

**Conductas sexuales de riesgo y apoyo social percibido en jóvenes universitarios de
tercero y sexto semestre de tres programas académicos de una universidad privada de
Bucaramanga**

JENNIFER CASTELLANOS BARRETO



Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2015

**Conductas sexuales de riesgo y apoyo social percibido en jóvenes universitarios de
tercero y sexto semestre de tres programas académicos de una universidad privada de
Bucaramanga**

JENNIFER CASTELLANOS BARRETO

Trabajo de grado:

En la modalidad de proyecto de grado como requisito para optar el título de Psicóloga

Directora

Ps. Ana Fernanda Uribe Rodríguez

PhD. en Psicología Clínica y de la Salud

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2015

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por hacer realidad mis sueños y hacer posible lo que parece imposible.

A mi Familia, principalmente a mi Madre quien ha sido mi motor y apoyo incondicional, a mi Padre por fortalecer mi carácter y a mis Hermanos por creer en mí.

A mi Maestra, Coach y Amiga la Dra. Ana Fernanda Uribe Rodríguez, quien con respeto y cariño me ha enseñado a ser una mujer persistente, decidida y soñadora. Gracias por ser bendición para mi vida.

Al equipo de trabajo conformado por la Doctora, quienes han sido apoyo en mi formación profesional.

A la Universidad Pontificia Bolivariana, por todas las oportunidades brindadas.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Nota de Aceptación

Firma Presidente del Jurado

Firma Primer Jurado

Firma Segundo Jurado

Fecha

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. Introducción	8
2. Justificación	12
3. Planteamiento del problema	15
4. Objetivos	17
5. Marco teórico	18
5.1. Conductas sexuales de riesgo	20
5.2. Apoyo Social	30
6. Método	44
6.1. Diseño	44
6.2. Muestra	45
6.3. Instrumentos	46
6.4. Procedimiento	47
7. Resultados	49
8. Discusión	60
9. Conclusiones	66
10. Referencias	68
11. Anexos	75
11.1. Consentimiento informado	75
11.2. Ficha sociodemográfica	78
11.3. Cuestionario de apoyo social- MOS	79
11.4. Cuestionario Confidencial Vida Sexual Activa- CCVSA	80

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Conductas sexuales de riesgo y apoyo social percibido en jóvenes universitarios de tercero y sexto semestre de tres programas académicos de una universidad privada de Bucaramanga
AUTOR(ES):	Jennifer Castellanos Barreto
FACULTAD:	Facultad de Psicología
DIRECTOR(A):	Ana Fernanda Uribe Rodríguez

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal analizar las conductas sexuales de riesgo y su relación con el tipo de apoyo social percibido en los(as) jóvenes universitarios de tercer y sexto semestre de tres programas académicos de una universidad privada de Bucaramanga. Se contó con una muestra de 131 universitarios entre hombres (32,1%) y mujeres (59,5%) de las carreras de comunicación social y periodismo, derecho y administración de empresas, de tercer y sexto semestre. El tipo de muestreo empleado en esta investigación fue no probabilístico a conveniencia. La investigación fue no experimental de corte transversal con diseño descriptivo-correlacional. Para la medición de variables se empleó la Ficha Sociodemográfica; el Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia; y el Cuestionario de Apoyo Social: Medical Outcomes Study-Social SupportSurvey- MOS. Como resultados se identifica que las principales conductas sexuales de riesgo en los universitarios son el inicio de la vida sexual a temprana edad, el escaso uso del preservativo en las relaciones sexuales, el número de diferentes parejas sexuales y el consumo de SPA. Los universitarios perciben nivel medio en todos los tipos de apoyo social, así también, existe relación entre la edad de inicio y el apoyo afectivo, y entre el número de parejas sexuales y el apoyo instrumental. Como conclusión se establece que los universitarios perciben de igual forma los cuatro tipos de apoyo, sin embargo, quienes han tenido relaciones sexuales perciben un bajo apoyo emocional e instrumental.

PALABRAS CLAVES:

conductas sexuales de riesgo, apoyo social, universitarios

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Sexual risk behavior and perceived social support among university students from third to sixth semester of three academic programs from a private university in Bucaramanga

AUTHOR(S): Jennifer Castellanos Barreto

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Ana Fernanda Uribe Rodríguez

ABSTRACT

The main objective of this research is to analyze the sexual risk behavior and its relation to the type of perceived social support among university students from third to sixth semester of three academic programs in a private university of Bucaramanga. The sample was compound of 131 students, men (32.1%) and women (59.5%) of social communication and journalism, law and business administration careers. The type of sample used in this research was a convenience non-probabilistic sample. The investigation has a no experimental cross-sectional with descriptive-correlational design. To measure the variables the study used a Social-demographic; Confidential Active Sex Life Questionnaire (CCVSA) designed by the Ministry of Health of Colombia; and Social Support Questionnaire: Medical Outcomes Study-Social SupportSurvey- MOS. The result identifies the main sexual risk behaviors among university students, was the beginning of early sexual life, low use of condoms during sexual intercourse, different sexual partners and drug misuse. University students perceived a middle level of all types of social support, there is a relationship between the age of onset and emotional support, and the number of sexual partners and instrumental support. In conclusion university students perceive in the same way the four types of support, however, students who have had sex perceived a low emotional and instrumental support.

KEYWORDS:

sexual risk behavior, social support, university

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el tema de la sexualidad se ha convertido un fenómeno de gran interés y de preocupación, especialmente si se trata de población joven, ya que a nivel mundial la salud sexual y reproductiva representa uno de los principales problemas de salud que hoy en día enfrentan los adolescentes y jóvenes; específicamente, por las conductas sexuales de riesgo que se manifiestan a muy temprana edad, lo cual ha incidido en las altas tasas de mortalidad y morbilidad en esta población anualmente (OMS, s.f.). Por tal motivo, la salud integral de los jóvenes se ha calificado como una unidad básica que pone en riesgo el desarrollo social, y por ende, no es un grupo que sea exento de enfermedades, en la medida en que los estilos de vida de la gente joven se han envuelto en un mayor número de comportamientos riesgosos más que en cualquier otro grupo de población (Ruiz-Sternberg, Beltrán-Rodríguez, Latorre-Santos, & Ruiz-Sternberg, 2010).

En este mismo orden de ideas, los universitarios constituyen una población vulnerable a las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo (Sánchez-Alemán, Uribe-Salas, & Conde-González, 2002; Uribe & Orcasita, 2009); por lo que en la formación universitaria, hay actividades que se experimentan en ésta, y pueden constituir una fuente importante que influye sobre el bienestar físico/psicológico de los estudiantes y en sus conductas saludables. Así también, hay otras conductas importantes que aumentan la vulnerabilidad de los universitarios, tales como el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, el no uso de preservativo y escasa información sobre el tema (Antón & Espada, 2009; Cañón et al., 2011; Feldman et al., 2008; Ruiz-Sternberg et al., 2010).

Por otra parte, en cuanto a las conductas sexuales de riesgo no solo es relevante la conducta en sí misma, sino las consecuencias que se presentan posteriormente a ellas. Cada año crece más la tasa de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana

(VIH) y otros tipos de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) (ONUSIDA, 2014); así también, los indicios de embarazos no deseados o prematuros (DANE, 2013), y los abortos inducidos aumentan. Por lo tanto, es alarmante que este problema de salud se configure como una amenaza al bienestar de los jóvenes a causa de las actitudes de éstos frente al tema de la sexualidad (Cañón et al., 2011)

En otro sentido, las conductas sexuales de riesgo no se consideran como producto del desconocimiento de cómo protegerse, pues la mayoría de los jóvenes conoce las diferentes estrategias; sin embargo, se presentan altos índices de riesgo por no usar el preservativo y por las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas (Bahamón, Vianchá, & Tobos, 2014), aspectos que incrementan la vulnerabilidad frente a múltiples problemáticas. Estos planteamientos ponen en evidencia que las conductas y prácticas sexuales trascienden a hechos que van más allá de conocimiento sobre los métodos de protección, pues diferentes investigaciones muestran factores de orden subjetivo que están involucrados en los comportamientos sexuales ejercidos por los jóvenes (Cañón et al., 2011).

Otro aspecto importante, es el estudio del apoyo social. Diversas investigaciones han demostrado la relevancia del apoyo social en la vida cotidiana y en situaciones de crisis para la persona, debido a la posibilidad de disminuir la vulnerabilidad en los individuos (Aron, Nitsche, & Rosenbluth, 1995). Sentir el apoyo y el respaldo por parte de una persona es muy importante en cada una de las etapas del ciclo vital, ya que refuerza el desarrollo a nivel emocional, físico, biológico y social (Musitu & Cava, 2003; Uribe, Orcasita, & Vergara, 2010). Así mismo, el apoyo social brinda al individuo un sentido de estabilidad y control que lo hace sentirse mejor y percibir de manera más positiva su ambiente; por ende, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar

de manera más positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés o situaciones críticas (Barra, 2004).

Ahora bien, durante la etapa escolar y universitaria, el apoyo social presenta cambios importantes, debido a que durante estos periodos, los sujetos establecen otro tipo de relaciones que van más allá de la familia; conformando otros grupos de amigos, creando vínculos de relaciones sentimentales y nuevos grupos sociales con los compañeros de estudio. Sin embargo, aunque el sistema de apoyo social se expande, el papel que juega la familia en este periodo demuestra que existe una relación significativa entre el ambiente familiar percibido y el funcionamiento psicológico del joven (Orcasita, Peralta, Valderrama, & Uribe, 2010; Orcasita, Uribe, Castellanos, & Gutiérrez, 2012; Padilla & Díaz, 2011).

Son diversos los beneficios que se obtienen cuando las personas perciben apoyo, especialmente, si la calidad de la relación es próxima y de confianza, de tal forma que el apoyo logra un mejor ajuste psicosocial en la persona. Así mismo, la consolidación del apoyo social en los jóvenes, puede favorecer el desarrollo individual, familiar y social; también, aumenta la formación de estrategias de comunicación, fortalece el autoconcepto y mejora las estrategias de afrontamiento (Orcasita & Uribe, 2010; Orcasita et al., 2010).

Son pocas las investigaciones realizadas con las variables de conductas sexuales de riesgo y el apoyo social percibido en población universitaria. Al respecto, los estudios realizados han sido con población con enfermedades crónicas, personas infectadas con VIH, personas desempleadas, personas que presentan niveles de estrés, ansiedad y depresión, especialmente en población adulta. Pese a ello, los resultados son relevantes para resaltar la importancia que tiene el apoyo social, especialmente, por la influencia que tienen los familiares y los amigos íntimos. De igual forma, la misma influencia familiar y de

amigos íntimos, juegan un papel importante en la toma de decisiones y en las conductas sexuales. Más allá de la influencia de los medios informativos, la influencia social y la información familiar pueden tener un gran impacto en la concepción del joven, frente a la responsabilidad de la vida sexual y reproductiva, lo cual va mucho más allá de comprender la vida sexual desde doctrinas religiosas, moralistas y pecaminosas (Padilla & Díaz, 2011).

Para llevar a cabo los propósitos de la presente investigación, se han empleado tres instrumentos con los que se midieron las variables. Principalmente, para la recolección de datos sociodemográficos, se empleó la Ficha Sociodemográfica diseñada por Uribe, Rodríguez, Bermúdez y Buena-Casal (2005, citado por Uribe, 2005); para medir las conductas sexuales de riesgo, se utilizó el Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia (1997, citado por Uribe, 2005); y finalmente, para medir el apoyo social percibido, se empleó el Cuestionario de Apoyo Social: Medical Outcomes Study-Social Support Survey- MOS, diseñado en 1991 por Sherbourne y Stewart (Londoño et al., 2012) para medir el grado en el que las personas perciben el apoyo social que le es brindado, el cual se clasifica en cuatro dimensiones: el apoyo emocional/informacional, apoyo instrumental, interacción social positiva y el apoyo afectivo.

2. JUSTIFICACIÓN

La salud sexual y reproductiva es un tema de interés desde el área de la psicología de la salud. Actualmente, millones de personas mueren a causa de infecciones de transmisión sexual (ITS), como es el VIH/SIDA. Adicionalmente, cada vez los índices de morbilidad y mortalidad son más altos en población joven y adolescente. Una razón principal por la cual se adquiere una ITS, es debido a las conductas sexuales de riesgo que los jóvenes presentan en el desarrollo de su vida sexual y reproductiva.

La universidad es un ámbito de desarrollo integral, ya que en este escenario los jóvenes conforman nuevas amistades, proyectan su futuro y adquieren nuevas experiencias personales. Así mismo, el contexto universitario es un escenario propicio para que los jóvenes inicien su vida sexual o incrementen la misma (Arias, Vazquez, Dueñas, García, & Tejada, 2011). Con frecuencia se dice que en la etapa universitaria, el joven comienza a presentar diversas conductas que en ocasiones pueden poner en riesgo su vida, alguna de ellas están relacionadas con la búsqueda de sensaciones, el abuso de sustancias psicoactivas (SPA) y las relaciones sexuales sin protección. Frente a esta última conducta, diversas investigaciones resaltan que durante la etapa universitaria la vida sexual de los jóvenes incrementa, así como la multiplicidad de parejas sexuales, pero lo más relevante de ello es el escaso uso del preservativo, lo que convierte a los jóvenes en una población caracterizada por las conductas sexuales de riesgo (Arias et al., 2009; Cañón et al., 2011; Forcada et al., 2013).

El estudio de la influencia del apoyo social en las personas ha sido planteado principalmente desde el ámbito de la salud/enfermedad y con el paso del tiempo, los resultados han demostrado el efecto positivo que tiene el apoyo en las personas que reciben y perciben apoyo social (Vinaccia, Fernández, Quiceno, Posada, & Otalvaro, 2012).

Adicionalmente, la mayoría de estos estudios se han realizado con población adulta y enferma. Sin embargo, en investigaciones más recientes se ha tenido en cuenta la población universitaria para el estudio de la variable de apoyo social en relación con el estrés académico, ansiedad e infección de VIH (Feldman et al., 2008; Orcasita et al., 2010).

A pesar de lo anteriormente planteado, las investigaciones sobre este tipo de variables son escasas, especialmente en lo que refiere a las conductas sexuales de riesgo y apoyo social en población universitaria. Sin embargo, en Santander se realizó una investigación referente al tema pero en población adolescente; ésta fue realizada por Orcasita et al. (2012) con 359 estudiantes entre hombres y mujeres con edades promedio entre los 12 y 18 años, pertenecientes a una institución educativa pública del municipio de Lebrija (Santander). Como parte de los resultados se halla una relación importante entre el apoyo social percibido y las conductas sexuales de riesgo.

Por tal motivo, la relevancia del estudio radica principalmente en identificar si el apoyo social percibido cumple alguna función importante en las conductas sexuales de riesgo de los universitarios, ya que de acuerdo a estudios anteriores, el apoyo social tiene el potencial de poder influir en las conductas de las personas, y así también, el potencial de poder mejorar la salud y el bienestar de los individuos.

Un segundo aspecto importante de este estudio, es que a nivel académico representa un aporte importante en la medida en la que permitirá conocer las principales conductas sexuales de riesgo y el tipo de apoyo percibido por parte de la muestra. Esta información es un aporte relevante a la academia, ya que a partir de ello se puede tener un panorama inicial sobre la salud sexual de los estudiantes y el apoyo percibido, para que a partir de los resultados obtenidos, se sigan ampliando este tipo de estudios en el ámbito universitario.

Un tercer aspecto es el aporte investigativo que se genera con esta investigación, ya que de acuerdo con las evidencias teóricas, son escasos los estudios que hay con estas variables en población universitaria. De igual manera, será de gran utilidad como referente teórico en las próximas investigaciones realizadas desde el área de la psicología y la línea de psicología de la salud del grupo de psicología clínica y de la salud.

Finalmente, a nivel social, contribuiría como aporte empírico para demostrar la relevancia del apoyo social y así comprender la problemática de la salud sexual y reproductiva en la población joven frente a las conductas sexuales de riesgo y las pocas estrategias preventivas usadas para evitar la infección de alguna ITS. De tal manera, se espera que el presente estudio pueda contribuir como referente teórico para la construcción de futuros programas integrales que promocionen la salud sexual y reproductiva de forma segura y responsable, teniendo en cuenta el papel fundamental del apoyo social en acciones de auto cuidado y estrategias preventivas. Adicionalmente, la investigación contribuye al cumplimiento de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva establecido por Ministerio de la Protección Social (2003) en la medida que se amplíe y se promueva el modelo de Servicios de Salud Amigables Para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) con fines de mejorar la atención de salud integral en la población universitaria.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio sobre las conductas sexuales de riesgo y las infecciones de transmisión sexual cada vez son mayores, ya que a nivel mundial 39 millones de personas han muerto a causa de enfermedades relacionadas con el VIH. Para el 2013, en el mundo 2.1 millones de personas contrajeron la infección de VIH. Así mismo, durante ese año, 1.5 millones de personas fallecieron por causas relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y en América Latina 47.000 personas murieron por causas relacionadas con el SIDA. La población adolescente y joven es la población que más contrae ITS (Uribe & Orcasita, 2009). Se estima que el 45% de las personas infectadas con VIH en el mundo son jóvenes entre 15 a 24 años de edad (ONUSIDA, 2014).

Por otra parte, diversos estudios en Colombia demuestran que los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales a edad temprana y realizan diversas conductas riesgosas como mantener relaciones sexuales sin hacer uso del preservativo, ni de métodos anticonceptivos, consumo excesivo de alcohol y abuso de SPA, e incluso mantener relaciones sexuales bajo efectos de SPA (Campo-Cabal et al., 2006; González, 2004; Uribe & Orcasita, 2009; Ruiz-Sternberg et al., 2010).

Por lo tanto, se puede referir que los jóvenes son una población vulnerable en el ejercicio de su sexualidad, debido a la búsqueda de aceptación en un grupo de pares en el que comparten conductas en común, también por el mal uso de la información sobre temas de salud sexual y reproductiva, situación que en algunos casos involucra la necesidad de establecer relaciones de pareja y experimentar contactos sexuales pasajeros (Bahamón et al., 2014).

En cuanto a las conductas sexuales de riesgo, se estima que hay otros factores de orden social implicados que pueden favorecer o disminuir las conductas riesgo en los

jóvenes, uno de ellos es el soporte familiar, ya que este núcleo facilita las estrategias comunicativas para el entrenamiento de los jóvenes frente a las habilidades para negociar o ser asertivos con la pareja, y brinda los recursos psicológicos para vincularse emocionalmente (Bahamón et al., 2014).

En el estudio realizado por Orcasita et al. (2012) sobre las conductas sexuales de riesgo y el apoyo social en estudiantes de 12 a 18 años, encontraron que el apoyo familiar es la principal fuente de apoyo social con la que cuentan los participantes, seguido del apoyo de los amigos. Así mismo, hallaron diferencia significativa del apoyo emocional e instrumental en los estudiantes que iniciaron su vida sexual a diferencia de los que aún no habían iniciado su vida sexual; es decir, que los estudiantes que han tenido relaciones sexuales perciben un apoyo emocional e instrumental mucho más bajo, que los adolescentes que no han iniciado su vida sexual.

Teniendo en cuenta que son escasas las investigaciones sobre las conductas sexuales de riesgo y el apoyo social percibido en población universitaria, se hace necesario este tipo de estudio. Por tal motivo, dentro de esta investigación se contempla el abordaje de esta problemática y se pretende resolver la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación que existe entre las conductas sexuales de riesgo con el tipo de apoyo social percibido en los(as) jóvenes universitarios de tercer y sexto semestre de tres programas académicos de la universidad privada de Bucaramanga?

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar las conductas sexuales de riesgo y su relación con el tipo de apoyo social percibido en los(as) jóvenes universitarios de tercer y sexto semestre de tres programas académicos de una universidad privada de Bucaramanga.

Objetivos específicos

Establecer las conductas sexuales de riesgo que presentan los(as) jóvenes universitarios de tercer y sexto semestre de tres programas académicos de una universidad privada de Bucaramanga.

Describir el tipo de apoyo social percibido por los(as) jóvenes universitarios de tercer y sexto semestre de tres programas académicos de una universidad privada de Bucaramanga.

Identificar la relación de las conductas sexuales de riesgo con el tipo de apoyo social percibido por los(as) jóvenes universitarios de tercer y sexto semestre de tres programas académicos de una universidad privada de Bucaramanga.

5. MARCO TEÓRICO

En este apartado se presenta un panorama general en cuanto a la epidemiología de la salud sexual y reproductiva seguidamente se señalan algunas investigaciones sobre las conductas sexuales de riesgo en población joven y universitaria; finalmente, se despliega el concepto de apoyo social y algunos estudios realizados con esta variable en la población objeto de estudio en la presente investigación.

El estudio de las conductas sexuales de riesgo es de gran interés académico e investigativo, debido a que se han reconocido como un problema de salud pública que influye en las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad en la población a nivel mundial. Estas conductas con frecuencia tienen implicaciones, como las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre ellas el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sífilis, y el virus de papiloma humano (VPH), los embarazos precoces y/o no deseados, abortos, etc.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2014), asegura que a nivel mundial 39 millones de personas han muerto a causa de enfermedades relacionadas con el VIH. Para el 2013, en el mundo 2.1 millones de personas contrajeron la infección de VIH. Así mismo, durante ese año, 1.5 millones de personas fallecieron por causas relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y en América Latina 47.000 personas murieron por causas relacionadas con el SIDA. Se estima que el 45% de las personas infectadas con VIH en el mundo son jóvenes entre 15 a 24 años de edad, lo cual constituye casi la mitad de aproximadamente cinco millones de casos nuevos que se presentan cada año por infección de VIH (Rivera, Caballero, Pérez, & Montero, 2013; United Nations Population Fund-UNFPA, 2003). En este mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) asegura que anualmente, 500 millones de personas contraen alguna ITS. Así mismo, más de 530

millones de personas son portadoras del virus que provoca el herpes genital tipo 2 (HSV2), y más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH)

De acuerdo a los registros del Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011, se estima que en Colombia desde el periodo 1983 a 2007, se han diagnosticado cerca de 57.500 casos de infección por VIH o de personas que han desarrollado el SIDA. De esta población, 24.000 han fallecido. El 60% de los casos reportados, corresponde a población adolescente y adultos jóvenes entre 15 a 34 años de edad. El 3,3% (1.873 casos) son menores de 18 años de edad, y el 77% de todos los casos, son de sexo masculino (Ministerio de Protección Social-ONUSIDA, 2008).

En este mismo orden de ideas, en Colombia se presentan alrededor de 98.423 casos anuales de infecciones de transmisión sexual, de las cuales se estima que el 23% son de tipo ulcerativo, lo cual aumenta la probabilidad de transmisión de la infección por el VIH. Durante el período 2009 - 2011, se reportó que 94.000 personas consultaron el médico por una ITS, y el mayor porcentaje de consulta (17%) se halló en las personas de 20 a 29 años de edad. De igual forma, durante el año 2009, se diagnosticaron 1.538 personas con infección por clamidia, en el año 2010, 1.525 y en el año 2011, 1.313, presentándose mayor prevalencia en los grupos poblacionales de 15 a 49 años. En el caso de infección por herpes (VHS-1 o VHS-2) fueron reportadas 9.766 personas para el año 2011; de igual forma, en este año se diagnosticaron 1.279 personas con hepatitis B, y 19.478 con el virus del papiloma humano (VPH) el cual se reconoce como una ITS más frecuente tanto en hombre como mujeres (Ministerio de Salud, 2011).

5.1. Conductas sexuales de riesgo

La Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) afirma que uno de los principales problemas de salud que enfrentan los adolescentes y jóvenes a nivel mundial, son las conductas sexuales de riesgo que se manifiestan a muy temprana edad y que traen consecuencias a corto y mediano plazo.

En cuanto a lo expuesto, algunos autores refieren que las conductas sexuales de riesgo, “implican una exposición de la persona a una situación que pueda generar algún daño sobre su salud o sobre la de otra persona, especialmente por la posibilidad de transmitir enfermedades como el VIH/SIDA” (Antón & Espada, 2009, p. 344). En este mismo sentido, las conductas sexuales de riesgo son entendidas como todas aquellas situaciones que tienen el potencial de provocar daños en el desarrollo de la persona, y además tienen la capacidad para afectar el bienestar y la salud integral del individuo (González et al., 2004 citados en Uribe & Ocasita, 2009). Es así que la mayoría de las definiciones sobre conductas sexuales de riesgo, tienen en cuenta aspectos como el inicio de la vida sexual a temprana edad, el no uso del preservativo en las relaciones sexuales, las prácticas sexuales bajo efectos de sustancias psicoactivas (SPA), mantener relaciones sexuales con diferentes parejas, embarazos no deseados y aborto (Forcada et al., 2013; Huitrón-Bravo et al., 2011; Uribe & Ocasita, 2009). A ello también puede sumarse el desconocimiento y falta de información sobre temas como el autocuidado, las relaciones sexuales seguras y métodos de protección ante ITS y VIH/SIDA, que traen consecuencias de manera negativa a corto plazo (Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis, & Zhou, 2007; Goncalvez, Castellá, & Carlotto, 2007; Orcasita et al., 2012; Paramo, 2011; Rodríguez & Álvarez, 2006).

En los últimos años, diversos estudios han mostrado interés en las conductas sexuales de riesgo en diferentes poblaciones, ya que “a pesar de que existe un adecuado conocimiento de las consecuencias negativas que ello puede acarrear a mediano y largo plazo, su nivel de prevalencia continúa siendo alto” (Bahamón, Vianchá, & Tobos, 2014, p.331), especialmente en población joven y adolescente. No obstante, se dice que más de dos tercios de los adolescentes y de los adultos jóvenes de 20 a 24 años de edad contribuyen de manera desproporcionada al aumento de la morbilidad por infecciones de transmisión sexual como sífilis y blenorragia, especialmente en los países industrializados, en donde más de las dos terceras partes de los casos declarados de blenorragia corresponde a personas menores de 25 años (González, 2003, citado en Hernández & Cruz, 2008). Así mismo, para Uribe, Orcasita y Vergara (2010), los jóvenes son un grupo susceptible de infección al VIH/SIDA debido a las características propias de la etapa y por las conductas sexuales que tienen. En este mismo sentido, Hernández y Cruz (2008), Piña (2004) y Uribe y Orcasita (2009) también refieren que de acuerdo a los comportamientos riesgosos de los jóvenes, estos pueden denominarse como población vulnerable, debido al continuo cambio de parejas sexuales, el inicio de la actividad sexual a temprana edad y el escaso uso del preservativo en las prácticas sexuales. Según ONUSIDA (2006), se debe tener presente la variable de vulnerabilidad, la cual se constituye como la capacidad de las personas para impedir ser infectados por el virus haciendo mención en tres factores:

- (a) Factores personales, como falta de conocimientos y aptitudes necesarios para protegerse y proteger a otros;
- (b) factores relativos a la calidad y cobertura de los servicios, como inaccesibilidad debido a la distancia, costo y otros factores; y
- (c) factores sociales, como normas culturales y sociales, prácticas, creencias y leyes que estigmatizan e incapacitan a ciertas poblaciones y actúan como barreras para

mensajes esenciales de prevención del VIH (citado en Orcasita et al., 2012, pp.380-381).

Debido a la importancia que tienen las conductas sexuales de riesgo en la salud de las personas y especialmente en la de los universitarios, en Colombia se han realizado varios estudios con esta población. Una de las principales variables que se ha tenido en cuenta como conducta sexual de riesgo, es el inicio de la vida sexual, puesto que como bien lo señala González (2004) el inicio de la vida sexual comienza desde la adolescencia y especialmente en los hombres ello sustenta lo que posteriormente Campo-Cabal et al. (2006) hallaron en la investigación con estudiantes de Medicina de la ciudad de Cali, ya que identificó que la edad de inicio de relaciones sexuales en los hombres en promedio era de 15.8 años y en las mujeres de 17.8 años. Así mismo, Uribe y Orcasita (2009) en el estudio realizado en una universidad de la ciudad de Cali, hallaron también que la edad promedio de inicio de la vida sexual de los universitarios es de 16.36 años, con una desviación típica de 2.34. De igual forma, en la ciudad de Cartagena, Díaz, Arrieta y González (2010) estudiaron el comportamiento sexual y factores asociados en 381 estudiantes de odontología. La prevalencia de relaciones sexuales fue de 64,6%, con mayor frecuencia en hombres (81,8 %) que en mujeres (53,6 %). La edad promedio de la primera relación sexual fue de 16,9 años este promedio es equiparable con los resultados de Arias, Vázquez, Dueñas, García y Tejada (2011) en su investigación con 1.120 participantes de la Universidad del Valle, en donde la media de edad de inicio de la vida sexual fue también de 16 años; de los cuales, la mitad tuvo su primer coito antes de finalizar la adolescencia y 42% ha tenido entre dos y cinco parejas sexuales.

En la investigación realizada por González (2004) con 425 jóvenes de edades entre 14 y 25 años, señala que el método anticonceptivo del que tienen mayor conocimiento los

sujetos, es el preservativo. Además, se identifica que hay comprensión de la importancia que tiene, no solo para prevenir embarazos, sino también de ITS o de VIH/SIDA. A pesar de ello, en el momento de la práctica sexual, el uso del preservativo no se hace efectivo, y por tanto, el método anticonceptivo más usado en hombres como mujeres, es el ritmo (54.5%), siendo éste uno de los métodos menos efectivos en la prevención de embarazos y de ITS. Adicionalmente, las infecciones más conocidas por estos jóvenes son el SIDA, Herpes, Sífilis y Gonorrea, siendo conscientes de que estas infecciones pueden ser adquiridas sin el uso del preservativo. A su vez, consideran que otra de las formas de prevención es conociendo la vida sexual de su pareja y o teniendo un compañero sexual estable (70,8%). En cuanto a la vida sexual responsable, el 45,5% consideran que un embarazo no deseado o una ITS durante esta etapa, podría afectar las metas a corto, mediano y largo plazo adicionalmente afectaría en gran medida la relación con sus familiares.

Sumado a lo anteriormente expuesto, el tema de la protección en las conductas sexuales de riesgo es relevante, debido a las múltiples consecuencias que trae el no uso del preservativo. Datos como los obtenidos por Uribe y Orcasita (2009) con una muestra de 197 universitarios de edades entre 16 a 25 años, demuestran que los jóvenes en su primera relación sexual hacen uso del preservativo (52,8%) pero a través del tiempo, el uso del preservativo en las relaciones sexuales disminuye (47,7%). Adicionalmente, el 34% de los estudiantes no usaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual; y en la última conducta sexual, el 36,5% omitieron los métodos anticonceptivos. Y en cuanto a las conductas sexuales en los últimos doce meses, más de la mitad (57,9%) afirmó que nunca hizo uso del preservativo y solo el 28,4% usó la píldora del día después.

Igualmente, en un estudio realizado con 565 estudiantes de medicina y de derecho en la ciudad de Bogotá, se halló que 253 participantes (44,9%) reportaron no haber utilizado preservativo y 177 (31%) no haber utilizado ningún método de planificación efectivo en las conductas sexuales (Ruiz-Sternberg et al., 2010) cabe señalar que en este estudio y en el de Arias et al. (2011) participaron estudiantes de facultades pertenecientes al área de salud, y aun así, se evidencia que el conocimiento de los métodos de protección no garantiza que los universitarios mantengan conductas preventivas frente a la salud sexual y reproductiva. Por tanto, puede decirse que las conductas sexuales de riesgo trascienden a hechos que van más allá del conocimiento sobre los métodos de protección, ya que diferentes investigaciones muestran factores que están involucrados en las conductas sexuales ejercidas por los universitarios (Cañón et al., 2011).

Algunas de las investigaciones, evidencian que el conocimiento sobre los métodos de protección en las relaciones sexuales, no garantiza el uso del preservativo o de anticonceptivos. Por ejemplo, en la investigación de Ruiz et al. (2010), se pretendió identificar si los estudiantes de medicina, por tener mayor conocimiento en el área del cuidado de la salud, sus conductas sexuales presumiblemente serían mejores y preventivas. Frente a esto, identificaron que los universitarios presentan conductas sexuales de riesgo a pesar de sus conocimientos, como escaso uso de preservativo (46%), de métodos anticonceptivos (29,2%) y bajo control ginecológico después del inicio de las relaciones sexuales (55,9%).

En otras palabras, el uso o no del preservativo, no se encuentra relacionado directamente a la falta de información en la población universitaria (González, 2004), ya que la mayoría de los jóvenes conocen diferentes métodos de protección, y sin embargo, se siguen presentando altos índices de riesgo por el escaso uso del preservativo y por el inicio

temprano de las relaciones sexuales, factores que aumentan la vulnerabilidad frente a diferentes consecuencias, como bien son las ITS (Bahamón, Vianchá, & Tobos, 2014; Hurtado de Mendoza & Olvera, 2013).

Por otra parte, en cuanto al tipo de relaciones sexuales en los universitarios, las conductas sexuales vaginales se practican con mayor frecuencia en los universitarios, seguida de las relaciones sexuales orales y en menor frecuencia, las relaciones sexuales anales. Esto se sustenta de acuerdo a los resultados establecidos por Uribe y Orcasita (2009) en donde el 29,9% de los universitarios de la investigación practican cerca de una vez a la semana y varias veces a la semana (22,3%) la conducta sexual vaginal, el 25,4% señala que practica la conducta sexual oral cerca de una vez a la semana; mientras que el 58,8% asegura nunca practicar la relación sexual anal. No obstante, en cuanto a la práctica y el uso del preservativo, solo el 26,9% utiliza preservativo cerca de una vez al mes en la conducta sexual vaginal y en la conducta sexual oral; frente al 60,9% y el 21,3% quienes en el periodo de un mes no usaron preservativo en la conducta sexual oral y anal respectivamente. A pesar de todo ello, de manera general, se resalta que el mayor uso del preservativo se presenta en la conducta sexual vaginal (63.5%).

Por su parte, Cañón et al. (2011), en su estudio con 267 universitarios de la ciudad de Manizales, también corrobora que las conductas sexuales más frecuentes en los universitarios son: principalmente la conducta sexual vaginal (92,1%), seguidamente la conducta sexual oral (74%) y en última instancia la conducta sexual anal (26,4%). El método anticonceptivo más usado es el preservativo (52,7%), seguido de las pastillas (28,2%), la inyección anticonceptiva (12,2%) y el método del ritmo (3,8%); sumado a ello, la media de parejas sexuales tenidas desde el inicio de la vida sexual es de 5.46 y el promedio de relaciones sexuales al mes es de 9.54. Algo semejante se presenta en los

universitarios a nivel internacional, pues en México, en el estudio de Padilla y Díaz (2011) también se demuestra que las conductas sexuales más empleadas por los participantes son: la conducta sexual vaginal (34,7%), vaginal y oral (33,7%), vaginal, oral y anal (7,4%) y en menor práctica, solo oral (2.1%). Del total de los participantes (95 sujetos) de esta investigación, el 53% aseguró no utilizar el preservativo en las conductas sexuales. Hay que mencionar además, que en cuanto al uso de métodos para la prevención de ITS y VIH, los hombres son los que más hacen evidente el uso del preservativo, a diferencia de las mujeres (Cañón et al., 2011; Hernández & Cruz, 2008). Por otra parte, debe agregarse que los hombres son los que con más frecuencia presentan mayor número de parejas sexuales, las cuales en su mayoría pueden ser ocasionales; este tipo de conducta es otro aspecto que pone de manifiesto el alto índice de vulnerabilidad en los jóvenes ante una ITS (Arias et al., 2011; Ballesteros, 2007; Cañón et al., 2011; Díaz, Arrieta & González, 2010; Hernández & Cruz, 2008; Ospina & Manrique-Abril, 2007)

Otra variable que pueden incidir en las conductas sexuales de riesgo es el consumo de SPA. Se dice que la universidad es un escenario en donde el individuo puede desarrollar actitudes crítico-reflexivas frente a los factores de riesgo y los estilos de vida saludable. Por consiguiente, esta etapa de transición y decisiones, hace vulnerable a los jóvenes frente al uso de SPA y las conductas sexuales de riesgo (Hernández & Cruz, 2008). Adicionalmente, se considera que con el paso de los años el incremento de las conductas sexuales y el consumo de drogas, aumentan de forma directamente proporcional. Si estas conductas se presentan desde muy temprana edad, las consecuencias a la integralidad de la persona también aparecerán de manera prematura.

Por tanto, las conductas sexuales bajo efectos de SPA, son otras de las conductas que ponen en riesgo la salud de los jóvenes, ya que el efecto de éstas, en algunos casos,

facilita las habilidades sociales y desinhibe la persona, ayudándole a mantener conductas que en un estado sobrio, no sería capaz de afrontar. Por tanto, el hecho de asumir riesgos sin pensar las consecuencias futuras, puede conllevar a conductas sexuales de riesgo como el no uso del preservativo, aumenta el riesgo de ITS o de embarazos no deseados. Es importante señalar que el consumo de SPA guarda relación con las conductas sexuales, ya que ciertas sustancias generan efectos que favorecen la actividad sexual, como es el caso del cannabis, que suele consumirse antes y después de las relaciones, debido a sus propiedades para potencial el placer y el sentido de tacto; sin embargo, este tipo de conducta sigue asociada al sexo no seguro (Antón & Espada, 2009). En el caso de la cocaína, ésta tiene un gran uso dentro de los consumidores de drogas recreativas, ya que hay quienes la consideran afrodisíaca y favorece el retraso del orgasmo, prolongando la actividad sexual (Bellis & Hughes, 2004). Por último, en el caso del alcohol, es usado con frecuencia por las personas para acercarse e interactuar; así mismo, esta bebida funciona como desinhibidor temporal, el cual aumenta el deseo sexual en los individuos; adicionalmente, tiene propiedades amnésicas que hace olvidar causas y consecuencias antes, durante y después de la actividad sexual. Entonces, cuando los jóvenes se emborrachan, la probabilidad de practicar sexo desprotegido aumenta de manera significativa (Bellis & Hughes, 2004).

Algunas investigaciones en Europa señalan que un tercio de los jóvenes se encuentra bajo efectos del alcohol o de alguna droga en su primera experiencia sexual (Michaud & Narring, 1997 citado en Bellis & Hughes, 2004). De igual manera, en el estudio de So, Wong y de Leon (2005) hallaron que el 6% de la población había consumido alcohol durante la relación. También, encontraron un 4,4% que consumía otros tipos de drogas antes del encuentro sexual y un 1,2% que consumía en el momento de la actividad sexual.

Así mismo, en México, la prevalencia de SPA en las relaciones sexuales es bastante frecuente en los universitarios, especialmente en cuanto al consumo de alcohol (Hernández & Cruz, 2008; Pulido et al., 2013). Además, el consumo de SPA en las relaciones sexuales predomina más en los hombres que en las mujeres (Díaz et al., 2010; Forcada et al., 2013).

Del mismo modo, Antón y Espada (2009) en su estudio sobre consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH con una muestra de 339 estudiantes universitarios de edades entre 18 a 29 años, afirman que la mitad de la muestra ha estado alguna vez en situación de riesgo bajo los efectos del alcohol, ya que han tenido relaciones sexuales con penetración bajo los efectos de esta bebida; el 16,2% alguna vez ha practicado sexo bajo los efectos del cannabis. Estudios realizados en Colombia, demuestran que en las relaciones sexuales predomina el consumo de sustancias, principalmente de licor, marihuana (González, 2004; Forcada et al., 2013) e inhalantes. Así mismo, Uribe y Orcasita (2009) demuestran en su estudio que los universitarios han mantenido relaciones sexuales bajo efectos de sustancias, principalmente de licor (41,1%) pegamento e inhalantes (33,5%).

En el estudio de Antón y Espada (2009), evaluaron el uso de preservativo, el consumo de alcohol y cannabis en las relaciones sexuales; señalando que en los consumidores de alcohol el sexo anal y oral son las prácticas sexuales donde el uso del preservativo disminuye, en comparación al 65.9% de consumidores de alcohol que siempre usan preservativo en el coito vaginal; no obstante, en los universitarios que no consumen alcohol, el sexo oral es una de las prácticas más desprotegidas. Por su parte, en los consumidores de cannabis, hubo mayor uso del preservativo en el coito vaginal y anal, frente al escaso uso en las relaciones sexuales orales. Por todo lo anterior, se concluyó que el uso del preservativo se halla presente en los jóvenes; sin embargo, se evidenció que el

uso de éste es escaso en los tres tipos de práctica sexual, especialmente en el coito anal y oral, conductas que al parecer los jóvenes afrontan con menos protección.

Dentro de las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo, se hallaron las ITS, los embarazos prematuros o no deseados y el aborto. En este caso, son las mujeres a quienes con más frecuencia se les diagnostica alguna ITS, a causa del escaso uso de barreras de prevención, puesto que algunas investigaciones refieren que las mujeres prefieren usar métodos hormonales que métodos de barrera (Ballesteros, 2007; Cañón et al., 2011), lo que difiere en los hombres, es que estos últimos son quienes mayormente reporta uso de preservativo (82,4%); por tal motivo, las mujeres son las que más adquieren infecciones vaginales (9,5%) (Cañón et al., 2011).

En contraste a lo anterior, en la ciudad de Tunja, Ospina y Manrique-Abril (2007) en su investigación con 764 universitarios, señalan que la prevalencia de ITS es mayor en hombres (6,7%) que en mujeres (5,1%); alguna de estas infecciones fue candidiasis (63,8%), vaginitis inespecífica (12,7%), tricomoniasis (8,5%), tres casos de blenorragia, dos de VPH y uno de sífilis. Además, se reportó que el 16,62% de las mujeres tuvo un embarazo y de estos, el 8,54% se indujo un aborto; y en el caso de los hombres, el 20,24% dejó embarazada a su pareja y el 15,4% de sus parejas se practicó un aborto.

Más adelante, en el estudio realizado por Pulido et al. (2013), evaluaron conductas sexuales de riesgo en estudiantes de tres universidades de México. De las mujeres evaluadas, el 9,3% tuvo un embarazo no deseado; y el 65,52% había estado preocupado por la posibilidad de estar embarazada; y en el caso de los hombres, por la posibilidad de que su pareja estuviera embarazada. Del total de estudiantes sexualmente activos, el 5,72% había tenido una ITS. Por su parte, Forcada et al. (2013) en la investigación realizada con 413 universitarios, resalta que el 62,22% de los participantes mantenían relaciones sexuales sin

usar preservativo y de estos el 14,24% había tenido un embarazo no deseado, el 12,38% de las mujeres tuvo un aborto; y de los estudiantes que mantenían relaciones sexuales, 8,36% tuvo una ITS.

Tal parece que las conductas, los conocimientos, y las prácticas sexuales de estos jóvenes, no son lo suficientemente responsables para garantizar autocuidado en ellos, ya que aún ponen en riesgo su salud sexual y la de su(s) pareja(s) sexual(es). Por lo que es evidente el escaso uso del preservativo como método de protección ante las ITS. Sumado a ello, las edades de inicio de la vida sexual cada vez es menor, así como el incremento en el consumo de SPA, especialmente de alcohol. Por tanto, son variables que se asocian en mayor medida al aumento de las conductas sexuales de riesgo en población universitaria.

5.2. Apoyo social

El estudio del apoyo social comenzó a mediados de la década de los setenta, especialmente, por el creciente interés hacia las dimensiones derivadas de las relaciones sociales, momento en el que el apoyo social comienza a ser un potente campo de investigación (Musitu & Cava, 2003). Gran parte de este interés es debido a las propuestas teóricas de Cassel y Caplan (1974, citado en Fernández, 2005), quienes describieron los principales recursos obtenidos de las relaciones y así mismo, establecieron formas de intervención comunitaria, con el fin de mejorar los sistemas de apoyo. Para Cassel (1974) los cambios en el contexto social pueden modificar la resistencia de las personas hacia la enfermedad, ya que el origen de la enfermedad está relacionado con la falta de información relevante que pueda ser brindada por parte del grupo social. En otro sentido, Caplan (1974) resalta la importancia de los recursos derivados de las distintas relaciones sociales

mantenidas, tales como apoyo emocional, instrumental, entre otras, las cuales contribuyen al bienestar de la persona (citado en Fernández, 2005).

El apoyo social es inherente al ser humano, ya que desde el nacimiento todas las personas sin exclusión alguna, cuentan con el apoyo de su grupo primario. Posteriormente con el tiempo, los grupos de apoyo cambian y de igual forma cambia el apoyo social, no solo por el cambio de la red, sino porque de acuerdo a la etapa del ciclo vital, cada una de las personas requiere de un apoyo diferente (Orcasita et al., 2010). Así mismo ocurre con la conceptualización del apoyo social, ya que su definición puede darse de acuerdo a diversas perspectivas, debido a que es un término interactivo, el cual refiere al trato entre personas (Barrón, 1996). Por esta razón, el concepto del apoyo social puede entenderse desde tres perspectivas: *estructural*, *funcional* y *contextual*.

En primer lugar, desde la perspectiva *estructural*, Lin, Dean y Ensel (1986, citado en Barrón & Sánchez, 2001) definen el apoyo social como “provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos” (p.17). En cuanto a la comunidad, resalta la integración social, la regulación normativa y orden social que se encuentra inmersa en ella, como aquella que da significado a la propia existencia; así también, se tienen en cuenta aspectos de integración social como el estado civil, la pertenencia a asociaciones comunitarias, clubes, etcétera (Barrón, 1996).

En cuanto a las redes sociales, éstas son entendidas como aquellas que aportan sentido de relación y unión con las demás personas. Adicionalmente, dentro de la perspectiva estructural, el tamaño de la red juega un papel importante, ya que el número de integrantes se relaciona directamente con el bienestar y la salud de la persona (Fernández, 2005).

En segundo lugar, desde la perspectiva *funcional*, el apoyo social “hace referencia al conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social” (Gracia, Herrero, & Musitu, 1995, citado en Musitu & Cava, 2003, p.2). En relación a ello, en la investigación realizada por Uribe, Orcasita y Aguillón (2012) y Orcasita et al. (2012) coinciden en esta misma perspectiva, ya que en la evaluación del apoyo social, se hallan dimensiones como apoyo afectivo, interacción social positiva instrumental, y emocional/informacional.

Es entonces que desde el enfoque funcional, el apoyo social se centra en los aspectos cualitativos que resultan de las relaciones sociales (Fernández, 2005). En cuanto a los recursos que se intercambian, se distinguen los recursos materiales (pequeños servicios, dinero, objetos, etc) y los recursos simbólicos (cariño, aceptación, estima, consejo, etc.).

Así pues, la definición con la que se abordó la presente investigación es desde la propuesta de Barrón (1996), el cual afirma que el apoyo social es “un constructo multidimensional con distintas categorías siendo las principales la provisión de apoyo emocional, apoyo material y apoyo informacional” (p. 223). En cuanto al *apoyo emocional*, hace referencia a compartir, preocupación, amor, cuidado, afecto y sentimientos que generan en la persona una sensación de bienestar y de respeto por parte de familiares, amigos o conocidos. Por su parte, el *apoyo material o instrumental* se relaciona con la prestación de un objeto material que sirve para resolver problemas prácticos y/o facilitan la realización de tareas cotidianas a la persona. En último lugar, el *apoyo informacional*, implica que las personas reciben información o consejos que le ayudan a comprender su mundo y ajustarse a los cambios existentes (Aron et al., 1995; Barrón, 1996).

Finalmente, desde la perspectiva *contextual*, el apoyo social debe “considerar los aspectos situacionales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido,

todo ello con el fin de relacionar con un carácter predictivo, el apoyo social con el bienestar de las personas” (Fernández, 2005, p.12). Por tal motivo, en este enfoque se consideran aspectos como: (a) *las características de los participantes*, en cuanto a la procedencia de los mismos y la efectividad del apoyo frente a conflictos. (b) *El momento en que se da el apoyo*, está ligado al afrontamiento y las etapas del mismo, lo que da lugar a que el apoyo que fue adecuado en cierto momento, puede no serlo en otro. (c) *La duración*, refiere al tiempo en que se mantiene o cambia el apoyo; este tiempo es crucial, especialmente para aquellas personas con enfermedades crónicas o problemas de estrés. (d) *La finalidad*, depende del apoyo brindado a las necesidades requeridas en el problema del individuo; es decir, de acuerdo al problema, la persona requiere un apoyo diferente. A esto también se suma las características individuales del receptor y del emisor, como: género, personalidad, roles, creencias, y la percepción del momento en que el individuo necesita el apoyo, todo es relevante para la efectividad del soporte (Barrón, 1996).

En este punto, es importante acotar que de acuerdo a las tres perspectivas expuestas, hablar de la estructura, la funcionalidad y el contexto de los grupos sociales que brindan apoyo, no implica una relación directa cien por ciento, puesto que una persona puede tener un grupo social bien estructurado, pero ello no significa entonces, que cumpla con la funcionalidad de brindar apoyo, así como el contexto no siempre será el adecuado ni el propicio para servir de soporte en la persona. De esta manera, se debe tener en cuenta quién da el apoyo, cuánto apoyo ofrece, en qué momento, entre otras (Barrón, 1996; Rodríguez & Enrique, s.f.).

Entre tanto, Morales, Cerezo, Fernández, Infante y Trianes (2009) refiere su concepto desde una perspectiva más funcional, ya que describen el apoyo social como

ayuda instrumental y/o afectiva, aportada por la comunidad, los amigos y familiares, la cual favorece las habilidades sociales y el autoconcepto de la población joven y adolescente.

Otra de las características del apoyo social es concebirse desde lo objetivo y lo subjetivo, es decir, desde el apoyo recibido o real y el apoyo percibido o subjetivo que tiene el receptor. Por tanto, el apoyo objetivo hace alusión a todo aquello que el sujeto recibe o recibió en un momento dado; mientras que el apoyo subjetivo se refiere a la valoración o concepción que tiene el receptor en cuanto a satisfacción de sus necesidades a partir del apoyo que le es brindado.

Desde la mirada subjetiva, el apoyo social es conceptualizado desde términos cognitivos como “percepción de que uno es amado, querido, etc., que tiene personas a quien recurrir en caso de necesidad y que le aportarán la ayuda requerida” (Barrón, 1996, p.20). En otras palabras, hace referencia a la interpretación subjetiva que tiene la persona frente a sus relaciones y su satisfacción con ellas (Aron et al., 1995). De acuerdo con ello, la percepción del apoyo, por tratarse de un aspecto más cognitivo, implica que en ocasiones el sujeto puede pasar por desapercibido el apoyo con el que cuenta y éste no sea utilizado (Fernández, 2005). Desde la concepción de Cobb (1976, citado en Barrón, 1996) el apoyo social subjetivo basa su percepción desde la información que el sujeto haya creado, es decir, el apoyo subjetivo está mediado desde la información que lleva al sujeto a creer que cuidan de él y que es amado, información que le hace pensar que es estimado y valorado o finalmente la información que le hace creer al individuo que pertenece a una red que comparte comunicaciones.

El apoyo social constituye un tema estudiado en la actualidad, debido a su gran impacto en la salud de las personas. Tener o no tener apoyo de alguien, trae repercusiones que afectan o favorecen la salud del individuo (Chimpén, Llorca, & Díez, 2007). Desde

hace algún tiempo, este tema ha sido de gran interés y estudio en el ámbito la salud, ya que inicialmente, el apoyo social se relacionaba específicamente en los procesos de salud y enfermedad; entre ellos, el afrontamiento de la enfermedad, el proceso de la enfermedad, o quienes se hallaban en proceso de recuperación (Durá & Garcés, 1991; Barra, 2004). Con el paso del tiempo, se ha identificado que el apoyo social favorece a las personas que lo recibe, puesto que ayuda a disminuir la carga de estrés (Cumsille & Martínez, 1994; Feldman et al., 2008), funciona como estrategia de afrontamiento (Riquelme, Buendía, & Rodríguez, 1993) y brinda beneficios a la salud de quien se siente apoyado. Por el contrario, quienes no experimentan apoyo, pueden ser propensos al aumento de niveles de estrés, sentimiento de soledad y falta de estrategias para afrontar situaciones con alto impacto emocional (Ortego, López, & Álvarez, 2010).

De acuerdo con la influencia social en la salud de las personas, ésta puede influir en los hábitos de la salud, en dos sentidos. El primero en forma *indirecta*, el cual se da a través de la adopción de hábitos de salud bajo las ideas de que por una parte, las personas son más proclives a adoptar ciertos estilos de vida saludables si comparten con alguien estos hábitos; y por otra parte, internalizar normas de conducta, por ejemplo, “a través del marco de referencia y modelo a seguir que ofrece la familia por lo que respecta a los hábitos de salud” (Fernández, 2005, p.7). En segunda instancia, la forma *directa*, se refiere al “control social que puede ejercerse mediante la aplicación de sanciones o intervención física, como bien lo sería la participación sin mediaciones en el control de la alimentación, la preparación y/o administración de tratamientos” (Fernández, 2005, p.7). Es por ello que uno de los recursos importantes derivados de las relaciones sociales es el apoyo social, ya que éste ha sido importante en el contexto relacionado con salud-enfermedad.

El apoyo tiene efectos positivos con respecto a la salud y el bienestar individual. Ya que las personas que perciben altos niveles de apoyo social, tienen mejor autoconcepto, mayor control personal, estilos de afrontamiento adecuados ante el estrés y salud integral en general; especialmente aquellos que cuentan con el apoyo de la familia, los amigos y la pareja (Barra, 2011; Chávez & Álvarez, 2012; Fernández, 2005; Orcasita et al., 2012; Padilla & Díaz, 2011).

El apoyo social constituye un factor protector importante en las personas porque aumenta el bienestar personal, así mismo, permite afrontar de mejor forma las situaciones estresantes de la vida (Barra, 2004). Por ejemplo, en los resultados de la investigación realizada por Feldman et al. (2008) con universitarios venezolanos, señalan que los estudiantes presentaban menor estrés cuando los niveles de apoyo social eran mayores. Igualmente, los buenos niveles de apoyo social se relacionan con buena salud mental. Por ende, los efectos negativos del estrés se relacionaban con un apoyo social bajo. A su vez, se halla que el alto apoyo social percibido proviene principalmente de la familia y de los amigos, ya que estos son con quienes los estudiantes comparten sus problemas académicos y personales. En cuanto a la diferencia de sexo, las mujeres reportaron menor intensidad de estrés académico cuando percibían mayor apoyo de sus amigos; mientras que para los hombres, la menor intensidad del estrés se relaciona con el apoyo de las personas cercanas y el apoyo en general.

En este orden de ideas, la familia es la primera red de apoyo natural con la que cuenta cualquier persona, así como también es configurada como un elemento clave dentro de la organización social y la formación del individuo, donde se modelan los estilos personales de interacción y se brindan las herramientas necesarias para construir relaciones con otros individuos (Padilla & Díaz, 2011). Por tanto, la familia es el grupo natural que a

través del tiempo plantea y diseña pautas de interacción, con el fin de establecer estructuras que rigen el funcionamiento y los roles de cada uno de los integrantes de la familia, optimizando el proceso de individualización de cada miembro. Es por ello que la familia cumple con acciones que van más allá de garantizar la supervivencia física de sus integrantes, asegurando la participación sociocultural de estos en los escenarios y hábitats donde se desenvuelven como personas (Minuchin, 1983, citado en Orcasita et al., 2012).

Para Ortego et al. (2010), contar con el apoyo familiar trae beneficios a la persona a nivel físico y psíquico, tanto en personas enfermas o en aquellas que simplemente necesitan algún tipo de ayuda (Uribe, 2005). Habitualmente, este apoyo es brindado por miembros de la familia, amigos íntimos y compañeros sentimentales (Carrobles, Remor, & Rodríguez, 2003). En algunas ocasiones, la búsqueda de apoyo funciona como un primer mecanismo de afrontamiento para obtener alguna combinación de apoyo emocional, informacional e instrumental por parte de los otros.

En otro sentido, Padilla y Díaz (2011) señalan que las interacciones en el sistema familiar pueden establecer una serie de factores personales, profesionales, sociales, de salud en sus integrantes, y a su vez, estos factores pueden hallarse inmersos en un contexto sociocultural particular que en ocasiones determina actitudes, atribuciones y roles hacia diversos aspectos de la vida en general.

Se dice que en cada etapa de la vida el apoyo social en las personas es diferente. En el caso de los adolescentes, aquellos que reciben más apoyo de sus padres durante esta etapa, utilizan estrategias de afrontamiento más efectivas, cuentan con más competencias sociales y tienen una mejor autoestima. Así mismo, durante esta etapa, la red social del adolescente evoluciona debido a las nuevas relaciones que establecen con distintos grupos (Barrera & Li, 1996, citado en Musitu & Cava, 2003).

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación de Musitu y Cava (2003), se identifica que conforme avanza la edad de los adolescentes, el apoyo por parte de los padres disminuye, mientras que el apoyo por parte del(a) amigo(a) o la(el) novia(o) aumenta con el tiempo. No obstante, se hace más evidente que a mayor edad, el adolescente recibe más apoyo por parte de la pareja que por parte de los padres o amigos. Sin embargo, se resalta la importancia de la familia, como base en las estrategias de afrontamiento en el grupo de pares, puesto que se aprecia que las habilidades sociales aprendidas en el contexto familiar, pueden influir en el tipo y la calidad de las relaciones de amistad que el hijo establece con sus iguales.

En este sentido, el buen funcionamiento familiar es fundamental en la formación del individuo, puesto que parte de ello es la formación integral de la persona, por lo que una familia funcional, actuará como un pilar fundamental para el apoyo de sus miembros (Cañón et al., 2011).

Es por tanto que la calidad de vida y la formación integral de un joven no solo depende de la educación universitaria, tampoco del conocimiento adquirido en esta etapa de la vida. Depende en gran medida de los recursos que le sean brindados por las redes de apoyo con las que cuenta, de la interacción constante con el otro y el medio que lo rodea (Martínez-López et al., 2014). Por tal motivo, la familia es un pieza clave en la formación del autoconcepto y en la toma de decisiones en todos los aspectos de la vida de los jóvenes (Uribe, 2005). Aspectos como actitudes y conocimientos en los jóvenes están mediados en gran parte por la formación y la orientación que los padres les brindan a los hijos, es decir, que la formación familiar es fundamental para dirigir las conductas y concepciones que tienen los jóvenes frente a diferentes temas, entre ellos, el apoyo social y la salud sexual (Acevedo & Bonces, 2014; Padilla & Díaz, 2011). Así mismo, percibir mayor apoyo por

parte de los padres, favorece que los jóvenes utilicen estrategias de afrontamiento más efectivas, construyan un mejor autoestima y cuenten con mayores competencias sociales (Musitu & Cava, 2003).

El apoyo social percibido por los universitarios es relevante ya que éste puede actuar como un efecto protector sobre el bienestar de los mismos frente a situaciones críticas que se pueden presentar en el periodo universitario; no obstante, el efecto protector radica en la certeza que el joven tiene frente a la ayuda que percibe (Rodríguez, Martínez, Tinajero, Guisande, & Páramo, 2012).

Por otro lado, el apoyo se encuentra relacionado con los efectos físicos y mentales en las personas. Estudios al respecto, centran la importancia que tiene el apoyo en la morbilidad y mortalidad de los individuos (Durá & Garcés, 1991). Según Chipén, Llorca y Díez (2007) en el proceso de afrontamiento de una enfermedad crónica como el cáncer, los enfermos requieren de recursos como información y apoyo social a nivel emocional, instrumental e informacional. En este aspecto, algunos estudios describen y explican cómo este apoyo resulta de gran beneficio para la salud y el bienestar de la persona enferma, posibilitando un recurso efectivo para su afrontamiento. Por ejemplo, estos mismos autores, en su investigación enfatizan la importancia del apoyo para el bienestar de los pacientes oncológicos, pues estar casado o percibir apoyo social mejora el estado de ánimo de las personas; mientras que los pacientes que viven solos perciben un menor bienestar.

En cuanto a la influencia del apoyo en la salud mental, Barrón y Sánchez (2001) enfatizan la importancia de ésta en la salud de la persona, lo cual manejan una estrecha relación en la mejora del estado del paciente.

Por otra parte, el apoyo social reduce directamente el impacto de los efectos estresantes en la persona, generados por eventos vitales que se presentan durante el

transcurso de la vida; así mismo, minimiza los niveles de ansiedad y contribuye a la reducción de síntomas depresivos (Barrón & Chacón, 1992; Feldman et al., 2008).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, en una investigación realizada por Davila, Ruiz, Moncada y Gallardo (2011) sobre ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile, señalan que los estudiantes evaluados sienten en general, una óptima percepción de apoyo social, lo cual funciona como un moderador de las tensiones generadas por la ansiedad y así mismo sirve para amortiguar la aparición de síntomas depresivos.

Posteriormente, Barra (2011) en su investigación con universitarios, halló una relación significativa entre el apoyo social percibido y el bienestar psicológico, al considerar que el apoyo recibido les permite superar las distintas problemáticas a las que se ven enfrentados en su diario vivir. Por tal razón, el apoyo social representaría un recurso importante con el que los universitarios superan las adversidades que acompañan a los sucesos vitales estresantes, ayudando también a mantener un ajuste psicológico adecuado y un mejor bienestar.

Otro aspecto importante que se ha estudiado en relación a la percepción del apoyo social son las conductas delictivas que se presentan en población joven. Respecto a ello, Méndez y Barra (2008) realizaron un estudio con 106 adolescentes infractores y no infractores de la ley, en donde identificaron diferencia de apoyo estructural y funcional percibido en los dos grupos de jóvenes. Pues los jóvenes no infractores perciben mayor apoyo emocional, instrumental y material, y adicionalmente cuentan con más apoyo familiar, a diferencia de los jóvenes infractores, quienes perciben poco apoyo social y cuentan con menor número de fuentes familiares. Los resultados de ese estudio señalan la importancia de considerar las redes de apoyo como variable fundamental al momento de

comprender dinámicas como la delincuencia juvenil. Por tanto, se debe considerar el papel importante que juega la familia en el aprendizaje e internalización de hábitos, costumbres, valores, creencias y actitudes de las personas las cuales influyen decisivamente en el desarrollo de conductas protectoras o de riesgo.

Por otra parte, el apoyo social cuenta con factores afectivos y relacionales que influyen en el desarrollo de determinadas conductas. Adicionalmente, los sistemas sociales como la familia y el contexto escolar, influyen en el desarrollo conductual de los adolescentes, las cuales a su vez causan problemas a la familia, debido a los malos comportamientos que pueden emerger en los diferentes contextos donde se desenvuelva el joven (Uribe et al., 2012)

Ahora bien, frente a investigaciones sobre la importancia del apoyo social en la salud sexual, principalmente se hallan enfocadas en el apoyo que reciben las personas portadoras de VIH en su proceso de afrontamiento y en la calidad de vida de estos. En cuanto al afrontamiento de la enfermedad, Carrobles, Remor y Rodríguez (2003) estudiaron la variable de apoyo social en 229 personas infectadas con VIH de España y Perú, identificando un buen apoyo social tanto sanitario y emocional; sin embargo, los pacientes españoles señalan recibir apoyo por parte de las dos, mientras que los pacientes peruanos solo cuentan con apoyo familiar; lo que sugiere que “el entorno más cercano de las personas que viven con el VIH es capaz de aportar apoyo a pesar de las posibles barreras que puedan suponer los diferentes contextos socioculturales y económicos, cuanto al estigma que supone la enfermedad” (p.425). Se identificó también que en la muestra española, los pacientes con mayor deterioro buscaban mayor apoyo, mientras que por el contrario, en la muestra peruana, eran las personas asintomáticas las que principalmente buscaban apoyo. En este sentido, puede inferirse que la forma en la que se busca y se recibe

apoyo también está influenciada por la cultura del individuo y del significado personal que se le da a la enfermedad.

Continuando con este orden ideas, el apoyo social ha resultado ser una variable predictora en la calidad de vida de las personas con VIH. Así mismo, el apoyo social emocional tiene la capacidad de influir en los hábitos de vida que necesita la persona para poder soportar la enfermedad (Remor, 2002; Vinaccia et al., 2012).

De acuerdo a las investigaciones anteriormente mencionadas, sin lugar a duda, el apoyo social se denota como un efecto positivo para la salud y el bienestar de las personas. También puede inferirse que el apoyo social contribuye a disminuir el consumo de SPA, el riesgo de conductas delictivas y el nivel de probabilidad de suicidio; adicionalmente, facilita la transición de una etapa a otra en el ciclo vital. Así también, es importante mencionar que durante estas transiciones de etapa, especialmente de la etapa de la adolescencia a la vida adulta, se fortalecen las características del joven. Durante esta etapa se da el inicio de la vida sexual (para quienes no iniciaron en la adolescencia), la experimentación de nuevas sensaciones, el ingreso a la universidad, la adquisición de responsabilidades, la inclusión a nuevos grupos sociales, el acompañamiento de una pareja; así como también, la presencia de nuevas conductas, que su mayoría se consolidan como conductas de riesgo.

Frente a este último aspecto, en cuanto a conductas de riesgo, las investigaciones que se han realizado sobre las conductas sexuales de riesgo y apoyo social en jóvenes, son escasas. Sin embargo, a continuación se mencionan unas investigaciones relacionadas con estas variables.

En el estudio realizado por Orcasita et al. (2010) con adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/ SIDA de la ciudad de Cali, hallaron existencia de un mayor

nivel de apoyo emocional en el grupo de adolescentes no diagnosticados, que en el grupo de los adolescentes diagnosticado. Sin embargo, en cuanto al apoyo afectivo, se encontró una diferencia mínima entre los dos grupos, presentándose en mayor medida en los no diagnosticados. De este mismo modo, los adolescentes no diagnosticados cuentan con más personas que les brindan apoyo, a diferencia de los adolescentes diagnosticados.

En los resultados obtenidos por Padilla y Díaz (2011), se evidencian que los pocos aspectos funcionales negativos familiares, contribuyen a un mayor cuidado y responsabilidad de los universitarios en el sexo seguro. A su vez, se identifica una relación negativa entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo, ya que, exponerse a situaciones de riesgo en las relaciones sexuales depende de cómo el universitario percibe los aspectos afectivos y las interaccionales con la familia, es decir, que si el joven percibe un mal funcionamiento familiar, buscará apoyo en una pareja sexual. Por tal motivo, se evidencia la importancia del apoyo familiar como principal fuente de apoyo social para disminuir los índices de conductas de riesgo en los jóvenes.

Igualmente, en el estudio hecho por Orcasita et al. (2012) sobre las conductas sexuales de riesgo y el apoyo social en estudiantes de 12 a 18 años, encontraron que el apoyo familiar es la principal fuente de apoyo social con la que cuentan los participantes, seguido del apoyo de los amigos. No obstante, en este mismo estudio, se halló diferencia significativa en el apoyo emocional e instrumental en los estudiantes que iniciaron su vida sexual a diferencia de los que aún no habían iniciado su vida sexual, es decir, que los estudiantes que han tenido relaciones sexuales perciben un apoyo emocional e instrumental mucho más bajo que los adolescentes que no han iniciado su vida sexual.

En los resultados de la investigación de Cañón et al. (2011) los universitarios que presentan buena función familiar tienen preferencias por el sexo vaginal y se preocupan por los riesgos que puedan tener a la hora de las prácticas sexuales con su pareja en un 80.7%.

En general, existen diversos factores que pueden influir en las conductas de los jóvenes, especialmente frente a su salud sexual y reproductiva. Aspectos como el uso o no del condón durante las relaciones sexuales, no solo depende de las características personales de los jóvenes, ya que éste es un fenómeno que requiere de la comprensión de múltiples aspectos (Bahamón et al., 2014). Uno de ellos es el apoyo social, el cual se ha tomado como variable fundamental, para los propósitos de la presente investigación.

Son diversos los beneficios que se obtienen cuando las personas perciben apoyo, especialmente estos son de tipo instrumental, emocional e informacional. Así mismo, la consolidación del apoyo social en los jóvenes, puede favorecer el desarrollo individual, familiar y social, fortalecer el autoconcepto y los estilos de conductas responsables frente a su salud sexual y reproductiva.

6. MÉTODO

6.1. Diseño

La investigación realizada presenta un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo-correlacional, ya que busca describir las principales conductas de riesgo y el apoyo social percibido en los universitarios que participaron en esta investigación, posteriormente, analizar la relación existente entre estas dos variables (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

6.2. Muestra

Se contó con la participación de 131 universitarios, de los cuales el 59,5% fueron mujeres y 32,1% hombres de tercer y sexto semestre pertenecientes a los programas académicos de Comunicación Social y Periodismo, Derecho y Administración de Empresas de una universidad privada de Bucaramanga. Las edades de los participantes están comprendidas entre 16 a 24 años, con una media de 19.69 y una desviación típica de 1.460.

La selección de los sujetos se realizó por muestreo no probabilístico a conveniencia. Para proceder con la selección de la muestra de este estudio, se tuvieron en cuenta tres criterios de inclusión. En primera instancia, los estudiantes debían estar matriculados en el semestre 2014-2 en alguno de los tres programas académicos de la universidad (Comunicación Social y Periodismo, Derecho y Administración de Empresas); en segundo lugar, los participantes debían estar cursando tercero y sexto semestre de su plan de estudios; y en tercera medida, ser mayor de 16 años de edad.

6.3. Instrumentos

De acuerdo a los objetivos de la investigación, se tuvieron en cuenta tres instrumentos que miden las variables sociodemográficas, conductas sexuales de riesgo y apoyo social percibido. A continuación se describen cada uno de ellos:

Ficha Sociodemográfica: diseñada por Uribe, Rodríguez, Bermúdez y Buela-Casal (2005, citado por Uribe, 2005), para recoger información concreta de variables sociodemográficas tales como el estrato socioeconómico, el sexo, la edad, el tipo de institución educativa, el nivel de escolaridad, así como las personas con las que vive actualmente el sujeto y el lugar que ocupa dentro de sus hermanos.

Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA): diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia (1997, citado por Uribe, 2005), para obtener información acerca de la realización de determinadas conductas sexuales. El cuestionario consta de veintisiete preguntas, las cuales recogen información sobre la edad del debut sexual, tipo de relaciones sexuales (vaginal, oral, anal), relaciones sexuales en el último año, uso del preservativo, número de parejas sexuales en el último año, relaciones bajo efectos de SPA, prueba diagnóstica de VIH y presencia de ITS. La forma de respuesta es de opción múltiple y de “sí” o “no”. Además, cuenta con un análisis factorial realizado por Uribe (2005), que confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de Cronbach 0,66 para el instrumento (citado en Orcasita et al., 2010).

Cuestionario de Apoyo Social: Medical Outcomes Study-Social Support Survey-MOS: diseñado en 1991 por Sherbourne y Stewart; inicialmente éste cuestionario fue diseñado para medir la percepción del apoyo social en personas con enfermedad crónica. Sin embargo, fue validado por Londoño et al. (2012) en población que no presentaba ningún tipo de enfermedad. Este cuestionario cuenta con una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.941 para el total de la misma y para los componentes, el alfa es entre 0.921 y 0.736. La prueba mide el apoyo social, tanto en su dimensión estructural como funcional, con énfasis en el apoyo funcional percibido. Consta de veinte ítems. El primer ítem hace referencia al tamaño de la red social y los diecinueve ítems restantes indagan cuatro dimensiones del apoyo social funcional: (1) apoyo emocional/informacional: se refiere al soporte emocional, informacional y de orientación; está compuesto por los ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19; (2) apoyo instrumental: es la conducta o material de apoyo que recibe de las demás personas; se mide en los ítems 2, 5, 12 y 15; (3) interacción social positiva: es la disponibilidad de personas con las cuales distraerse realizando actividades divertidas;

compuesto por los ítems 7, 11, 14 y 18; (4) apoyo afectivo: que se caracteriza por las expresiones de amor y afecto que se recibe de otras personas; se miden por los ítems 6, 10 y 20.

La puntuación total está relacionada con el apoyo percibido, por tanto, una puntuación alta refleja mayor apoyo percibido por el sujeto (Rodríguez & Enrique, s.f.).

La interpretación de los resultados se realizó teniendo en cuenta las conclusiones en la validación hecha por Londoño et al. (2012), la que se resume en la Tabla 1, y en la que se concluye un Alfa de Cronbach de 0.941.

Tabla 1

Interpretación MOS según puntuaciones

Factores	Puntuación Baja	Puntuación Media	Puntuación Alta
Apoyo emocional	menor o igual 19,6	32,8	mayor o igual a 46
Apoyo instrumental	menor o igual a 9,8	16,6	mayor o igual a 34
Interacción social positiva	menor o igual a 9,9	16,5	mayor o igual a 23,1
Apoyo afectivo	menor o igual a 7,7	12,7	mayor o igual a 17,7

6.4. Procedimiento

Para la realización de la investigación, se tuvieron en cuenta las siguientes cinco fases las cuales fueron desarrolladas durante todo el proceso de la investigación.

Primera fase: búsqueda de información bibliográfica y referentes teóricos de estudios realizados sobre conductas sexuales de riesgo y apoyo social en población universitaria.

Segunda fase: diligenciamiento y realización de cartas para los directores de los programas académicos de Comunicación Social y Periodismo, Administración de Empresas y Derecho, con el fin de dar a conocer el propósito de la investigación, los instrumentos a emplear y el consentimiento informado que fue entregado a los estudiantes. Así mismo, se dejó claridad frente a la privacidad de la información que suministrara cada uno de los estudiantes de la investigación. Finalmente, se acordó el horario de aplicación de los instrumentos y el tiempo de aplicación.

Tercera fase: el tiempo de aplicación de los instrumentos fue de aproximadamente de cuarenta y cinco minutos a sesenta minutos por cada salón. La presentación de los instrumentos fue de forma colectiva, personal, voluntaria y anónima. Para la participación fue indispensable haber firmado el consentimiento informado.

Cuarta fase: elaboración de base de datos y análisis de los datos, se realizó a través del software estadístico Statistical Package for the Social Sciences, SPSS versión 20.0, con el fin de extraer los resultados obtenidos en la investigación; posteriormente, se realizó un análisis estadístico descriptivo y un análisis de correlación de Spearman para datos no paramétricos. Finalmente, se discuten los resultados con el marco teórico y se elaboran las conclusiones de la investigación.

Quinta fase: entrega de trabajo y socialización final.

7. RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos, con el fin de responder a los objetivos planteados. Inicialmente, se presenta la descripción de los datos sociodemográficos; en segunda instancia, se establecen las conductas sexuales de riesgo seguidamente, se describe el tipo de apoyo percibido por los estudiantes, finalmente, se relaciona las conductas sexuales de riesgo con el apoyo social percibido.

En el presente estudio se contó con la participación de 131 estudiantes de una universidad privada de Bucaramanga. El 38,1% fueron de tercer semestre y el 62,8% de sexto semestre, de los cuales el 59,5% fueron mujeres y el 32,1% hombres (el 8,4% corresponden a datos perdidos), con una media de edad de 19.69 años (DT: 1.460); pertenecientes a los programas académicos de Derecho (32,8%), Administración de Empresas (27, 5%), y Comunicación Social y Periodismo (39,7%). Por otra parte, en cuanto a la convivencia familiar, se identifica que el 81,7% viven con la madre y más de la mitad (59,5%) con el padre así mismo, la mayoría vive con los hermanos (67,2%) y solo el 15,3% viven con los abuelos. Complementando lo anterior, se halla en menor porcentaje la convivencia con madrastra (3,1%), padrastro (8,4%), hermanastros (3,1%), hijos propios (4,6%) y tíos (9,9%). Adicionalmente, los estudiantes viven con dos (37,4%) y tres (35,9%) hermanos y solo el 8,4% asegura ser hijo único. Como último aspecto sociodemográfico, se resalta que el 32,8% de los participantes se ubican como el mayor de los hermanos y el 29% asegura ser el menor entre sus hermanos.

De acuerdo a la información dada por los estudiantes, el 79,4% de la muestra ha tenido relaciones sexuales. En cuanto al tipo de relación sexual con penetración que han practicado los universitarios, se halla que el 75,6% tuvo relaciones sexuales de tipo vaginal, el 61,1% de los universitarios ha practicado sexo oral y el 24,4% ha tenido relaciones

sexuales anales. La media de edad de inicio de las relaciones sexuales de los universitarios es de 12.33 con una desviación estándar de 7.197. Entre los universitarios que han tenido relaciones sexuales, el 45,8% asegura haber usado el preservativo en su primera relación sexual comparado con el 35,1% que no usó preservativo.

De los estudiantes que han tenido relaciones sexuales, el 71% de éstos, aseguran haber tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses. Así mismo, se identifica que durante los últimos doce meses, el 69,5% de los universitarios tuvo relaciones sexuales con penetración vaginal, y en este tipo de relación, el 47,3% usó preservativo. De igual manera, durante los últimos doce meses, el 55% de los universitarios tuvo relaciones sexuales orales, de los cuales solo el 13% hizo uso del preservativo; y el 14,5% de los universitarios sostuvo relaciones sexuales anales, haciendo uso del preservativo en igual porcentaje (14,5%) a la conducta sexual (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Frecuencia y porcentaje del tipo de relaciones sexuales y uso de preservativo en los universitarios durante los últimos doce meses

<i>Relaciones sexuales en los últimos 12 meses</i>	<i>Ha tenido relaciones sexuales con penetración</i>				<i>Datos Perdidos</i>		<i>Uso del preservativo en la relación sexual</i>				<i>Datos perdidos</i>	
	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>Fi</i>	<i>%</i>	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>Fi</i>	<i>%</i>
	<i>Fi</i>	<i>%</i>	<i>Fi</i>	<i>%</i>			<i>Fi</i>	<i>%</i>	<i>Fi</i>	<i>%</i>		
<i>Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses</i>	93	71	13	9,9	25	19,1	-	-	-	-	-	-
<i>Relaciones sexuales vaginales</i>	91	69,5	14	10,7	26	19,8	62	47,3	36	27,5	33	25,2
<i>Relaciones sexuales orales</i>	72	55	35	26,7	24	18,3	17	13,0	67	51,1	47	35,9
<i>Relaciones sexuales anales</i>	19	14,5	86	65,6	26	19,8	19	14,5	25	19,1	87	66,4

Con relación a las conductas sexuales y el número de parejas en el transcurso de los últimos doce meses, el 45% de quienes han mantenido relaciones sexuales, afirma haber estado con la misma persona, frente al 22,9% de los universitarios que han tenido relaciones sexuales con más de una persona en este mismo periodo de tiempo. La media del número de personas diferentes con las que han tenido relaciones sexuales es de 1.82 con una desviación típica de 2.313.

Con respecto a la orientación sexual, el 61,1% de los universitarios solo han tenido relaciones sexuales con personas del sexo opuesto, el 8,4% con personas de su mismo sexo y el 2,3% con personas de ambos sexos. Al mismo tiempo, se identifica que el 46,6% de los

universitarios usaron el preservativo en su última relación sexual respecto al 32,8% quienes aseguran no haberlo usado. Las razones con mayor porcentaje por las que no usaron el preservativo en la última relación sexual son: porque confía en la persona con quien tuvo relaciones (22,1%), porque solo tienen relaciones sexuales con esa persona (22,1%) y por el afán del momento (9,2%). A continuación, la Tabla 3 señala las razones por las cuales los universitarios, en su última relación sexual, no usaron preservativo.

Tabla 3

Razones por las cuales los universitarios no usaron preservativo en la última relación sexual.

Razón por la que no usó preservativo	Fi	%
A mí o la otra persona con quien tuve la relación, le disgusta usarlo	10	7,6
La persona con quien tuve la relación, se negó a usarlo	3	2,3
Me resultó difícil hablar del uso de condón	3	2,3
Confío en la persona con quien tuve la relación	29	22,1
Solo tengo relaciones con esa persona	29	22,1
Estaba bajo efectos de alcohol o drogas	5	3,8
Porque era difícil conseguirlo en ese momento	8	6,1
Por el afán del momento	12	9,2
No sé usar el condón	3	2,3

De los universitarios que han tenido relaciones sexuales con penetración en los últimos doce meses, algunos han mantenido conductas sexuales bajo efectos de sustancias psicoactivas (SPA) como alcohol (31,3%), seguido de alcohol y marihuana (2,3%), solo marihuana (1,5%), pastillas alucinógenas (1,5%) y finalmente el uso de licor, marihuana y cocaína (0,8%).

En este mismo orden de resultados, se indagó por las conductas que mantienen los universitarios para evitar la infección por el virus del VIH, hallándose que el 53,4% mantiene relaciones sexuales sólo con una misma persona, el 55% usan preservativo, el 45% conversa con la otra persona sobre el riesgo de adquirir VIH y el 63,4% acuerdan el uso del preservativo con la persona que tiene relaciones sexuales. No obstante, durante estos últimos doce meses, el 82,4% de los universitarios aseguran no haber tenido alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS).

El apoyo social es la otra variable evaluada en la investigación. En la Tabla 4 se presentan los porcentajes de apoyo social percibido por los universitarios, de acuerdo a cada uno de los ítems presentados en el MOS.

Tabla 4

Porcentaje de apoyo social percibido por los universitarios en cada uno de los ítems del MOS

Item	Respuestas en %				
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2¿Cuenta con alguien que le ayude si tiene que estar en cama por enfermedad?	1,5	6,9	12,2	20,6	58,8
3¿Tiene alguien con quien puede contar cuando necesita hablar?	0,8	3,1	14,5	28,2	52,4
4¿Tiene alguien que le aconseje cuando tenga problemas?	-	5,3	12,2	34,4	47,3
5¿Tiene alguien que le lleve al médico cuando lo necesite?	4,6	6,9	14,5	17,6	56,5
6¿Tiene alguien que le demuestre amor y afecto?	1,5	3,8	9,9	19,1	65,6
7¿Tiene alguien con quien compartir un buen rato?	-	2,3	13,7	30,5	52,7
8¿Tiene alguien que le brinde información y le ayude a entender una situación?	0,8	3,1	17,1	44,3	33,6
9¿Tiene alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones?	0,8	5,3	13,0	28,2	51
10¿Tiene alguien que le abrace?	3,1	6,9	9,2	23,7	57,2
11¿Tiene alguien con quién sentirse relajado?	0,8	6,1	13	29,8	49,6
12¿Tiene alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo usted mismo?	6,1	6,9	9,9	22,1	55
13¿Tiene alguien cuyo consejo realmente desee?	0,8	8,4	24,2	24,2	12
14¿Tiene alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas?	1,5	10,7	17,6	29	38,9
15¿Tiene alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo?	5,3	6,9	16,8	24,4	26,6
16¿Tiene alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos?	6,1	15,3	20,6	19,1	38,9
17¿Tiene alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales?	1,5	12,2	16,8	32,8	36,6
18¿Tiene alguien con quien divertirse?	0,8	3,1	12,2	25,2	58,8
19¿Tiene alguien que comprenda sus problemas?	3,8	11,5	17,6	35,1	32,1
20¿Tiene alguien a quien amar y hacerle sentirse querido?	5,3	7,6	9,9	19,1	58

De acuerdo con lo expuesto en la Tabla 4, inicialmente se aprecia que los ítems con mayor porcentaje ($>0 = 55,5$) son aquellos en los que los universitarios perciben ayuda en situaciones de enfermedad y necesidad de ir al médico (ítems 2 y 5); seguidamente cuentan con personas que le demuestran amor, afecto y alguien quien abrace (ítems 6 y 10); así mismo, cuentan con alguien que le ayuda a preparar la comida si él no lo puede hacer solo (ítem 12); y finalmente se hallan los ítems que corresponden a tener a alguien con quien divertirse y alguien a quien amar y hacerle sentir querido (ítems 18 y 20).

Puntuaciones elevadas en el cuestionario de apoyo social evidencian un mayor apoyo percibido y un puntaje bajo representa un menor apoyo social percibido. Los resultados frente a la percepción de apoyo social se muestran en la Tabla 5. Se evidencia una mayor media ($X=32.43$, $DT= 6.474$) en el tipo de apoyo emocional. No obstante, frente al grado de percepción para cada tipo de apoyo, éste es percibido en un nivel medio para los cuatro tipos de apoyo establecidos. El promedio de la cantidad de personas cercanas o íntimas que perciben los sujetos valorados fue de $X=11.23$ ($DT: 15.197$) correspondiente a los amigos y de $X= 8.25$ ($DT: 11.936$) correspondiente a los familiares.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de Percepción de Apoyo Social

Tipo de Apoyo Social Percibido	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Apoyo Emocional	32.43(M)	6.474	14	40
Apoyo Instrumental	16.55(M)	3.731	5	20
Interacción Social Positiva	17.00(M)	3.010	8	20
Apoyo Afectivo	12.85(M)	2.836	3	15

B: puntuación baja; M: puntuación media; A: puntuación alta

Al establecer el nivel percibido de apoyo social se indica en la Tabla 6 los porcentajes de las puntuaciones por cada uno de los tipos de apoyo social. Principalmente se evidencia que el 96,9% de la muestra cuenta con un nivel medio en el apoyo emocional; seguidamente, el 93,9% perciben un nivel medio de apoyo tanto instrumental como en interacción social positiva; y 7,6% percibe bajo apoyo afectivo.

Tabla 6

Porcentaje por cada una de las puntuaciones del apoyo social percibido

Tipo de Apoyo Social Percibido	Puntuación Baja		Puntuación Media		Puntuación Alta	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Apoyo Emocional	4	3.1	127	96.9	-	-
Apoyo Instrumental	8	6.1	123	93.9	-	-
Interacción Social Positiva	4	3.1	127	96.2	-	-
Apoyo Afectivo	10	7.6	121	92.4	-	-

Es importante establecer que las puntuaciones se encuentran en el nivel medio y bajo. Ningún tipo de apoyo social fue percibido como alto.

Finalmente, se realiza una comparación en el nivel de apoyo social percibido y las conductas de riesgo.

Tabla 7

Descripción del apoyo social de acuerdo al tipo de relaciones sexuales practicadas y no practicadas por los universitarios

Tipo de Relación Sexual		Apoyo emocional		Apoyo instrumental		Interacción social		Apoyo afectivo	
		Media	Desviación	Media	Desviación	Media	Desviación	Media	Desviación
Relaciones sexuales	Si	32.58 (B)	6.262	16.29(B)	3.836	17.12(M)	2.951	13.13 (M)	2.562
	No	31.54(B)	7.678	17.62(M)	3.307	16.347(B)	3.392	11.54(B)	3.694
Relaciones sexuales vaginal	Si	32.55(B)	6.314	16.24(B)	3.867	17.12(M)	2.907	13.14(M)	2.575
	No	31.65(B)	7.282	17.423(M)	3.360	16.44 (B)	3.267	11.76 (B)	3.636
Relaciones sexuales oral	Si	32.76 (B)	6.460	16.10(B)	4.020	17.02(M)	3.023	13.18(M)	2.658
	No	31.68(B)	6.559	17.12(M)	3.377	16.87(M)	2.983	12.26(B)	3.186
Relaciones sexuales anal	Si	33.20 (M)	5.967	16.09(B)	4.283	17.22(M)	3.232	13.18(M)	2.583
	No	31.80 (B)	6.779	16.54(B)	3.682	16.73(M)	2.990	12.62(B)	3.016

B: puntuación baja; M: puntuación media; A: puntuación alta

En la Tabla 7 no se encuentra diferencia entre el tipo de conducta sexual y el tipo de apoyo percibido, ya que al parecer quienes han tenido y no han tenido relaciones sexuales, perciben de manera general un apoyo social bajo y medio en cada uno de los tipos de apoyo percibido. De acuerdo al tipo de relaciones sexuales, quienes han tenido relaciones sexuales con penetración anal perciben apoyo emocional en nivel medio ($X= 33.20$) a diferencia de quienes no han tenido este tipo de conducta sexual, ya que su percepción de apoyo emocional es bajo ($X= 31.80$). Por otra parte, en cuanto al apoyo instrumental, se evidencia que quienes no han tenido relaciones sexuales con penetración de tipo vaginal y oral, perciben apoyo instrumental en un nivel medio. De acuerdo con las conductas sexuales vaginales, orales y anales, quienes han practicado este tipo de conducta percibe una puntuación media en cuanto a la interacción social positiva. Por último, se evidencia un bajo apoyo afectivo en las personas que no han tenido ningún tipo de relación sexual.

Finalmente, para dar respuesta al tercer objetivo de la presente investigación, se realizó un análisis correccional de Spearman para muestras no paramétricas (Ver Tabla 8), en donde se identifica una correlación significativa de $r= -.204$ con un nivel de significancia de $p=0,040$, entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y el número de parejas con quienes tuvo relaciones en los últimos doce meses. Así mismo, se halla una relación directamente proporcional entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y el apoyo afectivo ($r=,177$; $p=0,043$). De igual forma, se indica una relación inversamente proporcional entre el número de parejas sexuales en los últimos doce meses y el apoyo instrumental percibido ($r= -.306$; $p=0,003$). Por último, en cuanto al uso de preservativo y el tipo de apoyo social percibido no se evidencia correlación.

Tabla 8
Correlación de Spearman entre conductas sexuales de riesgo y apoyo social

VARIABLES	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Interacción social positiva	Apoyo afectivo
Edad de inicio	0,109	0,040	0,093	0,177*
Número de parejas	-0,113	-0,306**	-0,083	-0,119
Uso de preservativo	-	-	-	-

*rho= ** la correlación es significativa al nivel 0,01 ; rho= * la correlación es significativa al nivel 0,05*

8. DISCUSIÓN

La salud sexual y reproductiva en los jóvenes, así como el apoyo social, son dos temas de suma importancia en el desarrollo integral del individuo, especialmente durante la etapa universitaria. Aspectos como la edad de inicio de las relaciones sexuales, el uso de SPA, el no uso de preservativos, son conductas de riesgo para la salud sexual en los universitarios, ya que en diversas investigaciones realizadas con esta misma población, demuestran lo mencionado (Arias et al., 2011; Padilla & Díaz, 2011; Uribe & Orcasita, 2009).

Uno de los propósitos de la presente investigación es la identificación de las principales conductas sexuales de riesgo en los universitarios de la muestra. De acuerdo con ello, los resultados de la presente investigación indican que existen diversas conductas sexuales de riesgo que practican los universitarios.

En primera instancia, la media de edad de inicio de las relaciones sexuales es semejante a lo hallado por otras investigaciones como la de Uribe y Orcasita (2009), Arias, Vazquez, Dueñas, García y Tejada (2011), quienes establecieron la edad de inicio como una de las principales conductas sexuales de riesgo para el aumento de las ITS y de VIH (Cañón et al., 2011). Así mismo, a nivel mundial el inicio de la vida sexual a temprana edad representa un problema de salud muy importante porque cada vez el nivel de la tasa de mortalidad en población joven y adolescente aumenta (OMS, s.f.). Este tipo de conductas tiene implicaciones que afectan el bienestar de los jóvenes, especialmente por el hecho de exponerse a embarazos no deseados y a ITS. Para Hernández y Cruz (2008) el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad se da por ciertos rasgos que marcan esta etapa, como la búsqueda de sensaciones.

Así mismo, en cuanto a las conductas sexuales más frecuentes en los universitarios, se halla que la conducta sexual vaginal es practicada con más frecuencia, comparada con la conducta sexual oral y anal. Frente al uso del preservativo en estas conductas sexuales, se evidencia en mayor porcentaje la protección en la conducta sexual vaginal que en las otras dos, lo cual puede indicar un riesgo para la salud sexual de los universitarios, ya que la ausencia de protección en las otras dos conductas, hace a los universitarios más vulnerables ante las ITS y el VIH (Arias et al., 2011). Estas conductas sexuales de riesgo se relacionan con el estudio realizado por Orcasita, Peralta, Valderrama y Uribe (2010) puesto que en los adolescentes diagnosticados y no diagnosticados de VIH, se encontró una gran incidencia en la conducta sexual vaginal y oral, siendo esta última en la que menos prevalece el uso del preservativo, situación que fue hallada en esta investigación, así como en la de Hernández y Cruz (2008),

En este mismo orden, se identifica que desde la primera relación sexual hasta en los últimos doce meses, los universitarios usan escasamente el preservativo en la conducta sexual vaginal; pero más aún en la conducta sexual oral ya que se evidencia menor uso del preservativo en la última relación sexual oral, estos resultados se relacionan con lo hallado por Uribe y Orcasita (2009) en donde el uso del preservativo disminuyó a través del tiempo en las conductas sexuales de los universitarios. Sin embargo, es importante resaltar que de acuerdo a los datos obtenidos, la conducta sexual anal se practica con menor frecuencia pero hay una mayor protección frente al uso del preservativo, a diferencia de las otras dos conductas sexuales anteriormente mencionadas, puede considerarse que al asumir más protección en las relaciones sexuales anales, haya una adecuada conducta de protección frente a la práctica sexual anal, la cual tiene la probabilidad más alta de infección. Sin embargo, esto no quiere decir que en las conductas sexuales vaginales y orales no haya alta probabilidad de infecciones.

Por otra parte, en cuanto al número de parejas sexuales, se identifica que la mayoría de los universitarios en los últimos doce meses han mantenido relaciones sexuales con la misma persona. Adicionalmente, se evidencia que hay escaso uso del preservativo en la última relación sexual, debido al hecho de mantener relaciones sexuales con la misma persona y tener confianza con ella. Dentro de las formas de prevención de VIH que usan los universitarios para prevenir la infección del virus, se halla una mayor frecuencia en acordar con la pareja el uso de medidas de protección, seguido del uso del preservativo, mantener relaciones sexuales con la misma pareja y en menor medida hablar con la pareja sobre el riesgo de adquirir el virus. Esta última también fue una de las acciones poco realizadas por los jóvenes infectados y no infectados por VIH en la investigación de Orcasita et al. (2010)

quienes señalaron que este tipo de conductas indican “carencia de habilidades de negociación y comunicación con la pareja” (p.180).

Otra de las conductas sexuales de riesgo importantes por señalar, son las relaciones sexuales mantenidas bajo los efectos de SPA. En esta investigación se evidencia que los universitarios han tenido conductas sexuales bajo el efecto de alcohol, marihuana y cocaína. Al respecto, Antón y Espada (2009) refieren que las conductas sexuales bajo efectos de alcohol y marihuana son frecuentes en los universitarios. Estudios realizados en Colombia, demuestran que en población adolescente y joven hay prevalencia de conductas sexuales bajo efectos de sustancias, especialmente de licor, seguido de marihuana (González, 2004; Forcada et al., 2013) e inhalantes. Esta situación fue similar en el estudio de Uribe y Orcasita (2009) puesto que encontraron que los universitarios han mantenido relaciones sexuales bajo efectos de sustancias, principalmente por licor seguido de pegamento e inhalantes. De acuerdo con ello, Hernández y Cruz (2008) señalan que durante este proceso, los universitarios atraviesan una etapa de transición y decisiones que hace vulnerable a los jóvenes frente al uso de SPA y conductas de riesgo. Es por ello que las conductas sexuales bajo efectos de SPA son un riesgo para la salud de los jóvenes, ya que el efecto de estas sustancias, en algunos casos, facilitan las habilidades sociales y desinhibe la persona, ayudándole a mantener conductas que en un estado sobrio no sería capaz de realizar. Por tal motivo, se puede determinar que las principales conductas sexuales de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en los universitarios, son aquellas relacionadas con el inicio de la vida sexual a más temprana edad, el consumo de SPA y el bajo uso de preservativo en las relaciones sexuales tanto de tipo vaginal, oral y anal estas conductas sexuales de riesgo también fueron halladas en otros estudios (Antón & Espada, 2009; Orcasita et al., 2012).

Ahora bien, en cuanto al apoyo social, el hecho de sentirse querido, ayudado por alguien y contar incondicionalmente con las personas en situaciones de crisis es fundamental para superar las situaciones adversas que transcurren durante cualquier momento de la vida. Así mismo, contar con apoyo social contribuye al bienestar de las personas en la medida en que la persona sienta y perciba que el otro le proporciona lo requerido o le brinda la ayuda suficiente.

Diversas investigaciones comprueban que percibir el apoyo de un familiar o amigo facilita el afrontamiento de situaciones como la enfermedad y el proceso de ésta (Barra, 2004; Durá & Garcés, 1991) también es evidente que contar con alguien, hace que se disminuya la carga de estrés, y los niveles de ansiedad y depresión se reduzcan (Cumsille & Martínez, 1994; Feldman et al., 2008). Por tal motivo, el estudio del apoyo social ha tomado tanta relevancia en el campo de investigación, debido a los beneficios que traen a la salud integral de las personas.

En Bucaramanga las investigaciones sobre apoyo social en población universitaria son escasas, al momento solo se reporta la investigación realizada por Orcasita et al. (2012) con población adolescente referente al apoyo social y las conductas sexuales de riesgo, tema que fue abordado en esta investigación. Un segundo propósito de esta investigación fue describir el tipo de apoyo social percibido por los universitarios. De acuerdo con ello, se evidencia que los universitarios percibieron los cuatro tipos de apoyo en un nivel medio, es decir ningún tipo de apoyo social es percibido como alto.

En el estudio de la enfermedad, el apoyo emocional ha tenido una transcendencia y relevancia en el ámbito del bienestar, debido a la capacidad que tiene para influir en los hábitos de vida que necesita la persona para soportar la enfermedad y tener mejor bienestar (Remor, 2002; Vinaccia et al., 2012). Conforme a lo expuesto, no se halló diferencia de

acuerdo al tipo de apoyo percibido, sin embargo, en el apoyo emocional se evidencia una mayor media frente al apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

Por otra parte, en el estudio de Orcasita et al. (2010) describieron la existencia de mayor apoyo emocional en población no diagnosticada con VIH de igual forma, estos jóvenes contaban con más personas que les brindaba apoyo emocional a diferencia de los jóvenes diagnosticados con VIH; adicionalmente, se identificó una menor media en la percepción del apoyo afectivo para ambas poblaciones, situación equiparable con los hallazgos del presente estudio. El apoyo afectivo se caracteriza por las expresiones de amor y afecto que se recibe de otras personas (Londoño et al., 2012), es decir, se relaciona con las expresiones físicas, manifiestas de una persona a otra; refiere entonces a la sensación de sentirse querido y querer a alguien. Por tal motivo, puede inferirse que los universitarios perciben más apoyo de carácter informacional y de consejo, más que apoyo de contacto físico y la cercanía de otra persona. Al respecto, también puede agregarse que, de acuerdo a la etapa universitaria, la relación afectiva con la familia puede disminuir, puesto que a medida que los hijos crecen y emprenden el camino de la autonomía, comienzan a “crear vínculos afectivos fuera del hogar donde el grupo de iguales se torna más importante, puede parecer que no necesitan, e incluso que no quieren manifestaciones de afecto de sus padres” (Instituto de Adicciones, s.f., p.4). Sin embargo, el apoyo afectivo sigue siendo indispensable para el bienestar de las personas.

Por su parte, Barra (2011) considera que el apoyo social permite afrontar de mejor forma las adversidades de la vida diaria, es decir, el apoyo social es fundamental para enfrentar y superar las adversidades que acompañan los sucesos vitales estresantes, por lo que contribuye a un mejor ajuste psicológico y, por tanto, media en el bienestar personal.

De forma general, el apoyo social, en cualquiera de sus expresiones, resulta relevante para el desarrollo de las personas como seres sociales, y más aún, cuando el apoyo social contribuye de manera positiva al desarrollo de la persona en su aspecto psicológico y físico, de tal manera que también contribuye a la prevención de cualquier tipo de riesgo al que pueda ser expuesta la persona.

En última instancia, al analizar la relación entre las conductas sexuales de riesgo y el apoyo social percibido en los universitarios, se encuentra una relación significativa, principalmente en cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales. De igual manera, se identifica una relación directamente proporcional entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y el apoyo afectivo. Con respecto al número de parejas, la relación fue significativa para el apoyo instrumental, es decir, quienes perciben mayor apoyo instrumental, han tenido menor número de parejas sexuales.

En el análisis correlacional, no se halla ninguna relación entre el uso del preservativo y el apoyo social, así como tampoco para las conductas sexuales y apoyo social. Sin embargo, se identifica principalmente que, independientemente del tipo de relaciones sexuales practicadas o no por los universitarios, el nivel de percepción de apoyo social es bajo y medio para toda la muestra. Adicionalmente, se halla que los universitarios que han tenido relaciones sexuales anales cuentan con un mayor apoyo de tipo emocional; de igual forma, los jóvenes que han tenido relaciones sexuales tanto vaginal, oral y anal, al parecer cuentan con un nivel medio de interacción social positiva y de apoyo afectivo, en contraste con el apoyo emocional e instrumental, los cuales evidencian un nivel de apoyo bajo para los tres tipos de relaciones sexuales. De acuerdo a los resultados de la investigación, se evidencia una relación con lo hallado por Orcasita et al.(2012) sobre las conductas sexuales de riesgo y el apoyo social en estudiantes de 12 a 18 años, donde se

halló diferencia significativa entre apoyo emocional e instrumental en los estudiantes que iniciaron su vida sexual a diferencia de los que aún no habían iniciado su vida sexual, es decir, los estudiantes que han tenido relaciones sexuales percibieron un apoyo emocional e instrumental mucho más bajo que los adolescentes que no han iniciado su vida sexual. Se evidenció que las personas que tienen mayor número de parejas sexuales perciben menos apoyo instrumental.

9. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos, se concluye inicialmente que las conductas sexuales de riesgo están relacionadas principalmente con la edad de inicio de las relaciones sexuales, el escaso uso del preservativo en los tipos de relaciones sexuales y el consumo de sustancias psicoactivas. De acuerdo a los tres tipos de relaciones sexuales, hay mayor prevalencia de la conducta sexual vaginal. Así mismo, la conducta sexual oral es otra conducta que se practica con alta frecuencia pero con menor uso de preservativo.

Por otra parte, los universitarios perciben apoyo social en un nivel medio y bajo sin diferencias en los cuatro tipos de apoyo. A su vez, se evidenció que frente a los tipos de relaciones sexuales, los universitarios cuentan con un bajo apoyo emocional e instrumental para quienes han tenido relaciones en los últimos doce meses, es decir, estas dos formas de apoyo social estarían principalmente relacionadas de acuerdo a la forma en la que los jóvenes han recibido o percibido el acompañamiento por parte de una persona cercana, un familiar o una institución, los cuales han sabido brindar o no al joven, tanto recursos materiales como emocionales, para que éste tome y afronte de manera autónoma la decisión del inicio o no de su vida sexual y reproductiva. Mientras tanto, respecto a la interacción social

positiva y el apoyo afectivo, éstas son percibidas por los universitarios en un nivel medio para los tres tipos de conductas sexuales sin establecer diferencias específicas en cuanto al inicio o no de su vida sexual y productiva.

Frente a la correlación de estas dos variables, los universitarios que percibieron mayor apoyo afectivo son aquellos que iniciaron su vida sexual a más temprana edad. Situación que se relaciona con las manifestaciones de cariño como abrazos, caricias, besos, los cuales hacen sentir queridos y valorados a los jóvenes. En otro sentido, quienes han tenido mayor número de parejas sexuales, perciben menor apoyo instrumental, es decir, que los tipos de relaciones establecidas por los universitarios, no cumplen con funciones relacionadas en proporcionar materiales requeridos por los universitarios en el momento que lo han necesitado.

Finalmente, el estudio permite plantar un sustento empírico frente a las conductas sexuales de riesgo y el apoyo social percibido en la muestra de universitarios, en donde se estableció relación entre estas dos variables, específicamente en la conducta sexual de riesgo que corresponden al número de parejas sexuales en los últimos doce meses y el apoyo instrumental percibido, como también entre la edad de inicio y el apoyo afectivo. Es así que al evidenciar las principales conductas sexuales de riesgo y el apoyo social percibido en los universitarios de esta investigación, es importante pensar en nuevas formas de intervención, que resulten eficientes como estrategias de prevención, enfocadas en población universitaria sobre la responsabilidad de la vida sexual y reproductiva, específicamente porque con ello se contribuye a generar interés en las intervenciones y en las temáticas con énfasis en las principales necesidades en esta población involucrando sus principales fuentes de apoyo. A modo de sugerencia, se establece que para futuras

investigaciones, es importante tener en cuenta un tipo de muestreo probabilístico, para así poder brindar resultados que puedan ser generalizados en esta población.

10. REFERENCIAS

- Acevedo, M., & Bonces, M. (2014). *Actitudes y apoyo familiar en la comunicación sobre la sexualidad entre padres e hijos/as jóvenes estudiantes de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga* (Tesis de pregrado). Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Antón, F. A., & Espada, J. P. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 25(2), 344-350.
- Arias, I., Cañon, S., Castaño-Castrillón, J., Giraldo, M., León, E., Herrera, M... & Valencia, F. (2009). Relación entre comportamientos sexuales, y uso de drogas y alcohol en estudiantes de algunos colegios publicos de Manizales, Colombia 2008. *Archivos de Medicina*, 9(2), 132-145.
- Arias, L. M., Vazquez, M., Dueñas, E., Garcia, L., & Tejada, E. (2011). Comportamiento sexual y erotismo en estudiantes universitarios, Cali, Colombia. *Colombia Medica*, 42(3), 309-318.
- Aron, A., Nitsche, R., & Rosenbluth, A. (1995). Redes sociales de adolescentes: Un estudio descriptivo-comparativo. *Psyche*, 4(1), 49-56.
- Bahamón, M. J., Vianchá, M. A., & Tobos, A. R. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: Una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 327-353.
- Ballesteros, J. (2007). Enfermedades de transmisión sexual: Actualización de su abordaje. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 31,39-54.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.

- Barra, E. (2011). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 8(1), 29-38.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Barrón, A., & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Bellis, M., & Hughes, K. (2004). Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*, 16(4), 249-258.
- Cañón, S., Castaño, J., Díaz, S., Hernández, J., Hoyos, Y., López... & Ortega, A. (2011). Prácticas y comportamientos sexuales de estudiantes de la Universidad de Manizales (Colombia) 2010. *Revista Psicología Desde el Caribe*, 28, 77-106.
- Carrobbles, J., Remor, E., & Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Campo-Cabal, G., Becerra, L., Cedeño, M., Uribe, G., Villa, L., Vargas, A., & Echandía, C. (2006). Conducta sexual y anticonceptiva en estudiantes de medicina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(3), 327-339.
- Chimpén, C., Llorca, G., & Díez, M.A. (2007). Apoyo social en pacientes de cáncer digestivo. *Perspectivas en Psicología*, 4(1), 82-87.
- Cumsille, P., & Martínez, M. (1994). El efecto del estrés y el apoyo social sobre el bienestar psicosocial de los adolescentes: Revisión de la literatura. *Psykhé*, 3(2), 115-123.
- Davila, A., Ruiz, R., Mocada, L., & Gallardo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20(2), 147-172.
- Díaz, A., Arrieta, K., & González, F. (2010). Comportamiento sexual y factores asociados en estudiantes de odontología. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(2), 65-70.
- Durá, E., & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Aprendizaje, Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.

- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia: Revista de Recerca I Investigación en Antropología*, (3), 1-16.
- Forcada, P., Pacheco, A., Pahuja, E., Pérez, P., Todd, N., & Pulido, M. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: Factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 23-46.
- Gallegos, E., Villarruel, A., Loveland-Cherry, C., Ronis, D., & Zhou, Y. (2007). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes. Un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Publica México*, 50(1), 59-66.
- Goncalvez, S., Castellá J., & Carlotto S. (2007). Predictores de conductas de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166.
- González, F. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un municipio del departamento de Cundinamarca. *Colombiana de Psicología*, (12), 59-68.
- Hernández, Z., & Cruz, A. (2008). Conductas sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 18, 227-236.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Huitrón-Bravo, G., Denova-Gutiérrez, E., Halley-Castillo, E., Santander-Rigollet, S., Bórquez-Puga, M., Zapata-Pérez, L... & Villaruel-Del-Pino, L. (2011). Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: Un estudio comparativo. *Papeles de Población*, 17(70), 33-47.
- Hurtado de Mendoza, M., & Olvera, J. (2013). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 6(1), 241-251.

- Instituto de Adicciones. (s.f.). *Afectividad. Guía para familias*. Recuperado de <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/Afectividad.pdf>
- Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A... & Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Martínez-López, Z., Páramo, M., Guisando, M., Tinajero, C., da Silva, L., & Rodríguez, M. (2014). Apoyo social en universitarios españoles de primer año: Propiedades psicométricas del Social Support Questionnaire-Short Form y el Social Provisions Scale. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 102-110.
- Méndez, P., & Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhe*, 17(1), 59-64.
- Ministerio de Protección Social. (2003). *Política nacional de salud sexual y reproductiva*. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>
- Ministerio de Protección Social. (ONUSIDA, 2008). *Plan nacional de respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011*. Recuperado de <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6406.pdf?view=1>
- Ministerio de Salud. (2011). *Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH. Colombia 2009 – 2011*. Recuperado de http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf
- Morales, F., Cerezo, M., Fernández, F., Infante, L., & Trianes, M. (2009). Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados motores a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 141-150.
- Musitu, G., & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.

- Orcasita, L., Peralta, A., Valderrama, L., & Uribe, F. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (31), 155-195.
- Orcasita, L., & Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82.
- Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, L., & Gutiérrez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología*, 30(2), 371-406.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. ¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos?* Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Ortego, M., López, S., & Álvarez, M. (2010). Tema 13. El apoyo social. En Autores (Eds.), *Ciencias psicosociales I* (pp.1-24). Recuperado de <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-13.-el-apoyo-social-1/tema-13.-el-apoyo-social>
- Ospina, J., & Manrique-Abril, F. (2007). Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Avances de Enfermería*, 25 (2), 101-111.
- Padilla, N., & Díaz, R. (2011). Funcionamiento familiar, locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 309-322.
- Paramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Piña, J. (2004). Eventos disposiciones que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para VIH/SIDA. *Anales de Psicología*, 20(1), 23-32.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (ONUSIDA, 2014). *Datos estadísticos mundiales*. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_es_0.pdf

- Pulido, M. A., Ávalos, C., Fernández, J. C., García, L., Hernández, L., & Ruiz, A. K. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1), 25-32.
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30(3), 143-149.
- Riquelme, A., Buendía, J., & Rodríguez, M. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personajes con estrés económico. *Psicothema*, 5(1), 83-89.
- Rivera, A., Caballero, P., Pérez, I., & Montero, L. (2013). Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Universitas Psychologica*, 12(1), 105-118.
- Rodríguez, A., & Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 23(1), 1-9.
- Rodríguez, M., Martínez, Z., Tinajero, C., Guisande, A., & Páramo, M. (2012). Adaptación española de la Escala de Aceptación Percibida (PAS) en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 24(3), 483-488.
- Rodríguez, S., & Enrique, H. (s.f.). Validación Argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Psicodebate 7. Psicología, Cultura y Sociedad*. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>
- Ruiz-Sternberg, A., Beltrán-Rodríguez, J., Latorre-Santos, C., & Ruiz-Sternberg, J. (2010). ¿Existe asociación entre los comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva y el ser estudiante de medicina? Estudio de corte transversal: Bogotá (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(2), 121-128.
- Sánchez-Alemán, M., Uribe-Salas, F., & Conde-González, C. (2002). La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Publica de México*, 44(5), 442-447.
- So, D.W., Wong, F. Y., & de Leon, J. M. (2005). Sex, HIV, and substance use among asian american college students. *AIDS Education and Prevention*, 17(5), 457-468.

- Uribe, A. F. (2005). *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/sida en adolescentes colombianos* (Tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada.
- Uribe, A., & Orcasita, L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, 1-31.
- Uribe, A.F., Orcasita, L., & Aguillón, E. (2012). Bullying, redes de apoyo social y funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa de Santander, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 6(2), 83-99.
- Uribe, A.F., Orcasita, L., & Vergara, T. (2010). Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 11-24.
- United Nations Population Fund. (UNFPA, 2003). *El estado de la población mundial 2003: El VIH/SIDA y los adolescentes*. Recuperado de <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch3/>
- Vinaccia, S., Fernández, H., Quiceno, J., Posada, M., & Otalvaro, C. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia Psicológica*, 26(1), 125-132.

11. ANEXOS

11.1. *Consentimiento informado*

FACULTAD DE PSICOLOGÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO (E)

De acuerdo con los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 52, 55 y 56 de la ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, firmada y publicada por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, se hace necesario obtener el consentimiento informado por parte de los participantes en esta investigación. Igualmente de acuerdo con los artículos 15 y 16 (capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) de la resolución No. 008430 de 1993 por lo cual se establecen en las normas científicas, técnicas y administrativas, para la investigación en salud, se considera importante obtener el consentimiento informado de los participantes, aunque la presente investigación no implica riesgo alguno, a continuación se presenta una serie de informaciones que usted deberá tener en cuenta para firmar el presente consentimiento informado:

Se le está invitando a participar en un proyecto a realizarse en la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, lo cual se conoce como consentimiento informado. Siéntase con total tranquilidad y libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le permita aclarar las dudas que surjan de esta actividad académica. Una vez que haya comprendido el proyecto y si desea participar libremente del mismo, entonces se le pedirá que firme este CONSENTIMIENTO INFORMADO, del cual usted tendrá una copia firmada.

Esta investigación busca: Analizar las conductas sexuales de riesgo y su relación con el tipo de apoyo social percibido en los(as) jóvenes universitarios de tercero y sexto semestre de tres programas académicos de una universidad privada de Bucaramanga. Los datos que se suministren en esta investigación serán absolutamente confidenciales. Esta investigación participan más de 100 estudiantes y se realiza dentro de las instalaciones de la universidad. **Los datos recogidos servirán para dar respuesta a la investigación en curso y no de uso personal.**

Usted deberá responder los cuestionarios, los cuales durarán aproximadamente 20 minutos. Los cuestionarios abordarán temas relacionados con apoyo social y temas sobre vida sexual y reproductiva

Recuerde que:

- ✓ La decisión de que usted participe en el estudio es completamente libre y voluntaria.
- ✓ No habrá ninguna consecuencia para usted, en caso de aceptar o no aceptar la invitación.
- ✓ Si decide que retirarse del proyecto, puede hacerlo en el momento que lo desee, agradeciendo que nos informe las razones, teniendo la plena seguridad de que será respetado(a).
- ✓ No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- ✓ No recibirá pago por su participación.
- ✓ En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo.
- ✓ La información obtenida en la universidad será utilizada para dar respuesta a la investigación.
- ✓ La identificación de cada individuo, se mantendrá en estricta confidencialidad, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y sea autorizado por cada participante.

En caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante de esta investigación, póngase en contactos con Ana Fernanda Uribe Rodríguez (Investigador principal del proyecto) Correo: anafernanda.uribe@upb.edu.co. Teléfono: 6796220 Ext 569. O con Jennifer Castellanos Barreto, correo electrónico: jenyfer-19@hotmail.com; Jennifer.castellanos@upb.edu.co

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede firmar el siguiente Consentimiento Informado.

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto que yo _____, de _____ semestre de la carrera de _____, acepto participar voluntariamente en la investigación propuesta. En tal sentido, la firma del consentimiento informado implica autorización para la aplicación de los instrumentos de recolección de información.

Firma.

Nombre:

Documento de identificación:

Como investigador del presente proyecto, acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma.

Nombre: Ps. Ana Fernanda Uribe Rodríguez PhD.

Documento de identificación: 66.858.874

Como Testigo del presente proyecto, acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma.

Nombre: Jennifer Castellanos Barreto

Documento de identificación: 1.098.698.252

Este documento es firmado a los días _____ del mes _____ del 2014.

11.4. Cuestionario Confidencial Vida sexual Activa- CCVSA

CCVSA (Cuestionario Confidencial Vida Sexual Activa)		
Republica de Colombia. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Promoción y Prevención. Subdirección de Prevención Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el Sida.		
La presente encuesta tiene por objeto obtener información sobre algunos aspectos del comportamiento de los colombianos frente al ejercicio de su sexualidad. Por tal razón, este cuestionario es de carácter anónimo. Por favor, no suministre su nombre, su dirección o algún otro dato que pueda conducir a su identificación. Le solicitamos responder individualmente según lo que usted hace y no según lo que desearía hacer.		
83. ¿Has tenido relaciones sexuales?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
84. Alguna vez en su vida ha tenido relaciones sexuales con penetración (responda SI o NO para cada una de las posibilidades):		
a. ¿Del pene en la vagina?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
b. ¿Del pene en la boca?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
c. ¿Del pene en el ano?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Si respondió NO a todas las opciones anteriores ¡PARE! No responda más preguntas. Por favor espere a que la persona encargada recoja el cuestionario. Gracias por su colaboración.		
85. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con penetración del pene?: _____ años		
86. ¿En esa primera relación sexual con penetración del pene, usted o su pareja usó condón?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
87. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Si respondió NO a todas las opciones anteriores ¡PARE! No responda más preguntas. Por favor espere a que la persona encargada recoja el cuestionario. Gracias por su colaboración.		
88. En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Si respondió NO, pase a la pregunta 90		
89. En este tipo de penetración, ¿Usted o su pareja ha usado condón?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
90. En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la boca?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Si respondió NO, pase a la pregunta 92		
91. En este tipo de penetración, ¿Usted o su pareja han usado condón?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
92. En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en el ano?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Si respondió NO, pase a la pregunta 94		
93. En este tipo de penetración, ¿Usted o su pareja ha usado condón?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
94. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene solo con la misma persona?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
95. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene con más de una persona?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
96. En los últimos 12 meses, ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene?: # _____		
97. En los últimos 12 meses sus relaciones sexuales con penetración del pene han sido: <input type="radio"/> Solo con persona(s) de SU MISMO sexo <input type="radio"/> Solo con persona(s) del OTRO sexo <input type="radio"/> Con personas de AMBOS sexos		
98. ¿Usted o su pareja, usó condón en su última relación sexual con penetración?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Si respondió SI, pase a la pregunta 100		
99. Seleccione de las siguientes razones, por qué no usó condón en esa relación:		
a. Porque a mí o a la persona con quien tuve la relación, le disgusta usarlo.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
b. Porque la persona con quien tuve esa relación, se negó a usarlo.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
c. Porque me resultó difícil hablar del uso de condón.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
d. Porque confío en la persona con quien tuve la relación.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
e. Porque solo tengo relaciones sexuales con esa persona.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
f. Porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
g. Porque era difícil conseguirlo en ese momento.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
h. Por el afán del momento.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
i. Porque no se usar el condón.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
100. Durante los últimos 12 meses, ¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene estando bajo el efecto de alguna de las siguientes sustancias? (Puede marcar varias opciones): <input type="radio"/> Licor <input type="radio"/> Marihuana <input type="radio"/> Cocaína <input type="radio"/> Basuco <input type="radio"/> Tranquilizantes <input type="radio"/> Pastillas alucinógenas <input type="radio"/> Pegantes o inhalantes <input type="radio"/> No aplica		
101. En los últimos 12 meses, qué de las siguientes acciones ha hecho usted para evitar la infección del virus que causa el SIDA:		
a. Tener relaciones sexuales sólo con una misma persona.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
b. Usar condón.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
c. Conversar con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo que tienen de adquirir el virus.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
d. Estar de acuerdo con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el uso de medidas de protección.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
102. Durante los últimos 12 meses, ¿Se ha practicado el examen que sirve para saber si está infectado por el virus que causa el SIDA?	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Si respondió NO, pase a la pregunta 104		
103. a. ¿Recibió orientación previa para hacerse el examen? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO b. ¿De quién? _____		
104. Durante los últimos 12 meses, ¿Ha tenido alguna Enfermedad de Transmisión Sexual como Gonorrea, Sífilis, Condilomas, Herpes Genital, etc.?		
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	
Si respondió un NO, por favor ¡PARE! y emplece a responder el siguiente cuestionario		
105. ¿Qué hizo para tratar esa(s) enfermedad(es) de Transmisión Sexual?:		
a. Nada	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
b. Consulto en una farmacia, droguería o botica	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
c. Consulto a un medico (profesional de la salud)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
d. Consulto a un amigo, vecino o conocido	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
e. Se auto recetó o formuló	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO