 (0,22 – 1,65)		0,33
	3	47	43	18	44	28	57	0,97 (0,38 – 2,46)		0,95
	4	16	15	3	8	8	18	0,76 (0,22 - 2,60)		0,67
	5	7	6	2	7	1	2	0,49		0,33

Tabla 14. Asociación entre características socio demográficas y uso consistente del condón con la pareja habitual.

Variable		Casi nunca		Casi siempre		Siempre		OR IC 95%		valor p
		n=112	%	n=44	%	n=49	%	Lim Inf	Lim Sup	
								(0,11 – 2,05)		
	6	3	3	0	0	0	0	0		-
Estado civil	Soltero-a	103	92	44	100	46	94	2,3 (0,45 – 11,70)		0,31
	Casado/unión libre	9	8	0	0	3	6	1		-

Las facultades de humanidades, salud, artes y psicología mostraron diferencias estadísticamente significativas con relación al uso consistente del condón, pues presentan menor oportunidad de usarlo siempre o casi siempre comparadas con la facultad de ingenierías ($P= 0.001, 0.039, 0.002, 0.063$ respectivamente).

El análisis de la variable facultad se realizó tomando como categoría de referencia la facultad de ingenierías debido a que el paquete estadístico Stata 10 la tomó como referencia para realizar los algoritmos estadísticos. En este sentido se aclara que no tienen los estudiantes de dicha facultad una característica especial que los haga deferentes de las demás facultades. Sin embargo en un estudio realizado por Vera en el 2004, estudió la asociación entre el área de estudios y los conocimientos y actitudes hacia el VIH en jóvenes universitarios de Colombia y encontró que habían diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos inadecuados sobre el VIH entre las facultades de salud y humanidades, siendo humanidades la de mayor riesgo (51). En el presente estudio también se encontró que la facultad de humanidades tiene mayor riesgo por que presenta menor oportunidad de uso consistente del condón.

Con relación al sexo, los hombres tienen 2,4 veces más la oportunidad de usar el condón casi siempre y siempre que las mujeres ($P=0,003$).

Con relación a la edad por cada unidad de incremento en años, existe 0,68 menos oportunidad de usar el condón en forma consistente ($P=008$).

En cuanto al estrato y el estado civil son independientes del uso consistente del condón con la pareja habitual.

7.3.2. Factores Predisponentes.

A continuación en la tabla 15 se describen las variables relacionadas con los factores Predisponentes.

Tabla 15. Asociación entre Factores Predisponentes y uso consistente del condón con la pareja habitual.									
Variable		Casi nunca (n)		Casi siempre (n)		Siempre (n)		OR	valor p
		n	%	n	%	n	%		
Conocimientos sobre condón	n=194	n=105	%	n=41	%	n=48	%		
	Medios o bajos	61	57	19	45	37	79	1	-
	Altos	44	43	22	55	11	21	0,63 (0,35 – 1,1)	0,1
Autoeficacia general	n=184	n=101	%	n=36	%	n=47	%		
	nula o baja	31	29	12	33	13	31	1	-
	alta o máxima	70	71	24	67	34	69	0,88 (0,46 – 1,7)	0,7
Autoeficacia específica para uso de condón	n=184	n=101	%	n=36	%	n=47	%		
	nula o baja	49	48	7	17	3	5	1	-
	alta o máxima	52	52	29	83	44	95	8,1 (3,7 – 17,6)	0,0001 *
Percepción del riesgo	n= 205	n=112	%	n=44	%	n=49	%		
	Menor percepción	98	86	40	89	44	91	1	-

Tabla 15. Asociación entre Factores Predisponentes y uso consistente del condón con la pareja habitual.

Variable		Casi nunca (n)		Casi siempre (n)		Siempre (n)		OR	valor p
		n	%	n	%	n	%		
	Mayor percepción	14	14	4	11	5	9	0,71 (0,30 – 1,8)	0,47
Vulnerabilidad	n=180	n=98	%	n=35	%	n=47	%		
	Baja o Ninguna	91	94	31	88	44	94	1	-
	Mucha	7	6	4	12	3	6	1,2 (0,47 – 3,1)	0,7
Actitud hacia el VIH	n=181	n=98	%	n=36	%	n=47	%		
	Negativa	21	24	14	33	12	25	1	0
	Positiva	77	76	22	67	35	75	0,85 (0,44 – 1,6)	0,63
Actitud hacia el condón	n=194	n=105	%	n=41	%	n=48	%		
	Negativa	49	45	8	20	8	16	1	-
	Positiva	56	55	33	80	40	84	3,7 (1,8 – 7,5)	0,0001*
Creencias VIH	n=180	n=98	%	n=35	%	n=47	%		
	Erróneas	55	56	18	51	30	66	1	-
	Acertadas	43	44	17	49	17	34	0,8 (0,44 – 1,46)	0,46

Se observó que los estudiantes con niveles altos de conocimientos acerca del condón tienen menor oportunidad de uso casi siempre y siempre OR: 0.63, (P=0,010). No se encontraron diferencias significativas para la percepción del riesgo, ni la vulnerabilidad al VIH/SIDA.

La oportunidad de usar el condón siempre y casi siempre en los jóvenes que tienen una actitud positiva hacia el preservativo es 3,7 veces más la oportunidad que los que nunca lo usan (P=0,0001).

Para los jóvenes con actitud positiva hacia el VIH/SIDA la oportunidad de usar el condón siempre o casi siempre es 0,85 que para los que tienen una actitud negativa.

La autoeficacia específica se asoció fuertemente con el uso consistente del condón, (OR=8,1, P=0,000), mostrando 8,1 veces más la oportunidad de uso en los que tienen niveles máximos, comparado con los de autoeficacia nula o baja.

7.3.3. Factores Facilitadores

Los factores facilitadores fueron los que mayor número de variables analizaron (19 variables) y se muestran en la tabla 16.

Tabla 16. Asociación entre Factores Facilitadores y uso consistente del condón con la pareja habitual.									
Variable		Casi nunca		Casi siempre		Siempre		OR	valor p
	n=197	n=107	%	n=42	%	n=48	%		
Habilidades en uso del Condón	Incorrecto	14	13	4	14	5	12	1	-
	Correcto	93	87	38	86	43	88	1,07 (0,44 – 2,6)	0,87
Edad de inicio de las relaciones sexuales.	n=205	n=112	%	n=44	%	n=49	%		
	Promedio ± DE	16,3±0,18		16,9±0,36		16,8±0,33		1,1 (1 – 1,3)	0,053*
Número de parejas sexuales en el último año	n=205	n=112	%	n=44	%	n=49	%		
	Promedio ± DE	1,5±0,11		1,6±0,22		1,7±0,25		1,08 (0,93 – 1,25)	0,3
Vida sexual activa en el último año	n=205	n=112	%	n=44	%	n=49	%		
	Si	112	100	44	100	49	100	-	-
	No	0	-	0	-	0	-	-	-
Pareja sexual habitual	n=205	n=112	%	n=44	%	n=49	%		
	Si	112	100	44	100	49	100	-	-

Tabla 16. Asociación entre Factores Facilitadores y uso consistente del condón con la pareja habitual.

Variable		Casi nunca		Casi siempre		Siempre		OR	valor p
	No	-	-	.	.	.	.	-	-
Pareja sexual ocasional	n=204	n=111	%	n=44	%	n=49	%		
	Si	28	22	11	24	10	19	1	-
	No	83	78	33	76	39	81	1,09 (0,57 – 2,1)	0,78
Orientación sexual	n=188	n=101	%	n=39	%	n=48	%		
	Heterosexual	93	91	39	100	47	98	0,92 (0,01 – 0,85)	0,04*
	Homosexual/Bisexual	8	9	0	-	1	2	1	-
Relaciones sexuales vaginales	n=189	n=102	%	n=39	%	n=48	%		
	Si	98	96	39	100	47	98	1	-
	No	4	4	0	.	1	2	0,26 (0,02 – 3,2)	0,29
Relaciones sexuales anales	n=189	n=102	%	n=39	%	n=48	%		
	Si	41	38	12	33	12	23	0,58 (0,31 – 1,1)	0,085
	No	61	62	27	67	36	77	1	-
Relaciones bucogenitales	n=188	n=102	%	n=38	%	n=48	%		
	Si	99	97	33	87	44	91	1	-
	No	3	3	5	13	4	9	2,7 (1,09 – 6,9)	0,03*
Frecuencia de las relaciones sexuales en el	n=189	n=102	%	n=39	%	n=48	%		

Tabla 16. Asociación entre Factores Facilitadores y uso consistente del condón con la pareja habitual.

Variable		Casi nunca		Casi siempre		Siempre		OR	valor p
último mes	Menor o igual a 4	53	51	28	70	35	73	1	-
	Más de 4	49	49	11	30	13	27	0,42 (0,22 – 0,81)	0,09
Relaciones sexuales múltiples parejas	n=188	n=112	%	n=44	%	n=49	%		
	Si	28	22	16	35	17	34	1,7 (0,94 – 3,1)	0,08
	No	84	78	28	65	32	66	1	-
Relaciones sexuales con trabajadores sexuales.	n=185	n=98	%	n=39	%	n=48	%		
	Si	4	4	3	9	3	5	1,43 (0,51 – 3,98)	0,48
	No	94	96	36	91	45	95	1	-
Sexo voluntario con desconocidos	n=188	n=101	%	n=39	%	n=48	%		
	Si	14	14	6	18	5	9	0,83 (0,37 – 1,84)	0,65
	No	87	86	33	82	43	91	1	-
Uso de sustancias psicoactivas	n=180	n=98	%	n=35	%	n=47	%		
	Si	24	24	11	30	16	28	1	-
	No	74	76	24	70	31	72	0,8 (0,53 – 1,52)	0,5
Consumo de alcohol	n=205	n=112	%	n=44	%	n=49	%		
	Si	23	20	12	27	12	19	1,06 (0,57 – 2)	0,83
	No	89	80	32	73	37	81	1	-

Tabla 16. Asociación entre Factores Facilitadores y uso consistente del condón con la pareja habitual.

Variable		Casi nunca		Casi siempre		Siempre		OR	valor p
Disponibilidad de condón	n=205	n=112	%	n=44	%	n=49	%		
	Si	32	29	25	53	22	43	1,95 (1,1 – 3,5)	0,02*
	No	80	71	19	47	27	57	1	-
Habilidades en la comunicación de pareja	n=205	n=112	%	n=44	%	n=49	%		
	Si	96	87	41	95	44	92	2,09 (0,8 – 5,4)	0,13
	No	16	13	3	5	5	8	1	-
Uso del condón con parejas ocasionales	n=54	n=32	%	n=10	%	n=12	%		
	Casi nunca	14	46	2	22	1	7	1	-
	Casi siempre	4	11	2	27	3	18	5,9 (1,14 – 30,9)	0.034*
	Siempre	14	43	6	51	8	75	5,5 (1,22 – 24,8)	0.026*
Uso del condón como método anticonceptivo	n=195	n=106	%	n=41	%	n=48	%		
	siempre/algunas veces: 1	91	86	3	7	1	2	1	-
	casi nunca/nunca:4	15	14	38	93	47	98	5,1 (3,5 – 7,7)	0,0001*

La edad de inicio de las relaciones sexuales mostró una pequeña asociación con diferencias significativas (OR de 1.1, $P=0,05$). Es decir, que por cada año de incremento en la edad de inicio de las relaciones sexuales, existe 1,1 más oportunidad de usar el condón casi siempre o siempre con la pareja sexual habitual.

Con relación a la orientación sexual se observó que los estudiantes con orientación heterosexual tienen 0,92 veces menos oportunidad de usar el condón siempre y casi siempre con su pareja habitual que los de orientación homosexual/bisexual (OR=0.92, $P=0.036$).

En cuanto a las relaciones anales, la oportunidad de uso del condón siempre o casi siempre con la pareja habitual es 0,58 veces menos para quienes las practican ($P=0,089$).

Para las relaciones bucogenitales se encontró que los que no las realizan tienen 2,7 veces más la oportunidad de usar el condón siempre o casi siempre ($P=0,03$).

Los estudiantes con más de una pareja sexual en el último año tienen 1,7 veces más oportunidad de usar el condón con su pareja habitual siempre y casi siempre comparados con los que tuvieron solo una (OR=1.7, $P=0.08$).

La mayor frecuencia de relaciones sexuales en el último mes (mayor a 4) está asociada a menor oportunidad de uso del condón siempre y casi siempre (OR=0.42, $P=0.09$).

Es importante resaltar que la disponibilidad de condón se asoció con el uso siempre y casi siempre (OR=1.95, $P=0.02$), siendo 1,95 más la oportunidad en los que lo portan comparados con los que no lo tienen.

Para los que tienen habilidades de comunicación con la pareja se encontró 2,1 más oportunidad de usar el preservativo con su pareja habitual siempre y casi siempre comparados con aquellos que no tienen dicha habilidad ($P=0,13$).

Sobre la frecuencia del uso del condón con las parejas ocasionales se identificó que los que usaron el condón casi siempre con la pareja ocasional tienen 5,9 más oportunidad de usarlo casi siempre y siempre con la pareja sexual habitual ($P=0,03$). Así mismo, los que usaron el condón siempre con la pareja ocasional tienen 5,5 más oportunidad de usarlo casi siempre y siempre con la pareja sexual habitual ($P=0,02$).

El uso del condón como método anticonceptivo presentó diferencias estadísticamente significativas. Para los que nunca lo usan como método anticonceptivo la oportunidad de usarlo casi siempre y siempre con su pareja habitual es mayor ($OR=5.2$, $P=0.0001$).

No se encontraron diferencias en las habilidades para el uso del condón, consumo de bebidas alcohólicas, uso del preservativo entre quienes tienen pareja ocasional ni para el número de parejas sexuales durante el último año.

Entre los hallazgos con nivel de significancia menor a 0,1 se encontró que para quienes tienen relaciones vaginales existe 0,26 menos oportunidad de usar el condón siempre o casi siempre con la pareja habitual ($P=0,29$). De igual manera, se observó que los estudiantes que sostuvieron relaciones con trabajadores sexuales presentaron 1,43 veces más oportunidad de usar el condón casi siempre y siempre ($P=0,48$).

Dentro de dichos hallazgos, también se reportó que los jóvenes que tienen relaciones sexuales con personas desconocidas o recién conocidas tienen 0,48 menos oportunidad de usar el condón siempre o casi siempre con la pareja habitual ($P=0,65$). Sobre el consumo de sustancias psicoactivas fue llamativo que quienes no las consumen tienen 0,8 menos oportunidad de usar el condón casi siempre y siempre con su pareja habitual ($P=0,5$).

7.3.4. Factores Reforzantes. En la tabla 17 se presentan las variables relacionadas con los factores reforzantes y el uso consistente del condón.

Tabla 17. Asociación entre Factores Reforzantes y uso consistente del condón con la pareja habitual

Variable		Casi nunca		Casi siempre		Siempre		OR	valor p
Norma social	n=178	n=97	%	n=35	%	n=46	%		
	Si	89	92	33	92	41	84	1	-
	No	8	8	2	8	5	16	1,7 (0,54 – 5,5)	0,35
Infidelidad	n=205	n=112	%	n=44	%	n=49	%		
	Si	16	10	10	24	9	15	1,7 (0,95 – 3,1)	0,07
	No	96	90	34	76	40	85	1	-
Aceptación de los amigos sobre el uso del condón	n=178	n=98	%	n=36	%	n=47	%		
	Si	42	43	23	61	28	60	1,9 (1,04 – 3,6)	0,036*
	No	56	57	13	39	19	40	1	-
Aprobación de los padres sobre relaciones sexuales.	n=187	n=101	%	n=39	%	n=47	%		
	Si	56	56	20	52	26	52	1	-
	No	45	44	19	48	21	48	1,1 (0,63 – 2,07)	0,64
Intensificación del placer sexual con el uso del condón	n=190	n=102	%	n=41	%	n=47	%		
	En desacuerdo	33	32	19	47	28	62	0,37 (0,20 – 0,68)	0,001*
	De acuerdo	69	68	22	53	19	38	1	-
Sentimiento de culpa	n=97	n=55	%	n=28	%	n=14	%		
	Si o algunas veces	11	21	20	68	8	57	5,2 (2 – 13,5)	0.001*
	No	44	79	8	32	6	43	1	-
Intención de conducta segura con la pareja.	n=189	n=103	%	n=40	%	n=46	%		
	Si	41	40	37	92	45	95	21,4 (6,4 – 71,2)	0,0001*
	No	62	60	3	8	1	5	1	-

Cinco de los factores reforzantes mostraron asociación. Se observó que la aceptación de los pares sobre el uso del condón, se asoció con mayor oportunidad de usar el preservativo casi siempre y siempre con la pareja habitual (OR=1.9, P=0,036).

Sobre la infidelidad se observó que los que han sido infieles tienen 1,7 veces mayor oportunidad de uso casi siempre y siempre con la pareja habitual (P=0,036). No se observaron diferencias significativas entre los jóvenes que tienen aprobación de sus padres para tener relaciones sexuales y los que no, tampoco se encontraron diferencias entre quienes tienen como norma social que los jóvenes deberían tener disponible siempre un condón para afrontar las situaciones de riesgo a las que están expuestos.

Entre los estudiantes que piensan que el usar condón no intensifica el placer al sentirse protegido, la oportunidad de usarlo casi siempre y siempre con su pareja habitual es 0,37 veces menor que los que tienen esta convicción.(P=0,001)

El sentimiento de culpa por no protegerse durante las relaciones sexuales se asoció significativamente con 5,1 veces más de oportunidad para el uso casi siempre y siempre con la pareja habitual comparados con los que no la sienten (OR=5.1, P=0.001).

La intención de conducta segura con la pareja habitual también mostró diferencias estadísticamente significativas, pues los que tienen intención tienen 21,4 veces más oportunidad de usar el condón casi siempre y siempre (P=0.0001).

7.4. ANÁLISIS MULTIVARIADO

El mínimo número de variables que se mantuvieron en el modelo conservando mayor n de observaciones y mayor verosimilitud fueron: uso del condón como método anticonceptivo, autoeficacia específica para el condón, intención de uso con la pareja sexual habitual y conocimientos acerca del condón.

En la tabla 18 se presentan las variables del modelo logístico ordinal.

Tabla 18. Modelo Multivariado de Regresión Logística Ordinal de Factores Asociados al uso consistente del condón con la pareja sexual habitual.									
Variable	n= 178	ORc*	IC 95%		valor p	ORa**	IC 95%		valor p
			Lim Inf	Lim Sup			Lim Inf	Lim Sup	
Uso del condón como método anticonceptivo	Siempre/algunas veces	1	-	-	-	1	-	-	-
	Casi nunca/nunca	5,2	3,5	7,7	0,0001*	158,3	27,7	903,6	0,0001*
Autoeficacia para uso del condón	Nula o baja	1	-	-	-	1	-	-	-
	Alta o máxima	8,1	3,74	17,6	0,0001*	5,1	1,6	16,6	0,007*
Intención de uso del condón con la pareja habitual	Si	21,4	6,5	71,2	0,0001*	7,3	1,0	50	0,043*
	No	1	-	-	-	1	-	-	-
Conocimientos condón	Medios o bajos	1	-	-	-	1	-	-	-
	Altos	0,63	0,360	1,11	0,10	0,32	0,12	0,84	0,021*

* ORc OR crudo

**ORa OR ajustado

Se encontró que la asociación más fuerte la tuvo estudiantes que nunca o casi nunca usan el condón como método anticonceptivo, pues tienen 158,3 veces más la oportunidad de usarlo casi siempre y siempre con su pareja sexual habitual, comparados con los que lo usan como método de planificación familiar (P=

0,0001) ajustando por las demás variables del modelo. Además de la variable uso del condón como método anticonceptivo, la intención de uso con la pareja habitual y la autoeficacia se asociaron estadísticamente con un mayor uso consistente del condón. En contraste, la variable conocimientos del uso del condón se asoció estadísticamente con un menor uso consistente del condón.

Los jóvenes con autoeficacia para el uso del condón alta o máxima tienen 5,1 veces más la oportunidad de usar el condón siempre y casi siempre comparado con los que de baja o nula ($P=0,007$).

Los jóvenes que tienen la intención de usar el condón con su pareja sexual habitual tienen 7,3 veces más la oportunidad de usarlo siempre y casi siempre comparado con los que no tienen la intención ($P=0,043$).

Los estudiantes con conocimientos altos sobre el condón tienen 0,32 menos oportunidad de usar el condón siempre o casi siempre con su pareja sexual habitual, comparado con los que tienen un nivel de conocimientos medio o bajo ($P=0,021$).

8. DISCUSIÓN

8.1. PRINCIPALES HALLAZGOS

Este análisis de fuentes secundarias tuvo como objetivo identificar la prevalencia y los factores asociados con el uso consistente del condón, definido como la frecuencia del uso del condón con la pareja habitual en tres categorías ordinales: siempre, casi siempre y casi nunca. Los factores predisponentes, facilitadores y reforzantes asociados al fenómeno de estudio fueron establecidos según el modelo teórico PRECEDE – PROCEED, en la población de jóvenes de una Universidad Pública de Cali durante el año 2009.

Con relación a la prevalencia del uso consistente del condón se encontró una prevalencia de casi siempre de 21% y siempre de 21%, en conjunto la prevalencia de uso sería del 42 %.

Existen varias definiciones para uso consistente del condón empleadas en los diferentes estudios sexológicos realizados con población universitaria como se mostró en la tabla 1. Por ejemplo: Siempre en todas las modalidades de relación sexual, sólo en la última relación, en la primera y en la última, en la última relación vaginal, en las relaciones prematrimoniales, etc. Muchas de estas definiciones no establecen temporalidad para dar mayor precisión al reporte por parte de los participantes.

La prevalencia calculada en el presente estudio es similar a la reportada en estudiantes chinos, estadounidenses y ecuatorianos para los cuales se han reportado cifras entre 39% y 43%. (27, 28, 29) Valencia, en su estudio con jóvenes universitarios de Cali, definió el uso consistente como uso del preservativo

en la primera y última relación sexual y encontró una prevalencia de 33%. (5) Esta cifra muestra un incremento comparada con las reportadas por Vera 26 % (28), y por Caballero 39 % (51) en estudiantes universitarios Colombianos en años anteriores. Sin embargo las comparaciones deben ser evaluadas a la luz de las diferencias en las definiciones utilizadas y las diferencias geográficas en las poblaciones. A pesar de que los resultados sugieran un incremento, se deben continuar, mejorar y reforzar las intervenciones en promoción y prevención del VIH para superar esta cifra y mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes universitarios y de los futuros adultos a través del sexo protegido.

Con relación a los factores asociados, se encontró que el no uso del condón como método anticonceptivo explica con mayor fuerza el uso consistente del condón, seguido de la intención de usarlo con la pareja sexual habitual y la autoeficacia alta o máxima para uso del condón. En contraste, el nivel de conocimientos altos se asocia con menor uso consistente del condón. De estos factores el uso del condón como método anticonceptivo hace parte de los factores facilitadores, la autoeficacia y los conocimientos pertenecen a los factores predisponentes y la intención de uso es uno de los factores reforzantes del Modelo PRECEDE.

8.1.1. Desplazamiento del uso del condón por otros métodos anticonceptivos

En la variable predictora uso del condón como método anticonceptivo se observó una gran diferencia entre el ORc de 5,2 (IC95%: 3,5 – 7,7; $p=0,0001$) y el ORa de 158,3 (IC95%: 27,7 – 903,6; $p=0,0001$). Esta diferencia en la magnitud de las estimaciones puede ser explicada por la presencia de correlación positiva entre las variables del modelo final. Se identificó correlación entre uso del condón como método anticonceptivo, autoeficacia e intención de uso. El cambio en la magnitud de los ORc y ORa superior al 10%, puede indicar la presencia de un factor de confusión. Es posible que el factor de confusión sea el uso de otro método

anticonceptivo, teniendo en cuenta que el uso del condón puede ser influenciado por la decisión de utilizar o no otro tipo de método de planificación familiar, como por ejemplo los métodos hormonales. En el presente estudio no se midió la confusión, puesto que solo se estratificó la variable resultado por frecuencia de uso y no por uso de otro método, a saber: sólo uso del condón como método anticonceptivo, solo uso de otro método anticonceptivo y combinación de otros métodos con condón. También sería útil determinar si el acceso a los preservativos tiene influencia sinérgica sobre la variable, el cual no se analizó en el presente estudio.

Existe consenso sobre la eficacia de la estrategia ABC acerca de que el uso del condón en forma consistente es una estrategia eficaz en la prevención del VIH/SIDA, más aún cuando se trata de población joven quienes por las características propias de la edad constituyen un grupo de riesgo y representan el 41% de las nuevas infecciones a nivel mundial por VIH, según lo planteado por ONUSIDA en su informe del 2015. (1)

La fuerza de la asociación encontrada entre el uso consistente casi nunca con la pareja sexual habitual y el uso de condón como método anticonceptivo puede explicarse por el desplazamiento del uso del condón por otro método anticonceptivo, probablemente porque los jóvenes dan mayor importancia a la anticoncepción que a la prevención del VIH, a pesar de que se sienten vulnerables de contraer la infección.

Este desplazamiento ha sido ampliamente descrito en población universitaria y en este estudio se corrobora dicho hallazgo. (5, 6, 7, 8, 10, 11, 24) La mayor frecuencia de la práctica de las relaciones sexuales puede llevar a establecer acuerdos de uso de otros métodos anticonceptivos. (10, 16, 24, 27, 29, 66) Milhausen describe que para el 58,9 % de los jóvenes de su estudio, la principal razón para el uso del condón fue la anticoncepción, 35 % con fines

anticonceptivos y de protección para ITS y sólo el 6 % para protección contra las ITS. También reporta un desplazamiento del uso del condón por el uso de otro método anticonceptivo en un 65,9 %. Para dicho estudio, el uso de anticonceptivos orales tuvo un efecto negativo sobre el uso del condón. (66)

También podría tener relación con el desplazamiento del uso del condón el incremento de la práctica de las relaciones anales. En el presente estudio se encontró una prevalencia de la práctica de las relaciones sexuales anales de 33%. De estos jóvenes sólo el 56 % usó el condón casi siempre y siempre. Esta cifra muestra un incremento de las relaciones anales comparada con la reportada por Valencia (29%) y por Zhihao en estudiantes Chinos (9,1%). (65) De igual manera, Kanekar identificó esta práctica como un factor de riesgo en su estudio, pues encontró una asociación entre el número de parejas sexuales y la frecuencia de uso del condón en los últimos 30 días para el sexo vaginal y anal. (31)

Desde el punto de vista de los jóvenes acerca de que es prioritario evitar embarazos no deseados antes que la prevención contra las ITS, la práctica de las relaciones sexuales anales podría interpretarse como una práctica sexual que no requiere anticoncepción y por tanto no requiere el uso del condón. Sin embargo es conocido que representa una conducta de riesgo y más aún cuando se practica sin protección.

Otra posible explicación acerca del desplazamiento del uso del condón es el hecho de que las parejas de jóvenes a pesar de que tienen habilidades de comunicación y negociación en aspectos de su sexualidad, también establecen acuerdos de fidelidad que generan sentimientos de confianza y compromiso mutuo. Ante esa falsa seguridad que proporciona la pareja sexual habitual, el principal riesgo percibido es un embarazo no deseado y para ello recurren al uso de otros métodos de planificación. Con relación a este tema un estudio realizado por Civic en jóvenes universitarios encontró que mayores niveles de amor,

relaciones más largas y serias tuvieron una correlación negativa con el uso del condón. (59)

De igual manera el enfoque de género a nivel cultural puede aportar alguna explicación con relación al desplazamiento, dado que algunas mujeres viven en sociedades con cultura machista y se sienten sometidas en aspectos de su sexualidad, dejando de lado su autonomía y empoderamiento de su salud sexual y reproductiva. Existen estereotipos y roles de género diferenciados para hombres y mujeres con relación a la satisfacción sexual basados en el afecto, las emociones y la confianza hacia la pareja, los cuales marcan diferencias en muchos aspectos de su vida cotidiana, incluida su conducta sexual y las decisiones y sentimientos que se derivan de ella. (72)

Hay estudios que evidencian esta diferencia de género, como el realizado por Valencia, quien reportó diferencias significativas por sexo para el uso consistente del condón, pues encontró mayor nivel de conocimientos, uso, intensión de uso y actitud positiva hacia el preservativo en hombres que en mujeres, siendo un predictor del uso consistente el pertenecer al sexo masculino (5). Valencia también encontró mayor desplazamiento del uso del condón por otro método anticonceptivo por parte de las mujeres. (5)

De igual manera, Milhausen reportó que los hombres eran más propensos a usar condón en su última relación sexual (55%) y las mujeres a usar anticonceptivos orales solamente (32%) o anticonceptivos orales combinados con el uso del condón (23%). (66) Tung identificó que las mujeres reportaron menos auto-eficacia y perciben más barreras para el uso de condones. (73)

Algunas mujeres universitarias son víctimas de algunas formas de violencia sexual lo que les resta autonomía y empoderamiento sobre su salud sexual. Se ha reportado en jóvenes universitarios formas de violencia sexual como la coerción

sexual y la agresión verbal en un 31,7% y 78% respectivamente. (47) La existencia de abuso en las relaciones heterosexuales más a menudo coloca la pareja femenina en una menor posición de poder que la pareja masculina, lo que hace difícil para ella negociar el uso del condón y poniéndola en un mayor riesgo de contraer VIH y otras ITS. (47) La violencia por parte de la pareja sexual podría ser una posible explicación a la diferencia que existe entre la intención de uso y uso del condón en mujeres maltratadas.

8.1.2. Autoeficacia para uso del condón

Según Bandura, la Autoeficacia hace referencia a la creencia que tiene una persona sobre su capacidad para ejecutar una acción en pro de alcanzar un objetivo o pensando en una situación futura (Bandura, 1991). En este sentido la autoeficacia en el ser humano permite tener el control del funcionamiento desde el estado emocional, afectivo y psicológico, hasta los procesos cognitivos y emocionales. Por tanto la autoeficacia contribuye al desarrollo del autocuidado y mantenimiento de comportamientos saludables al conservar la motivación por una continua prevención, como en el caso de la infección por VIH. (64)

Con relación a la autoeficacia para el uso del condón fue alta en la mayoría de los estudiantes, sin mostrarse diferencias por sexo, igual que en otros estudiantes a nivel latinoamericano. (12, 24, 27) Tung encontró que los estudiantes sexualmente abstinentes que se perciben a sí mismos como más auto-eficaces y con actitud positiva hacia la utilización de preservativos son más propensos a tener intenciones de usar condones en el futuro. (73)

La autoeficacia para el uso del condón es un elemento de mucho valor en lo que se refiere al uso consistente del condón con la pareja sexual habitual puesto que es la capacidad de confrontar todas las emociones que rodean el acto sexual y ser

capaz de razonar y de sacar a relucir el autocuidado negándose a tener relaciones sexuales sin usar el preservativo. Esta capacidad está influenciada por las creencias, las actitudes, las percepciones y las conductas. El tener altos niveles de autoeficacia es un factor que se asocia con el uso consistente del preservativo. (43)

En el presente estudio se encontró que los jóvenes tienen niveles altos de autoeficacia que los podrían ayudar a tomar decisiones adecuadas frente a situaciones que pueden poner en riesgo su salud, específicamente a negarse a tener relaciones sexuales sin usar el preservativo. Por lo tanto, es importante desde la familia y las instituciones educativas fortalecer esta capacidad personal desde una perspectiva de salud interdisciplinaria en la que se consoliden las bases de una personalidad con carácter razonable y una sexualidad responsable desde edades tempranas con el fin de preparar al joven para el inicio de su vida sexual con una perspectiva de prevención del riesgo. (43)

8.1.3. Intención de uso del condón con la pareja sexual habitual.

La intención precede al uso y es la voluntad de utilizar el condón en aras de alcanzar protección, Sin embargo es poca la proporción de jóvenes que hacen efectiva esa voluntad de autocuidado, porque la intención está vinculada al deseo y no al resultado. (39) El comportamiento de un individuo puede cambiar muy rápidamente en respuesta a los estímulos ambientales, como por ejemplo la disponibilidad del condón. (26)

La teoría del comportamiento planeado propuesta por Ajzen en 1991, utiliza tres constructos para predecir la intención de comportamiento de un individuo: las

actitudes, la norma subjetiva y la autoeficacia. Las intenciones de comportamiento se utilizan para predecir el comportamiento de un individuo. Como regla general, cuanto más favorable son las actitudes, las normas subjetivas y el control conductual percibido, más fuerte es la intención de la persona para realizar tal comportamiento. La intención de este modo se supone que es un antecedente inmediato de la conducta. (30, 71)

Con relación a la intención de uso del preservativo en forma consistente se encontró que la intención de uso fue del 95%, y el uso consistente con la pareja 42%. Lo cual confirma que la intención de uso y el uso son modificadas por otros factores como el entorno, condiciones de acceso, vínculos afectivos, patrones de personalidad entre otros como se ha reportado en otras investigaciones. (39) Algunos estudios han descrito esta diferencia entre la intención de uso del preservativo y el uso consistente. (24, 30)

Se recomienda que los programas de educación sobre el VIH deben apuntar a aumentar la intención de usar preservativos a través de la promoción de actitudes positivas, las normas subjetivas y el control de comportamiento percibido del uso del preservativo. En España se encontró que la aplicación de un programa de prevención produjo mejoras en las actitudes y se mantuvieron altos los niveles de intención hacia el uso del condón, con lo que se esperaba que se incrementara el uso. (76) Actualmente se desarrollan en las instituciones educativas, servicios de Salud del estado y a través de los medios de comunicación algunas intervenciones de tipo psicológicas y educativas que son de gran utilidad para mejorar las actitudes hacia el condón y el VIH en los jóvenes reforzando las estrategias de promoción y prevención del VIH/SIDA basada en prácticas seguras y saludables orientadas al autocuidado.

8.1.4. Conocimientos sobre el condón

El nivel de conocimientos alto no condiciona el uso del condón, esto en concordancia con otros estudios. (21, 22, 24, 30, 31, 37) Se observó que los estudiantes con menos conocimiento son quienes mayor oportunidad de uso consistente presentan. Estos conocimientos fueron medidos en escala y corresponden a datos como condiciones de almacenamiento, fecha de vencimiento, algunos aspectos de su colocación y retiro. En contraste, Burazari, reportó que el conocimiento sobre las ITS es un predictor independiente de uso consistente del condón entre los estudiantes universitarios de Tirana, Albania. (22)

Este resultado podría ser explicado por la teoría de conocimientos, actitudes y prácticas, en la que se expone que las prácticas no están determinadas por los conocimientos. (39) El conocimiento en sí es fundamental y relevante para el proceso de entendimiento y explicación de un fenómeno. Sin embargo, es importante considerar el proceso de interpretación de la información para comprender los patrones conductuales posteriores frente al mismo fenómeno, en este caso, sobre el uso consistente del condón. (38) El conocimiento es importante para el entendimiento de los eventos y de sus orígenes pero no es suficiente para producir las conductas de prevención o para el cambio de conductas de riesgo, al igual que la forma de actuar frente al mismo fenómeno. No es suficiente como agente de cambio conductual, siendo necesario adicionar los constructos como las actitudes, las creencias, las normas sociales, las percepciones de riesgo, los valores humanos y de la personalidad con el fin de estudiar su relación directa con las prácticas de los diferentes grupos de individuos. (39) Para este estudio se identificó que tener conocimientos altos sobre el condón es un factor de riesgo para no usar el condón en forma consistente con la pareja sexual habitual entre los jóvenes universitarios. Sin embargo, es importante continuar transmitiendo y reforzando la información acerca del uso correcto del condón para contribuir a que

el individuo desarrolle habilidades necesarias un uso correcto y beneficiarse de la máxima protección que este ofrece.

El modelo de Conocimientos, Actitudes y Practicas propuesto por Fishbein (71) ha demostrado que los conocimientos en prevención del VIH, la motivación o actitudes y las habilidades de comportamiento o prácticas, son los determinantes fundamentales de la conducta preventiva contra el VIH. El modelo asume que una persona debe tener buen nivel de conocimientos, actitud positiva y prácticas de autoeficacia para realizar conductas preventivas. Por otra parte, los conocimientos sobre prevención del VIH y la actitud son generalmente considerados como constructos independientes en el modelo. En concreto, las personas con conocimientos no son necesariamente motivados a cambiar sus comportamientos, y los individuos motivados no necesariamente tienen buenos conocimientos acerca de la prevención del VIH. (70) Bimbela tampoco encontró asociación con los conocimientos y adiciona que la información es condición necesaria pero no suficiente para cambiar los comportamientos. (16)

Los medios de comunicación desempeñan un papel importante en la difusión de información sobre el VIH / SIDA entre los estudiantes universitarios, que la reportan como principal fuente de información, seguidos de los trabajadores de la salud y por último los padres. (21) Esto debido a que los padres tienen dificultad para hablar abiertamente sobre el VIH / SIDA con sus hijos probablemente por falta de información, la estructura familiar, la cultura conservadora, creencias religiosas y tradicionales en temas de sexualidad, el uso del condón y el matrimonio. (21) Hay una necesidad de de que los padres mejoren la comunicación con los jóvenes en temas de sexualidad. También para las instituciones educativas existe la necesidad de idear medios para promover la academia basada en la educación en salud sexual y reproductiva.

8.1.5. Intervenciones realizadas con población de jóvenes en prevención de VIH

Según Cáceres, en España se mostró que la aplicación de un programa de prevención produjo mejoras en las actitudes y se mantuvieron altos los niveles de intención hacia el uso del condón, con lo que se esperaba que se incrementara el uso. (66)

Se han descrito en la literatura diferentes intervenciones realizadas en Latinoamérica a lo largo de los veinte años de la epidemia, las cuales han evolucionado según los diferentes hallazgos relacionados con el comportamiento de los jóvenes, pero o se ha reportado su evaluación. Entre ellas: campañas masivas de información a través de los medios de comunicación, programas de educación sexual que siguen los formatos pedagógicos tradicionales en las instituciones educativas principalmente a nivel de educación secundaria incorporados en el currículo oficial, programas de educación especial con pares de jóvenes, “Servicios amigables” prestados por el Estado en sus centros de atención Nivel I y II. En algunas Universidades de Estados Unidos se cuenta con servicios de consulta online atendidos por personal de salud que están disponibles en algunos horarios para que los jóvenes obtengan información confiable y resuelvan sus inquietudes acerca de su sexualidad y salud reproductiva. (26, 66)

En China, las escuelas son los principales lugares donde los estudiantes adquieren conocimientos y habilidades de comportamiento. Un estudio reciente encontró que las intervenciones de prevención del VIH en las escuelas pueden ser la estrategia más eficiente y metodológica para los jóvenes en riesgo de infección por el VIH. (65)

Un estudio reciente mostró que la educación sexual basada en la escuela de alta calidad es una intervención eficaz para la difusión de los conocimientos relacionados con el VIH y los comportamientos sexuales de riesgo entre los estudiantes, incluyendo retrasar adecuadamente la aparición de la primera relación sexual y aumentar significativamente la proporción de sexo seguro. (65)

Abiodun y cols describen que en Ghana se han implementado clubes de VIH/SIDA en las Instituciones Universitarias con el objetivo de formar a los estudiantes universitarios como educadores de pares contribuyendo a la sensibilización y el conocimiento del VIH / SIDA en sus respectivos campus. (21)

8.1.5.1. Intervenciones realizadas por el servicio de salud universitario en Salud Sexual y Reproductiva

En el servicio de salud estudiantil de la Universidad se prestan servicios de Salud Sexual y Reproductiva orientados a realizar detección temprana del Cáncer de cuello uterino, detección temprana de las alteraciones del embarazo, atención en planificación familiar, detección temprana de ITS. Estos servicios son prestados por un profesional de Enfermería.

Entre las actividades de planificación se da consejería y se presta ayuda económica a través de convenios con laboratorios farmacéuticos para recambio de anticonceptivos orales, lo cual garantiza en alguna medida el acceso de las mujeres a los métodos de anticoncepción.

El servicio de salud cuenta con un dispensador de condones de propiedad de un laboratorio farmacéutico. Se encuentra ubicado dentro del consultorio del profesional de Enfermería del servicio de salud y cada condón tiene un precio establecido. El número de dispensadores, su ubicación, horario de acceso y costo

podrían representar barreras para los jóvenes que como consecuencia ocasiona el no uso del preservativo.

Los jóvenes tienen fácil acceso a la consejería y pruebas diagnósticas para VIH y serología a través del servicio de salud, por ello se ha podido medir que el número de estudiantes con VIH está incrementando en la población de Universidad del Valle. A los casos que han sido reportados como seropositivos el servicio de salud les realiza seguimiento, consejería y soporte psicológico.

Entre las estrategias de comunicación que utiliza actualmente o ha utilizado el servicio de salud para informar y prevenir sobre el VIH/SIDA y las otras ITS a los estudiantes, están el uso del correo electrónico, la página web de la Universidad y folletos y carteleros. La última campaña de prevención fue realizada el 1 de diciembre de 2014.

Para prevenir el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas entre los jóvenes universitarios se han desarrollado campañas educativas alusivas a la prevención del consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y de sustancias psicoactivas, las cuales se realizan en ambos campus universitarios cada año en el día mundial sin tabaco: Mayo 31. La última campaña de prevención se realizó el 1 de junio de 2015 en Meléndez y San Fernando.

8.2. OTROS HALLAZGOS

Es importante resaltar otros aspectos del análisis bivariado entre ellos se observó que las mujeres son quienes menor uso consistente del preservativo practican en concordancia con lo planteado por Teva y Milhausen. (66, 72) El ser hombre sigue siendo un factor asociado con el uso consistente como ha sido reportado por

otros autores. (17, 37) Esto puede sugerir que las mujeres desplazan el condón por otro método anticonceptivo, por la adopción de otras prácticas para evitar el embarazo, por su condición de género dentro de una cultura machista o simplemente porque sus emociones median en sus comportamientos. (5, 15) Es un tema que requiere de mayor profundidad en esta comunidad universitaria.

Adicionalmente se observó que el incremento de la edad y la frecuencia de las relaciones sexuales hacen que se use menos el condón entre los jóvenes. La asociación entre la edad y el uso consistente coincide con otros estudios (26, 29) y podría explicarse por el hecho de que en la medida que incrementa la edad los jóvenes tienen mayor probabilidad de establecer relaciones de pareja más duraderas, lo que a su vez conlleva a mayor confianza y al desplazamiento del uso del preservativo por otro método de planificación familiar. (24) Kanekar encontró que la edad fue un predictor sociodemográfico del uso consistente siendo que a menor edad hay mayor uso. (31) De igual manera Milhausen reporta mayor uso del condón entre los estudiantes más jóvenes. (66)

Sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, se observó un incremento de 14 años según lo reportado por la Encuesta de Demografía y Salud a 16 años según lo reportado en el presente estudio. Este hallazgo es similar a la edad reportada para inicio de las relaciones sexuales en jóvenes Estadounidenses (16-17 años). (25, 26, 29) Esta edad es inferior a la reportada en estudios con población de jóvenes chinos (20 años). (30, 73) Esta diferencia puede deberse a factores relacionados con la cultural oriental, la cual es más conservadora que la occidental en aspectos de la sexualidad. (30, 73)

Hubo diferencias significativas que sugieren mayor oportunidad de usar el condón siempre y casi siempre con la pareja sexual habitual en aquellos que han iniciado más tarde su vida sexual, en concordancia con otros estudios, (4,5)

probablemente porque a mayor edad las relaciones se transforman en formales generando a los jóvenes sentimientos de estabilidad y confianza.

La actitud hacia el condón mostró deferencias significativas, sin embargo, no se mantuvo en el modelo final probablemente porque la disposición hacia el uso pueda estar mediada por otros factores de tipo personal, emocional que interfieren notablemente en la conducta como lo han mostrado otros estudios. (20, 31)

Los estudiantes con orientación heterosexual y aquellos que practican de relaciones anales y bucogenitales tuvieron menor oportunidad de uso consistente del condón. Si bien las relaciones anales y bucogenitales son cada vez más frecuentes, se reporta menor uso consistente del condón en este tipo de relaciones sexuales que las relaciones vaginales, en concordancia con otros estudios. (11, 13, 27, 28)

La mayor actividad sexual también se asoció con menor uso del preservativo con la pareja habitual, en concordancia con lo planteado por otros autores. (17, 31) Todo lo anterior puede estar relacionado con que la prioridad para el uso del preservativo sea la de evitar embarazos y no la protección contra las ITS, a pesar de que la percepción de los factores de riesgo fue bien identificada y los sentimientos de vulnerabilidad fueron altos dentro de la población de estudio al igual que en otros estudiantes universitarios. (20, 30)

Con relación al uso consistente con parejas ocasionales no tuvo suficiente validez estadística por el número pequeño de observaciones, pero se encontró mayores oportunidades de uso. Lo anterior sugiere la realización de otros estudios al respecto, ya que no hay reportes sobre la diferencia de usar el condón en forma consistente con la pareja sexual habitual y la ocasional en estudiantes universitarios.

En concordancia con lo reportado con estudiantes de Ghana, la aceptación del condón entre pares de jóvenes reforzó el uso consistente. (18)

Los sentimientos de infidelidad también fueron determinantes a la hora de usar el condón en forma consistente, posiblemente por los sentimientos de culpa al quebrantar los acuerdos de fidelidad y confianza entre las parejas. (5)

Sobre la percepción de que el uso del condón intensifica la experiencia de placer al sentirse más protegido, fue una opinión que mostró gran aceptación entre los jóvenes pero no fue un factor asociado en el modelo final. Sin embargo es un tema que podría explorarse en mayor profundidad con enfoque de género.

8.3. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

8.3.1. Fortalezas.

Entre las fortalezas del presente estudio están que la encuesta utilizada en el proyecto original para la recolección de la información llevó a cabo un proceso de validación en términos de validez facial, análisis de confiabilidad de las escalas para medir conocimientos, percepción de riesgo, creencias, autoeficacia, actitudes y habilidades. Se hicieron pruebas piloto de la encuesta y para el software. También es importante mencionar que la encuesta fue resuelta por los estudiantes desde su sitio de preferencia que garantizara las condiciones óptimas de privacidad el joven para responder aspectos íntimos y minimizar el sesgo de reporte. Todo lo anterior permitió disminuir el sesgo de reporte y obtener mayor confiabilidad de los datos.

Teniendo en cuenta el diseño de muestreo estratificado por facultad, todas las estimaciones en el análisis univariado, bivariado y múltiple se realizaron teniendo en cuenta el efecto de los pesos ponderados por facultad, lo cual confiere mayor precisión a las estimaciones.

El modelo teórico orientador del proyecto fue el modelo PRECEDE – PROCEED y el instrumento para la recolección de datos fue diseñado para el estudio original con base en dicho modelo.

8.3.2. Limitaciones.

Como limitaciones es posible que por tratarse de un estudio sexológico, hubo sesgo de reporte en las respuestas que tienen que ver con conductas de mayor estigma social a pesar de haberse garantizado la privacidad de la información, por tanto pueden verse subestimadas las asociaciones.

Este análisis sólo se realizó en una Universidad Pública, por tanto no es posible generalizar los resultados a todos los estudiantes de Universidades Públicas por fuera de la ciudad de Cali.

Hubo un 39,5% de no respuesta en la variable de interés: uso del condón con la pareja sexual habitual. Por tanto se redujo el tamaño de muestra, esto afectó el poder estadístico de la muestra el cual disminuyó al 45%. A pesar de esto el tamaño de muestra permitió encontrar asociaciones y desarrollar un análisis multivariado.

Pudo haber un sesgo de memoria, pues los estudiantes debían recordar muy bien la frecuencia del uso del condón, se habla de tres meses máximo para que el recuerdo sea confiable. (66)

La temporalidad de la variable resultado no es precisa dado que no se conoce la definición que tiene para los jóvenes “pareja sexual habitual” y podría cambiar de ocasional a habitual en poco tiempo de conocerla o con pocos requisitos en relación con su salud física, emocional y social, creando una falsa seguridad que conlleva a pensar que ya no es necesario la prevención en la práctica de las relaciones sexuales.

Hubo variables de importancia clínica como la motivación para el uso del condón por el sentimiento culpa y la frecuencia del uso del preservativo con parejas ocasionales que no fue posible analizar por la limitación del poder estadístico de dichas variables con pocas observaciones.

8.4. IMPLICACIONES EN SALUD PÚBLICA

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones en la salud pública, puesto que se identificó entre los jóvenes una baja prevalencia del uso consistente del condón siempre y casi siempre con su pareja sexual habitual. Lo que podría aumentar las tasas de incidencia para infección por VIH/SIDA en la población joven, al no practicar el sexo protegido como estrategia para disminuir la epidemia a nivel mundial, según lo planteado en los objetivos de desarrollo del milenio. (1, 2, 3, 9, 32)

Los resultados del presente estudio deben servir como base para la formulación de políticas públicas que conduzcan a intervenciones que promuevan el uso masivo del condón y reduzcan las conductas de riesgo entre los estudiantes universitarios, ya que estos pertenecen a un grupo de edad que se encuentra en mayor riesgo de infección por VIH.

Es prioritario continuar reforzando las intervenciones orientadas a concientizar a los jóvenes sobre la prevención del VIH y las ITS a través del uso consistente del condón. De igual manera, es importante rescatar el uso del condón como método anticonceptivo de doble protección entre los jóvenes.

Dado que este estudio reportó menor uso consistente del condón en las mujeres universitarias, se puede considerar que la población femenina estudiantil está incurriendo en riesgos para su salud sexual y reproductiva. Por tanto es importante que se empodere a la mujer en el tema, en concordancia con lo planteado en el plan decenal de salud con relación a la salud de los jóvenes y de la mujer.

Las prácticas sexuales anales son cada vez más frecuentes entre los jóvenes universitarios lo cual podría incrementar el riesgo de la población joven aún más si se realizan sin protección. Por tanto es importante educar a la población en cuanto al efecto protector que brinda el condón en estos casos.

Todos los anteriores constituyen comportamientos de riesgo para los estudiantes universitarios sumado a los múltiples factores que asumen dentro de su entorno y características propias de la edad y de su personalidad en formación. Es importante fortalecer las políticas públicas de salud a nivel universitario y locales, pues se requieren mayores esfuerzos para educar y reforzar las actividades de promoción y prevención en los jóvenes, lo cual se espera redunde en una mejor salud de nuestra población, minimizando los riesgos y optimizando los recursos disponibles.

8.4.1. Implicaciones para el servicio de salud de la Universidad

Los servicios en promoción y prevención de salud sexual y reproductiva de los estudiantes de la Universidad del Valle están enfocados a prestar consejería en prevención de VIH e ITS y planificación familiar.

El objetivo de la mayoría de las intervenciones es cambiar el comportamiento y los jóvenes son agentes de cambio. La universidad es una organización y las organizaciones tienen una dinámica más lenta cuando se requiere implementar nuevos proyectos a sus procesos. Para los jóvenes la universidad es un espacio importante de socialización el cual tiene una duración limitada. En su paso por la universidad los jóvenes inician comportamientos de riesgo y se establecen patrones de comportamiento en salud (26) que pueden ser modificados o permanecer hasta su edad adulta.

En ese orden de ideas, la estadía universitaria es la oportunidad ideal para poner en marcha intervenciones encaminadas a brindar a los estudiantes las herramientas necesarias que les permita desarrollar habilidades personales en autoeficacia, comunicación de pareja, mejorar sus actitudes hacia el condón y el VIH e incrementar el uso del condón.

Con estos resultados se pretende sensibilizar a la comunidad universitaria sobre la problemática de salud sexual y generar expectativas de cambio para la planeación de actividades y recursos desde el Área de Promoción y Prevención que contribuyan al mejoramiento de las prácticas sexuales de los jóvenes.

Entre las estrategias que podrían implementarse a partir de estos resultados están las campañas educativas, con el propósito de suministrar información en temas de salud sexual y reproductiva para mejorar el nivel de conocimientos entre los estudiantes. A pesar de que ya se sabe que los conocimientos por si solos no

definen cambios en el comportamiento, si son necesarios para desarrollar las habilidades personales y actitudes positivas que refuerzan la decisión de efectuar la conducta preventiva que se quiere promover. Los jóvenes necesitan intervenciones oportunas para motivarlos a modificar sus prácticas de riesgo y que su paso por la universidad deje huella en su salud sexual y reproductiva.

Vincular sectores de la industria farmacéutica para que patrocinen la dispensación de condones gratuitos o a muy bajo costo, es una estrategia de mercadeo viable y que proporciona sostenibilidad del servicio. Pues existen barreras de tipo social como la falta de recursos económicos, que limitan el acceso a los condones aumentando el riesgo de que los jóvenes tengan relaciones sexuales sin protección.

8.5. FUTUROS ESTUDIOS

La frecuencia de la práctica de las relaciones sexuales anales es casi la mitad de las relaciones vaginales, por tanto en un estudio futuro con población universitaria podrían analizarse cuáles son los factores asociados a dicha práctica utilizando el modelo PRECEDE- PROCEED. Igualmente es importante identificar si se realiza dentro del contexto de sexo protegido.

Existe una gran diferencia entre la intención de uso siempre, la cual fue del 95%, y el uso consistente con la pareja (42%). Sería importante analizar cuáles son los factores causales de esta diferencia. Los estudios psicosociales podrían aportar muchos elementos que ayuden a explicar este comportamiento humano en términos de salud sexual y reproductiva.

Se sugieren estudios experimentales o cuasi-experimentales para determinar el papel de los recursos de salud sexual en conductas de salud sexual de los estudiantes. Por ejemplo, este tipo de estudios podría ayudar a establecer si traer un programa de distribución de condones en la universidad cambia conductas de los estudiantes. O el efecto que tiene sobre el uso del condón la aplicación de una intervención educativa en prevención del VIH/SIDA.

Dado que las cifras de infección por VIH e ITS van en incremento entre los estudiantes de la Universidad, podría realizarse un estudio de seroprevalencia para conocer con exactitud la situación real de la infección dentro del campus universitario.

8.6. CONCLUSIONES

El modelo PRECEDE- PROCEED permitió analizar el uso consistente del condón entre los jóvenes universitarios, por tanto es útil para efectuar el diagnóstico de la conducta sexual, explicando un 86,9 % de la variabilidad del modelo. Sin embargo cabe resaltar que el modelo permite analizar aspectos relacionados con las barreras sociales, pero en el presente estudio no fueron incluidas.

La prevalencia de uso consistente del condón siempre y casi siempre sumadas alcanza el 42%, observándose un incremento comparadas con las reportadas en estudiantes universitarios Colombianos en años anteriores y es similar a la reportada a nivel internacional. Sin embargo se deben continuar, mejorar y reforzar las intervenciones en promoción y prevención del VIH para superar esta cifra y mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes universitarios y futuros adultos a través del sexo protegido.

El comportamiento sexual de los jóvenes universitarios es multidimensional y multifactorial, por lo tanto el modelo que aquí se presentó, aporta elementos explicativos respecto a las variables que generan efectos directos en el uso del condón en esta población estudiantil de carácter oficial. Es conveniente realizar otros análisis en diversas regiones geográficas y con estudiantes de universidades privadas, que tomen en cuenta las diferencias de género y la importancia de examinar el contexto psicosocial donde interactúan los jóvenes.

El uso de otro método anticonceptivo con la pareja sexual habitual se convierte en un factor de riesgo para el no uso consistente del condón y por tanto un factor de riesgo para contraer la infección del VIH en la población de jóvenes universitarios.

Los hallazgos sugieren que para los jóvenes universitarios es más relevante la preocupación por prevenir embarazos no deseados que infectarse con VIH u otras ITS. En este sentido, es pertinente plantear intervenciones encaminadas de forma prioritaria a conseguir que los jóvenes perciban la compatibilidad entre la confianza en la pareja y las medidas preventivas a través de su participación activa y crítica.

Los estudiantes de la Universidad necesitan ser entrenados en el aumento de sus capacidades de auto-eficacia con respecto al uso del preservativo y la negociación del condón con sus parejas para mejorar la prevalencia de uso consistente del condón.

Es importante destinar recursos en el campus universitario para que el servicio de salud realice actividades educativas con los estudiantes aunque no haya evidencia que los conocimientos reduzcan los comportamientos de riesgo, si es una condición necesaria para cambiarlos.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ONUSIDA. Estrategia de ONUSIDA 2015 [Available from: <http://www.unaids.org/es/aboutunaids/unaidsstrategygoalsby2015>. Consultado 1 de octubre de 2015.
2. Salud INd. Protocolo de vigilancia en Salud Pública, VIH/SIDA 2015 [Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20VIH%20-%20SIDA.pdf>. Consultado 1 de octubre de 2015.
3. ONUSIDA. Informe Mundial sobre la Epidemia del VIH/SIDA 2013 2015 [Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf. Consultado 1 de octubre de 2015.
4. Martínez Torres J, Parada Capacho L, Duarte K. Uso de condón en la primera relación sexual en estudiantes entre 18 y 26 años de una universidad pública. Usage of condoms by public college students aged 18-26 during initial act of intercourse. 2013;16(3):112-7.
5. Valencia CP, Canaval GE. [Factors predisposing, facilitating and strengthening condom use amongst university students in Cali, Colombia]. Rev Salud Publica (Bogota). 2012;14(5):810-21.
6. Manning W, Longmore M, Giordano P. The relationship International AIDS Society 2010; 2:13-7. context of contraceptive use at first intercourse. Fam 20. Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R, Grupo de Plann Perspect 2000; 32(3):104-110. Estudos em População SeA. Age and condom use at.
7. García J, Mercado A, Lubo M. Uso del condón en la first sexual intercourse of Brazilian adolescents. Rev primera relación coital en estudiantes universitarios de la Saude Pública 2008; 42(Supl 1):45-53. ciudad de Santa Marta. Rev Duaz 2011 Feb:201-4.
8. Ceballos G, Campo-Arias A. Prevalencia de uso de Tercera ed. Washington: Aspen Publishers Inc; 2000. condón en la primera relación sexual en adolescentes de 22. Kellogg-Spadt S, Rosenbaum T, Dweck A, Millheiser L, Santa Marta, Colombia: diferencias por género. Pillai-Friedman S, Krychman M. Sexual Health and MedUNAB 2005; 8(3):59-64.
9. Colectivo Sergay de Aguascalientes, AC. El enfoque ABC para la prevención sexual del VIH. Editorial World Visión.San José de Costa Rica, 2007. Pág. 15-20.
- 10.Kirby D, Lepore G; Ryan G. Sexual Risk and Protective Factors. Factors Affecting Teen Sexual Behavior, Pregnancy, Childbearing And Sexually Transmitted Disease: Which Are

Important? Which Can You Change? Putting. What Works to Work. A Project of National Campaign to prevent teen pregnancy. M.A. ETR Associates; August 2005.

11.De la Rubia JM. Conducta sexual y uso del preservativo en estudiantes universitarios. (Spanish). *Medicina Universitaria*. 2007;9(37):173-80.

12.María C-D, Ligia V-G. Autoeficacia ante conductas de riesgo para la infección por VIH/SIDA en jóvenes de Sinanché, una comunidad rural de Yucatán, México. (Spanish). 2006;12(1):35-51.

13.Benincasa M, Rezende MM, Coniaric J. Unprotected sex and adolescents: risk and protection factors (English). 2008;10(2):121-34.

14.Sanchez-Guerrero SA. Coments to the manuscript; VIH in Mexican blood donors and estimated transfusional. *Revista De Investigacion Clinica*. 2008;60(6):545-6.

15.Donadiki EM, Jimenez-Garcia R, Velonakis EG, Hernandez-Barrera V, Sourtzi P, Lopez de Andres A, et al. Factors Related to Contraceptive Methods among Female Higher Education Students in Greece. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2013;26(6):334-9.

16.March JLBJMJNAPGJC. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones. *Gac Sanit*. 2002;16 (No.4):10.

17.Abdullah ASM, Fielding R, Hedley AJ. Understanding sexual risk taking behaviour in Hong Kong university students : A health promotion perspective. *Preventive Medicine*. 2003;37(4):311-8.

18.Bosomptra K. Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: an application of the theory of reasoned action. *Social Science & Medicine*. 2001;52(7):1057-69.

19.Cáceres D, Salazar I, Varela M, Tovar J. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. (Spanish). *Universitas Psychologica*. 2006;5(3):521-34.

20. Kennedy BL, Roberts ST. Truths and Myths That Influence the Sexual Decision-Making Process Among Young Multiethnic College Women. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2009;23(5):366-75.

21. Abiodun O, Sotunsa J, Ani F, Jaiyesimi E. Knowledge of HIV/AIDS and predictors of uptake of HIV counseling and testing among undergraduate students of a privately owned university in Nigeria. *BMC Res Notes*. 2014;7:639.

22. Burazeri G, Roshi E, Tavanxhi N. Does knowledge about sexually transmitted infections increase the likelihood of consistent condom use? *Preventive Medicine*. 2004;39(6):1077-9.

- 23.Lou C-h, Zhao Q, Gao E-S, Shah IH. Can the Internet Be Used Effectively to Provide Sex Education to Young People in China? *Journal of Adolescent Health*. 2006;39(5):720-8.
- 24.LAMEIRAS FERNANDEZ M, FAILDE GARRIDO JM, BIMBELA PEDROLA JL. Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años. *Diversitas*. 2008;4(2):401-15.
- 25.Berg CJ, Lowe K, Stratton E, Goodwin SB, Grimsley L, Rodd J, et al. Sociodemographic, Psychosocial, and Health Behavior Risk Factors Associated with Sexual Risk Behaviors among Southeastern US College Students. *Open J Prev Med*. 2014;4(6):387-95.
- 26.Eisenberg ME, Lust KA, Garcia CM. Differences in sexual behaviors among unmarried sexually active students at 2- and 4-year colleges. *Res Nurs Health*. 2014;37(2):128-34.
- 27.Saeteros Hernández RdC, Pérez Piñero CJ, Sanabria Ramos CG. Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. *Sexuality experiences of university students*. 2013;39:915-28.
- 28.Caballero Badillo MC, Camargo Figuera FA, Castro BZ. Prácticas inadecuadas del uso del condón y factores asociados en estudiantes universitarios. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*. 2011;43(3):257-62.
- 29.Certain HE, Harahan BJ, Saewyc EM, Fleming MF. Condom Use in Heavy Drinking College Students: The Importance of Always Using Condoms. *Journal of American College Health*. 2009;58(3):187.
- 30.Guo R, McAleese WJ, Appleby KM, Guo J, Zhang W, Huang Y, et al. Predictors of intention to use condoms among Chinese college students. *J Community Health*. 2014;39(4):712-8.
- 31.Kanekar A, Sharma M. Factors affecting condom usage among college students in South Central Kentucky. *Int Q Community Health Educ*. 2007;28(4):337-49.
- 32.Social MdSydlP. Plan Decenal de Salud 2012-2021 2013 [Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>]. Consultado el 1 de octubre de 2015.
- 33.Green LW, Kreuter M W. CDC's Planned Approach to Community Health as an application of PRECEDE and an inspiration for PROCEED. *Journal of Health Education*.1992; 23: 140-147.
- 34.Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*, 3rd edition. Mayfield Publishing was purchased by McGraw-Hill in 2001.

35. Bimbela JL, Gómez C. Sida y comportamientos preventivos: El modelo PRECEDE, Revista de Psicología General y Aplicada. 1994; 47 (2): 151-157
36. Weeks MF. Computer assisted survey information collection: a review of CASI methods and their implications for survey operations. J Official Statistics 1992, 8:445±465.
37. Uribe JI, Amador G, Zacarías X, Villarreal L. Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2012;10:481-94.
38. Reynoso, Leonardo. Psicología social. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Proyecto Conactyt 25185-H, 2002.
39. Pons Salvador GMD, M^a Teresa. Guillén Salazar, Federico. El efecto del optimismo no realista en la intención de uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. Anales de Psicología. 2010;26:310-7.
40. UNESCO. Sobre el Programa de la Juventud | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura 2016 [Available from: <http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/youth/about-youth/>].
41. Donas S. Adolescencia y Juventud en América Latina Costa Rica: 2001; 2016 [Libro Universitaario Regional:[Available from: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>].
42. Sánchez ERC. Regresión Logística en Salud Pública.: Escuela andaluza de Salud Pública.; 2000.
43. López Rosales F, Moral de la Rubia J. Sexo, autoeficacia y actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en la población adolescente. (Spanish). Sex, self-efficacy and attitude towards risky sexual behavior in teenagers (English). 2003;5(18):3-11.
44. Calloway DS, Long-White DN, Corbin DE. Reducing the risk of HIV/AIDS in African American college students: an exploratory investigation of the efficacy of a peer educator approach. Health Promot Pract. 2014;15(2):181-8.
45. Castro G. Los jóvenes y la vida cotidiana: elementos y significados de su construcción. (Spanish). Youth and Daily Life: Elements of Social Construction and Significance (English). 2005;14(1):7-23.
46. Crosby R, Sanders S, Yarber WL, Graham CA. Condom-use errors and problems: A neglected aspect of studies assessing condom effectiveness. American Journal of Preventive Medicine. 2003;24(4):367-70.

47. Fair CD, Vanyur J. Sexual Coercion, Verbal Aggression, and Condom Use Consistency Among College Students. *Journal of American College Health*. 2011;59(4):273.
48. Fennie T, Laas A. HIV/AIDS-related Knowledge, Attitudes and Risky Sexual Behaviour among a Sample of South African University Students. *Gender & Behaviour*. 2014;12(3):6035-44.
49. Gilmore AKGHFLMA. The Use of Drinking and Condom-Related Protective Strategies in Association with Condom Use and Sex-Related Alcohol Use. *Journal of Sex Research*. 2013;50(5):470-9.
50. María C-D, Ligia V-G. Autoeficacia ante conductas de riesgo para la infección por vih/sida en jóvenes de sinanché, una comunidad rural de yucatán, méxico. (spanish). 2006;12(1):35-51.
51. Vera LM, Lopez N, Ariza ND, Diaz LM, Florez Y, Franco SG, et al. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Colombia Médica*. 2004;35, No. 2:7.
52. Washington TA, Wang Y, Browne D. Difference in Condom Use Among Sexually Active Males at Historically Black Colleges and Universities. *Journal of American College Health*. 2009;57(4):411-8.
53. Weller SC, Davis-Beaty K. Efectividad del preservativo en la reducción de la transmisión del VIH en heterosexuales = Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission [Systematic Review]: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;(1).
54. Zhang J, Jemmott JB, 3rd. Unintentional Exposure to Online Sexual Content and Sexual Behavior Intentions Among College Students in China. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(5):561-71.
55. Campo J. Epidemiología del VIH/SIDA en Cali: Una Problemática de Salud Pública. *POLIS*. 2005;Boletín 3:14-5.
56. Terry PE, Mhloyi M, Masvaure T, Adlis S. An examination of knowledge, attitudes and practices related to HIV/AIDS prevention in Zimbabwean university students: Comparing intervention program participants and non-participants. *International Journal of Infectious Diseases*. 2006;10(1):38-46.
57. Scott-Sheldon LAJ, Glasford DE, Marsh KL, Lust SA. Barriers to condom purchasing: Effects of product positioning on reactions to condoms. *Social Science & Medicine*. 2006;63(11):2755-69.

58. Mora MAV. Etnología de tres estudios etnográficos sobre la salud y la sexualidad de los(as) jóvenes de las ciudades del departamento de Santander (Colombia): Mogotes, San Joaquín y El Playón). 2008;12(24):66-74.
59. Civic D. The association between characteristics of dating relationships and condom use among heterosexual young adults. *AIDS Educ Prev* 1999; 11(4): 342-52.
60. Bayés R. Transmisión sexual del VIH. Aspectos psicológicos, éticos y conductuales. En Lameiras M, López A, editores. *Sexualidad y salud: La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales*. Orense: Tórculo, 1997.
61. Roye CF, Seals B. A qualitative assessment of condom use decisions by female adolescent who use hormonal contraception. *J Ass Nur AIDS care* 2001; 12(6) 78-87.
62. Metanálisis de Sheeran, Abraham y Orbell en 1999
63. Bayés R. *IDA y psicología*. Barcelona: Martínez Roca, 1995.
64. Uribe AF, Orcasita LT, Vergara Vélez T. Factores de riesgo para la infección por VIH/sida en adolescentes y jóvenes colombianos. Bogotá, Colombia: Universidad Católica de Colombia; 2010. p. 11-24.
65. Liu Z, Wei P, Huang M, Liu Y, Li L, Gong X, et al. Determinants of consistent condom use among college students in China: application of the information-motivation-behavior skills (IMB) model. *PLoS One*. 2014;9(9):e108976.
66. Milhausen RR, McKay A, Graham CA, Crosby RA, Yarber WL, Sanders SA. Prevalence and predictors of condom use in a national sample of Canadian university students. *Canadian Journal of Human Sexuality*. 2013;22(3):142-51.
67. El Bcheraoui CMYHFPJSB. Patterns of condom use among students at historically Black colleges and universities: Implications for HIV prevention efforts among college-age young adults. *AIDS Care*. 2013;25(2):186-93.
68. Fair CD, Vanyur J. Sexual Coercion, Verbal Aggression, and Condom Use Consistency Among College Students. *Journal of American College Health*. 2011;59(4):273.
69. Vera LM, Lopez N, Ariza ND, Diaz LM, Florez Y, Franco SG, et al. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Colombia Médica*. 2004;35, No. 2:7.
70. Fisher JD, Fisher WA, Bryan AD, Misovich SJ. Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*. 2002;21(2):177.
71. Fisher JD, Fisher WA, Misovich SJ, Kimble DL, Malloy TE. Changing AIDS risk behavior: effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information,

motivation, and behavioral skills in a college student population. *Health Psychology*. 1996;15(2):114.

72. Teva I, Paz Bermúdez M, Teresa Ramiro M. Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. Sexual satisfaction and attitudes towards the use of condoms in adolescents: Evaluation and analysis on their relationship with condom use. 2014;46(2):127-36.

73. Tung WC, Hu J, Efird JT, Su W, Yu L. HIV knowledge and condom intention among sexually abstinent Chinese students. *Int Nurs Rev*. 2013;60(3):366-73.

74. Tung W-CDMLM. Sexual behavior, stages of condom use, and self-efficacy among college students in Taiwan. *AIDS Care*. 2011;23(1):113-20.

75. Eisenberg ME, Hannan PJ, Lust KA, Lechner KE, Garcia C, Frerich EA. Sexual health resources at Minnesota colleges: associations with students' sexual health behaviors. *Perspect Sex Reprod Health*. 2013;45(3):132-8.

76. Cáceres C. Intervenciones para la prevención de VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional.[Interventions for HIV/STD prevention in Latin America and the Caribbean: a review of the regional experience]. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1468-85.

10. ANEXOS

Anexo A. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA ITS-VIH-SIDA EN JOVENES ESTUDIANTES REGULARES DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

El presente es un proyecto que se lleva a cabo por un grupo de profesores y funcionarios de la Universidad que estamos trabajando con los y las jóvenes en los asuntos que tienen que ver con la sexualidad, la reproducción y las infecciones que se transmiten por las relaciones sexuales, como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (vih), para orientar acciones en promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de ITS y Vih en la comunidad estudiantil. El objetivo del proyecto es identificar los comportamientos protectores y de riesgo asociados al VIH-SIDA y otras ITS en los jóvenes estudiantes de la Universidad del Valle, y establecer una línea de base en salud sexual y reproductiva, útil para los procesos de monitoreo y orientación de servicios en salud.

Usted ha sido seleccionado al azar de un listado general de todos los estudiantes de la Universidad, para participar en este importante estudio. Su participación es VOLUNTARIA y consiste en responder en una sola oportunidad, las preguntas de una ENCUESTA asistida por COMPUTADOR. La información que suministre es absolutamente confidencial y no hay posibilidad de reconocer la encuesta que cada persona contesta ya que es anónima y el código de acceso a la encuesta es genérico. Osea, el mismo para todos los autorizados a diligenciarla.

Usted está en plena libertad de suspender el diligenciamiento si así lo estima conveniente en cualquier momento y le agradecemos responder todas las preguntas con veracidad. Su participación no le reporta beneficios económicos ni académicos.

Su código de estudiante se ha solicitado solo para verificar que Usted es uno de los seleccionados al azar en el muestreo entre todos los estudiantes de pregrado de la Universidad y por tanto las únicas personas con la posibilidad de acceder a la encuesta por solo una oportunidad.

Si Usted tiene alguna duda o desearía aclarar algunos aspectos que surjan a partir del diligenciamiento de la encuesta, le invitamos a consultar el modulo de aprendizaje que se encuentra al final de la encuesta o a consultar el Servicio de Salud de la Universidad. Si tiene cualquier otra duda puede contactar a los responsables del estudio en los teléfonos 5185697 (prof. Claudia Patricia Valencia) o a los correos electrónicos promesa.uv@gmail.com; clapava@univalle.edu.co o lylu20487@hotmail.com. El teléfono de contacto con el Comité de Ética de la Facultad, que dió aval al presente proyecto es: 5185677.

Después de haber leído y comprendido la información anteriormente expuesta acepto participar en este proyecto. Declaro que he sido informado de las condiciones de participación en esta investigación y reconozco que mi participación es voluntaria.

Usted está en plena libertad de suspender el diligenciamiento si así lo estima

ACEPTO

☐

NO ACEPTO

☐

Anexo B. Encuesta Reconociendo mi Salud Sexual.



Grupo Promesa

Encuesta en salud sexual, factores protectores y de riesgo para ITS-Vih en jóvenes estudiantes de la Universidad del Valle

A continuación encontrarás una serie de preguntas relacionadas con tu sexualidad y tus prácticas sexuales. Algunas veces suele ser difícil recordar o responder exactamente las preguntas, pero queremos recomendarte que respondas muy honestamente ya que es una encuesta de gran utilidad para conocer las dinámicas sexuales de jóvenes universitarios y proponer servicios de salud adecuados a sus necesidades. Recuerda que toda la información que consignes es totalmente ANONIMA Y CONFIDENCIAL.

Te agradecemos que contestes todas las preguntas.

Fecha: (día) ____ (mes) ____ (año) ____

Información general

1. Selecciona la facultad y el nombre del programa académico en el cual te encuentras matriculado (Si ve materias o asignaturas de más de dos planes de estudio, seleccione el programa en el que va más adelantado(a)).

1	Artes Integradas
2	Salud
3	Ingenierías
4	Ciencias
5	Educación y Pedagogía
6	Sicología
7	Ciencias sociales y económicas
8	Administración
9	Humanidades
10	Otra. Cual _____

2. Nombre del Programa académico: _____

3. Semestre: _____

Como clasificas el estrato socioeconómico de tu vivienda: _____

4. Sexo:

1. Hombre

2. Mujer
3. Otro. ¿Cuál? _____

5. Fecha de nacimiento: (día) ____ (mes) ____ (año) ____

6. Selecciona tu estado civil.

1	Soltero(a)	4	Viudo(a)
2	Casado(a)	5	Separado(a)
3	Unión libre		

7. Selecciona de la siguiente lista la creencia o doctrina religiosa de la cual haces parte.

1	Católica
2	Cristiano
3	Evangélico
4	Adventista
5	Testigo de Jehová
6	Mormona
7	Pentecostal
8	No hago parte de ninguna creencia o doctrina religiosa
9	Otra. ¿Cuál? _____

8. ¿Crees que el credo o doctrina religiosa de la que haces parte influye en tus prácticas sexuales?

1	Totalmente	4	Un poco
2	Mucho	5	Nada
3	Mas o menos		

Tema: VIDA SEXUAL

A continuación vamos a preguntarte por algunos aspectos de tu vida sexual. Para efectos de este cuestionario el término relaciones sexuales se refiere aquellas relaciones con introducción del pene en la vagina, del pene en el ano y relaciones boca-genitales.

10. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?

1	Edad: ____ años
---	-----------------

11. ¿Cuántos años tenía la persona con quien tuviste la primera relación sexual?

1	Edad: ____ años
---	-----------------

☐ 2 No sé/ No recuerdo

12. ¿Utilizaste condón en tu primera relación sexual?

☐ 1 Si ☐ 2 No

13. ¿Has tenido relaciones sexuales en el último año?

☐ 1 Si ☐ 2 No (Salta a la preg.19)

14. Registra el número total de parejas con quienes has tenido relaciones sexuales en el último año

_____ (número total de parejas sexuales)

15. ¿Actualmente tienes alguna pareja sexual habitual (aquella con quien mantienes más frecuentemente relaciones sexuales)?

☐ 1 Si ☐ 2 No (Salta a la preg.17)

16. ¿Con qué frecuencia usas el condón con tu pareja sexual habitual?

☐ 1 Nunca	☐ 3 Casi siempre
☐ 2 Algunas veces	☐ 4 Siempre

17. ¿Has tenido relaciones sexuales con alguna pareja ocasional (aquella persona con quien eventualmente has tenido relaciones sexuales) en el último año?

☐ 1 Si ☐ 2 No (Salta a la preg.19)

18. ¿Con qué frecuencia usas o usaste un condón con tu pareja sexual ocasional?

☐ 1 Nunca	☐ 3 Casi siempre
☐ 2 Algunas veces	☐ 4 Siempre

.Hablas o has hablado con tus parejas sobre:

(Selecciona con una x en si o no. Puedes seleccionar varias opciones)

Si No

19			Evitar o posponer una relación sexual
20			Cosas que te gustan o te disgustan de la relación sexual
21			Acuerdos de fidelidad
22			Formas de evitar el embarazo

23			Uso de preservativos para evitar el vih y las infecciones de transmisión sexual
24			Su pasado sexual (número de parejas, prácticas sexuales)

A continuación queremos conocer tu opinión o tu postura frente al siguiente caso:

Felipe y Jennifer son una pareja de jóvenes que llevan tres años de casados. Tuvieron un noviazgo de 5 años. Se casaron pronto porque querían independizarse y formalizar su relación. Aun no desean tener hijos y por eso, Jennifer toma anticonceptivos orales.

El último sábado, Felipe asistió a una fiesta con sus amigos. Fue una noche de mucha euforia y alcohol. Se sintió atraído por una persona que conoció esa noche y finalmente tuvo relaciones sexuales sin ningún tipo de protección con dicha persona.

*¿Qué crees que hubieras hecho **tú**, si fueses Felipe frente a los siguientes enunciados?*

25. ¿Habrías tenido relaciones sexuales con dicha persona?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

26. ¿Le hubieras comentado esta situación a Jennifer?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

Tema: CONDÓN

A continuación encontrarás una serie de preguntas relacionadas con el condón.

27. ¿Has usado el condón como método anticonceptivo?

- ☐ 1 Siempre
- ☐ 2 Algunas veces
- ☐ 3 Casi nunca
- ☐ 4 Nunca (Salta a la preg.24)

28. ¿La utilización de otro método anticonceptivo diferente al preservativo ha hecho que en adelante no utilices el condón con tu pareja?

☐ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 3 Algunas veces

29. ¿Donde conseguiste el último condón que utilizaste?

- ☐ 1 Amigo
- ☐ 2 Dispensador de la universidad
- ☐ 3 Familiar
- ☐ 4 Farmacia o droguería
- ☐ 5 Servicio de salud

6	Taller o campaña educativa
7	Tienda o supermercado
8	Dispensador publico
9	Otra. ¿Donde_____?
10	Nunca he utilizado condón

30. ¿Qué dificultades tienes o tendrías para conseguir un condón?

1	Falta de dinero
2	No se donde conseguirlos
3	La actitud de los vendedores no es la mas adecuada
4	Padres o mayores no lo aprueban

5	Me da vergüenza
6	Otros ¿Cual?_____
7	No me es difícil conseguirlo

31. ¿En la última relación sexual que tuviste con tu pareja, utilizaron condón?

1	Sí	2	No (salta a la preg 28)
---	----	---	-------------------------

32. ¿Quien decidió usar el condón durante la ultima relación sexual que tuviste? (salta a la preg 29)

1	Ambos	3	Mi pareja
2	Yo		

33. ¿Si no usaron condón durante la última relación sexual, seleccione las posibles razones?
(Puedes marcar varias respuestas)

1	Estamos planificando con otro método
2	Estaba borracho o borracha
3	Fue una relación inesperada o casual
4	No teníamos un condón en el momento
5	Confianza en la pareja
6	No nos gusta usar condón
7	Lo quería usar, pero no tenia dinero para comprarlo
8	El sitio de compra quedaba lejos.
9	Otra. Cual_____

34. ¿Te gusta usar el condón?

1	Sí	2	No (salta a la preg 31)
---	----	---	-------------------------

35. Escribe las razones por las cuales te gusta usar el condón. (Salta a la preg.32)

Cuales _____

36. Escribe las razones por las cuales no te gusta usar el condón

Cuales _____

37. ¿En los últimos 12 meses, con que frecuencia has sentido culpa por no haber usado el condón o barrera de látex, después de una relación sexual?

- | | |
|---|--|
| 1 | Nunca he sentido culpa (salta a la preg. 34) |
| 2 | Algunas veces |
| 3 | Casi Siempre |
| 4 | Siempre |
| 5 | Siempre me protejo y no he sentido culpa. |
| 6 | No he tenido relaciones en este último año. (Salta a la preg.34) |

38. ¿Esta culpa motivó el uso del condón o barrera de látex en tus siguientes relaciones sexuales?

- | | | | | | |
|---|----|---|----|---|---------------|
| 1 | Sí | 2 | No | 3 | Algunas veces |
|---|----|---|----|---|---------------|

Marca el grado en que estás de acuerdo o desacuerdo en relación con el condón.

39. Usar preservativo es fácil

- | | | | |
|---|---------------------------|---|------------------------|
| 1 | Fuertemente en desacuerdo | 4 | En acuerdo |
| 2 | En desacuerdo | 5 | Fuertemente en acuerdo |

40. Usar preservativo significa desconfianza en tu pareja

- | | | | |
|---|---------------------------|---|------------------------|
| 1 | Fuertemente en desacuerdo | 4 | En acuerdo |
| 2 | En desacuerdo | 5 | Fuertemente en acuerdo |

41. Usar preservativo "daña el momento"

- | | | | |
|---|---------------------------|---|------------------------|
| 1 | Fuertemente en desacuerdo | 4 | En acuerdo |
| 2 | En desacuerdo | 5 | Fuertemente en acuerdo |

42. Usar preservativo le quita placer al acto sexual

1	Fuertemente en desacuerdo
2	En desacuerdo

4	En acuerdo
5	Fuertemente en acuerdo

43. Me avergüenza comprar condones

1	Fuertemente en desacuerdo
2	En desacuerdo

4	En acuerdo
5	Fuertemente en acuerdo

44. El usar condón intensifica mi placer sexual al brindarme protección

1	Fuertemente en desacuerdo
2	Desacuerdo

4	En acuerdo
5	Fuertemente en acuerdo

45. Cuando una relación se transforma de informal a seria (noviazgo), no es necesario continuar usando condones

1	Fuertemente en desacuerdo
2	Desacuerdo

4	En acuerdo
5	Fuertemente en acuerdo

Frente al uso del condón, marca la respuesta que consideres correcta

		Si	No	No se
46	El condón tiene fecha de vencimiento			
47	Existen condones diferentes, para los diferentes tipos de relaciones (genitales, buco-genitales, anales)			
48	El condón se puede utilizar como película de látex en la relación (bucu-vaginal)			
49	Un mismo condón se puede utilizar varias veces			
50	El condón debe colocarse antes de la penetración			
51	El condón debe retirarse antes del que el pene se ponga blando			
52	El condón se debe guardar en la billetera			
53	El calor afecta el condón			
54	El empaque debe estar sin aire			
55	Requiere registro del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA			

56. Selecciona las figuras según los pasos a seguir para el uso adecuado del condón en orden secuencial del uno (1) al siete (7)



1. Buscar la fecha



2. Después de la
evacuación se



3. Retirar con
cuidado de no
fluidos



4. Se bota a la
basura



5. Apretar la punta
del condón con
los dedos y



6. Abrir el condón
por el abre fácil



7. Con la punta apretada
del condón se
desenrolla hasta la base

1. 1-6-5-7-2-3-4
2. 1-2-3-4-5-7-6
3. 7-1-5-4-3-2-6
4. 1-4-7-5-2-3-6

57. ¿Dónde se encuentra ubicado el dispensador de condones en la Universidad del Valle?

1. CDU
2. Coliseo
3. Auditorios
4. Biblioteca
5. Cafetería
6. Servicio de salud
7. Nose

58. Si has utilizado el dispensador ¿con que frecuencia lo has hecho?

1	Nunca lo he utilizado	3	Casi siempre
2	Algunas veces	4	Siempre

59. ¿Si NO has utilizado el dispensador, escoge una de las posibles razones por las que no lo has hecho.

1	La ubicación no es adecuada	3	Es muy costoso
2	No hay suficientes	4	Si, lo he utilizado
5	No tenia dinero		Otra. Cual _____

60. ¿En qué lugar de la Universidad del Valle consideras se debe colocar un dispensador de condones?

☐

CDU

☐

Coliseo

☐

Auditorios

☐

Biblioteca

☐

Cafeteria

☐

Servicio

de

Salud

61. ¿Cuántos condones cargas condón en estos momentos?

1	0
2	1
3	2
4	3
5	4 o más

¿En la próxima relación sexual estas dispuesto(a) a usar el condón?

Si No

62			Con tu pareja habitual
63			Con tu pareja Ocasional

Tema: PRÁCTICAS SEXUALES

El siguiente grupo de preguntas indagará acerca de tus prácticas sexuales, tomate el tiempo necesario para contestarlas honestamente

64. Acostumbas a tener relaciones sexuales con:

1	Exclusivamente con personas de tu sexo opuesto.
2	Exclusivamente con personas de tu mismo sexo.
3	Con hombres y mujeres por igual.
4	Con personas del sexo opuesto la mayoría de las veces.
5	Con personas del mismo sexo la mayoría de las veces.

65 ¿Has tenido relaciones sexuales vaginales penetrativas? (pene dentro de la vagina)

☐ 1 Si ☐ 2 No

66. ¿Has tenido relaciones sexuales anales penetrativa? (pene dentro del ano)

☐ 1 Si ☐ 2 No

67. ¿Has tenido relaciones sexuales de boca con genitales?

☐ 1 Si ☐ 2 No

68. ¿En el último mes cuantas veces tuviste relaciones sexuales?

☐ 1 Ninguna durante este mes
☐ 2 1 a 4
☐ 3 5 a 8
☐ 4 9 y mas

69. ¿Has tenido relaciones sexuales con más de una persona a la vez?

☐ 1 Si ☐ 2 No

70. ¿Has tenido relaciones sexuales con personas que ejercen el trabajo sexual?

☐ 1 Si ☐ 2 No

71. ¿Has tenido una relación sexual con alguien a la que le **has entregado** algún tipo de retribución diferente a dinero (ejemplo: celulares, ropa, accesorios, zapatos, dinero)?

☐ 1 Si ☐ 2 No

72. ¿Has tenido relaciones sexuales con alguna persona de quien **has recibido** algún tipo de retribución (ejemplo: matricula, celulares, ropa, accesorios, notas, zapatos, dinero)

☐ 1 Si ☐ 2 No

73. ¿voluntariamente has tenido relaciones sexuales con personas desconocidas?

☐ 1 Si ☐ 2 No

74. ¿Tus padres o acudientes aprueban que tengas relaciones sexuales?

☐ 1 Si ☐ 2 No (salta a la preg 62) ☐ 3 No sé (salta a la preg 62)

75. ¿Tus padres o acudientes aprueban que tengas relaciones sexuales en tu casa?

☐ 1 Si ☐ 2 No ☐ 3 No sé

76. ¿Has hecho pactos con intercambio de sangre con alguien?

☐ 1 Si ☐ 2 No

Selecciona si has realizado alguna de las siguientes acciones:

Si No		
77	☐	Te has colocado alguna vez piercings
78	☐	Te has hecho alguna vez tatuajes
79	☐	Te has hecho alguna vez perforaciones en las orejas compartiendo agujas o perforadores con tus amistades.
80	☐	Has compartido agujas para inyectarte

Si conteste negativamente la pregunta anterior (salta a la preg 65)

81. ¿Te cercioraste que la aguja utilizada estaba estéril o nueva?

☐ 1 Si ☐ 2 No ☐ 3 No sé

Tema: AUTOÉFICACIA

Ahora queremos preguntarte acerca de la seguridad que tienes de poder o no hacer algunas cosas.

82. ¿Qué seguridad tienes de poder negarte a tener relaciones sexuales con una persona que amas mucho, si no las quisieras tener?

☐ 1	Ninguna seguridad	☐ 3	Mucha seguridad
☐ 2	Poca seguridad	☐ 4	Total seguridad

83. ¿Qué seguridad tienes de poder negarte a tener relaciones sexuales con una persona que tiene poder sobre ti como un profesor(a) o empleador(a) o alguien que ha pagado tus estudios, si no las quisieras tener?

☐ 1	Ninguna seguridad	☐ 3	Mucha seguridad
☐ 2	Poca seguridad	☐ 4	Total seguridad

84. ¿Qué seguridad tienes de poder convencer a tu pareja sexual de usar un condón?

1	Ninguna seguridad	3	Mucha seguridad
2	Poca seguridad	4	Total seguridad

85. ¿Qué seguridad tienes de usar condón todas las veces que tengas relaciones sexuales?

1	Ninguna seguridad	3	Mucha seguridad
2	Poca seguridad	4	Total seguridad

86. ¿Qué seguridad tienes de negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no quiere usar el condón?

1	Ninguna seguridad	3	Mucha seguridad
2	Poca seguridad	4	Total seguridad

Tema: NORMA SOCIAL

Con base en tu experiencia y punto de vista señala lo que comúnmente ocurre entre los jóvenes de esta ciudad con relación a los siguientes enunciados:

87. Es común que los jóvenes de hoy en día deberían de llevar siempre un condón por lo que pueda pasar

Si ☐ No ☐

88. Es común que las mujeres de esta ciudad carguen condones

Si ☐ No ☐

89. Es común que las mujeres de esta ciudad propongan usar condones

Si ☐ No ☐

90. Es común pensar entre los jóvenes de esta ciudad que las caricias, los besos y la masturbación mutua (tocarse mutuamente) sin llegar a la penetración son una pérdida de tiempo

Si ☐ No ☐

91. El uso del condón es algo totalmente aceptado entre los jóvenes de esta ciudad

Si ☐ No ☐

92. Es común que los jóvenes de esta ciudad esperen hasta el matrimonio para tener relaciones sexuales

1	En absoluto
2	Un poco

3	Más o menos
4	Mucho

93. ¿Tus amigos te presionan para que tengan relaciones sexuales?

1	En absoluto
2	Un poco

3	Más o menos
4	Mucho

Tema: CONOCIMIENTO VIH E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En las siguientes preguntas se explorará el grado de familiaridad en que estas con la temática de salud sexual, infecciones de transmisión sexual y vih, señala cada una de las siguientes preguntas

94. De donde obtienes la información relacionada con tu sexualidad.

(Puedes marcar varias opciones)

1	Familia
2	Amigos
3	Docentes
4	Internet

5	Medios de comunicación
6	Servicio de Salud Universitario
7	Otro. Cual _____

Selecciona las formas en que crees que cualquier persona puede llegar a infectarse con vih.

(Puedes marcar varias respuestas)

Si No

		95	Relación sexual no protegida
		96	Compartir agujas
		97	Besos
		98	Durante el embarazo
		99	Abrazos
		100	Picaduras de mosquitos u otros insectos
		101	A través de la leche materna
		102	Contacto casual con una persona infectada (Compartir comida, tasa, vaso, dar la mano, toser o estornudar)

103. ¿Qué riesgo de adquirir el vih crees que tiene una persona que sostiene practicas anales, vaginales u orales sin protección (condón, barrera de látex) con una persona que tiene vih

1	Ninguno
2	Bajo
3	Medio
4	Alto

5	Máximo
---	--------

104. ¿Qué riesgo de adquirir el vih crees que tiene una persona que sostiene practicas anales, vaginales u orales con protección (condón, barrera de látex) con diferentes personas.

1	Ninguno
2	Bajo
3	Medio
4	Alto

5 Máximo

105. ¿Qué riesgo de adquirir el vih crees que tiene una persona que sostiene practicas anales, vaginales u orales sin protección (condón, barrera de látex) con personas que desconocen su diagnostico.

1	Ninguno
2	Bajo
3	Medio
4	Alto

5 Máximo

106. ¿Qué riesgo de adquirir el vih crees que tiene una persona que sostiene practicas anales, vaginales u orales con protección (condón, barrera de látex) irregular (unas veces si unas veces no) con personas que desconocen su diagnostico.

1	Ninguno
2	Bajo
3	Medio
4	Alto

5 Máximo

¿Conoces algunas de las siguientes infecciones que se puedan contraer a través de las relaciones sexuales?

		Si	No			Si	No
1	Hepatitis B	107	☐	2	Chlamydia	111	☐
3	Herpes	108	☐	4	Leishmaniasis	112	☐
5	Toxoplasmosis	109	☐	6	Sífilis	113	☐
7	Infección por el virus del papiloma	110	☐	8	Candidiasis	114	☐

Cuáles son las molestias que producen una infección de transmisión sexual (ITS)?

(Puedes marcar varias respuestas)

Si	No		
☐	☐	115	Secreción del pene/vagina
☐	☐	116	Dolor quemante o picazón en el pene/vagina
☐	☐	117	Sudoración
☐	☐	118	Sangrado vaginal anormal
☐	☐	119	Pérdida de peso
☐	☐	120	Heridas o verrugas en el pene/vagina
☐	☐	121	Dolor al orinar
☐	☐	122	Congestión nasal
☐	☐	123	Hinchazón en la región de la ingle

124. ¿Una persona que se ve saludable puede tener diagnóstico de vih positivo?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

125. ¿Una persona se puede infectar con vih la primera vez que tiene relaciones sexuales?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

126. ¿Las píldoras anticonceptivas protegen a una mujer de infectarse con vih?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

¿Crees que los siguientes grupos humanos son las únicas personas que pueden infectarse con vih?

Si No

127	☐	☐	Personas con practicas homosexuales
128	☐	☐	Personas que usan drogas inyectables
129	☐	☐	Personas que ejercen el trabajo sexual

130. ¿Invitarías a comer a tu casa a una persona que sabes que tiene el vih?

☐ 1 Si ☐ 2 No

131. Si un profesor tuviera diagnóstico de vih ¿debería seguir enseñando en la institución?

☐ 1 Si ☐ 2 No

132. Tener el Vih es lo mismo que tener Sida?

☐ 1 Si ☐ 2 No

133. ¿Qué tanta posibilidad tienes actualmente de adquirir el vih?

☐ 1 Ninguna ☐ 2 Alguna ☐ 3 Mucha
☐ 4 Ya tengo vih

134. ¿Te preocupa infectarte con el vih?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

135. ¿Alguna vez te has hecho la prueba diagnóstica del VIH (prueba Elisa)?

☐ 1 Sí ☐ 2 No |

136. ¿Has tenido o sospechado alguna vez una infección de transmisión sexual?

☐ 1 Sí ☐ 2 (No Pasar pregunta 97)

137 Si has tenido o sospechado una infección de transmisión sexual, donde buscaste tratamiento para ésta?

(Puedes marcar varias respuestas)

☐	1	No buscó tratamiento	☐	5	Otro servicio de salud
☐	2	Se trató solo	☐	6	Curandero tradicional
☐	3	Servicio de Salud Universitario	☐	7	Amistades/Parientes
☐	4	Farmacia	☐	8	Otro (Especificar _____)

Tema: ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las siguientes preguntas se relacionan con la ingesta de alcohol y sustancias psicoactivas

138. ¿En el mes pasado tomaste alguna bebida con algún grado de alcohol?

☐ 1 Sí ☐ 2 No (salta a la preg 101)

139. ¿Has pensado que debería disminuir el consumo de alcohol?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

140. ¿Ha estado molesto(a) alguna vez por las críticas de los demás relacionadas con su consumo de alcohol?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

141. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por su consumo de alcohol?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

142. ¿Alguna vez a tomado una copa de alcohol por la mañana para calmar tus nervios o para despejarte de una resaca?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

143. ¿Has usado alguna vez licor para intensificar tu experiencia sexual?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

144. ¿Tiene fácil acceso al alcohol en el campus Universitario?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

145. Has usado alguna vez sustancias psicoactivas (SPA)?

☐ 1 Sí

☐ 2 No

146. ¿Has usado alguna vez sustancias psicoactivas (SPA) para intensificar tu experiencia sexual?

☐ 1 Sí

☐ 2 No

147. ¿Tiene fácil acceso a las sustancias psicoactivas (SPA) en el campus Universitario?

☐ 1 Sí

☐ 2 No

Has terminado la encuesta. Muchas gracias por tu colaboración!!!!!!!!!

Anexo C. Aval Comité de Ética

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 018 - 015

Proyecto: **“FACTORES ASOCIADOS AL USO CONSISTENTE DEL CONDÓN EN JÓVENES DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE”**

Sometido por: **LYDA ELENA OSORIO / ANA FERNANDA MEJIA**

Código Interno: **191 - 015** Fecha en que fue sometido: **23** **11** **2015**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica** que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☐ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☐ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

☒ SIN RIESGO ☐ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
 - a. Lesiones a sujetos humanos.

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
 9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
 10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:

Fecha: 13 01 2016

Nombre: MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ

Capacidad representativa: PRESIDENTA

Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:

Fecha: 13 01 2016

Nombre: HERNAN J. PIMIENTA

Capacidad representativa: VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD Teléfono: 5185680