

**PRÁCTICAS SEXUALES Y RIESGOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL EN ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
SUPERIOR EN EL AÑO 2018**

PRESENTADO POR:

Karla Pedroza Meneses

Alejandra Trochez Barona

Daniela Munares García

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI
2018**

**PRÁCTICAS SEXUALES Y RIESGOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL EN ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
SUPERIOR EN EL AÑO 2018**

PRESENTADO POR:

Karla Pedroza Meneses
Alejandra Trochez Barona
Daniela Munares García

TUTORA:

Rosa Nury Zambrano Bermeo

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI
2018**

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN -----	8
INTRODUCCIÓN -----	12
1. JUSTIFICACIÓN -----	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	17
2.1 <i>DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</i> -----	17
3. OBJETIVOS -----	20
3.1 <i>OBJETIVO GENERAL</i> -----	20
3.2 <i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i> -----	20
4. MARCO REFERENCIAL -----	21
4.1 <i>MARCO CONCEPTUAL</i> -----	21
4.2 <i>MARCO CONTEXTUAL</i> -----	24
4.2.1 <i>Misión</i> -----	25
4.2.2 <i>Visión</i> -----	25
4.2.3 <i>Principios</i> -----	26
4.2.4 <i>Programa de Enfermería</i> -----	26
□ <i>Misión:</i> -----	26
□ <i>Visión:</i> -----	26
□ <i>Próposito de formación:</i> -----	26
4.3 <i>MARCO TEÓRICO</i> -----	27
4.4 <i>MARCO ÉTICO Y BIOÉTICO</i> -----	33

4.4.1	Marco Ético Internacional-----	33
4.4.1.1	Declaración De Helsinki -----	33
4.4.1.2	Principios para toda Investigación Médica -----	35
4.4.1.3	Principios Bioéticos. -----	36
4.4.1.4	Pautas Éticas Cioms. -----	40
4.4.2	Marco Ético Nacional -----	49
4.4.2.1	Resolución N° 008430 de 1993. -----	49
4.4.3	Marco Disciplinar-----	53
4.4.3.1	Ley 266 de 1996-----	53
4.4.3.2	Ley 911 de 2004-----	55
4.5	<i>MARCO POLÍTICO Y LEGAL</i> -----	58
4.5.1	Ley 30 de 1992 -----	58
4.5.2	Aspecto Internacional-----	60
4.5.3	Aspecto Nacional -----	62
5.	METODOLOGÍA -----	63
5.1	<i>DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO</i> -----	63
5.2	<i>POBLACIÓN</i> -----	64
5.3	<i>MUESTRA</i> -----	64
5.3.1	Calculo Tamaño de Muestra -----	64
5.3.2	Muestreo aleatorio estratificado:-----	65
5.3.3	Selección de los Participantes -----	65
5.3.4	<i>Selección de los participantes</i> -----	65
5.4	<i>VARIABLES</i> -----	66
5.4.1	Cuadro de Operacionalización de variables -----	66
5.5	<i>RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</i> -----	68
5.5.1	Instrumento -----	68
5.5.2	Fases del proceso investigativo-----	68
5.5.3	Plan de análisis-----	69

5.6	CONSIDERACIONES ÉTICAS	70
6.	CRONOGRAMA	73
7.	PRESUPUESTO	75
8.	RESULTADOS	76
9.	DISCUSIÓN	90
10.	CONCLUSIONES	93
11.	RECOMENDACIONES	95
12.	BIBLIOGRAFÍA	96
	ANEXOS	107
	<i>Anexo 1: Consentimiento Informado</i>	<i>107</i>
	<i>Anexo 2: Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa (Ministerio de Salud de Colombia, 1997)</i>	<i>108</i>
	<i>Programa de Enfermería 9 semestre de la Universidad Santiago de Cali</i>	<i>108</i>

CONTENIDO TABLAS

Tabla 1: Edad	72
Tabla 2: Estado civil	72
Tabla 3: Estrato socioeconómico	73
Tabla 4: Género	73
Tabla 5: Semestre	73
Tabla 6: Frecuencia del tipo de relación sexual que practican los estudiantes universitarios.	74
Tabla 7: Frecuencia de la edad de inicio de relación sexual de los estudiantes universitarios.	74
Tabla 8: Frecuencia del uso de condón en la primera relación.	75
Tabla 9: Frecuencia de las relaciones sexuales con penetración del pene en los últimos 12 meses.	75
Tabla 10: Frecuencia de las relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina en los últimos 12 meses.	76
Tabla 11: Frecuencia del uso de condón en la relación sexual con penetración del pene en la vagina.	76
Tabla 12: Frecuencia de relaciones sexuales con penetración del pene en la boca en los últimos 12 meses.	76
Tabla 13: Frecuencia del uso de condón en la relación sexual con penetración del pene en la boca.	77
Tabla 14: Frecuencia de las relaciones sexuales con penetración del pene en el ano en los últimos 12 meses.	77
Tabla 15: Frecuencia del uso de condón en la relación sexual con penetración del pene en el ano.	78

Tabla 16: Distribución de la cantidad de personas con las cuales ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.	78
Tabla 17: Distribución del número de compañeros sexuales en los últimos 12 meses.....	79
Tabla 18: En los últimos 12 meses sus relaciones sexuales con penetración del pene han sido.....	79
Tabla 19: Frecuencia del uso de condón en la última relación.....	80
Tabla 20: No uso del condón en las relaciones sexuales.....	80
Tabla 21: Porcentaje del consumo de sustancias en estudiantes universitarios...	81
Tabla 22: En los últimos 12 meses qué cosas ha hecho usted para evitar la infección del virus que causa el SIDA.	82
Tabla 23: Frecuencia de realización del examen para detectar el virus que causa el SIDA.	83
Tabla 24: Porcentaje de orientación previa antes de realizarse el examen VIH-SIDA.....	83
Tabla 25: Porcentaje de enfermedades de transmisión sexual durante los últimos 12 meses.....	84
Tabla 26: Qué hizo para tratar esa(s) enfermedad(es) de transmisión sexual.....	84

RESUMEN

La educación sexual es un tema que ha sido motivo de debates desde 1993, cuando se estableció como un tema de obligatorio en el ámbito escolar. La población universitaria está constituida principalmente por jóvenes que en su mayoría se encuentran en la última etapa de la adolescencia, siendo esta, una de las etapas que más requiere un mayor grado de conocimiento acerca de la sexualidad y que riesgo genera el no tenerlo.

Por consiguiente, es fundamental describir las prácticas sexuales y riesgos de enfermedades de transmisión sexual de los estudiantes de Enfermería de una Universidad privada de Cali. Tipo de Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 216 estudiantes universitarios, los cuales fueron seleccionados de forma aleatoria utilizando la función de números aleatorios de Excel. Se utilizó el Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia (1997). Los datos fueron analizados en Epi Info. Para el análisis se empleó estadística descriptiva. El 83,7% eran mujeres, 88.9% de los participantes tenían entre 18 a 27 años, 84.7% solteros, 43.3% eran del estrato socioeconómico tres. En cuanto a las prácticas sexuales, durante los últimos 12 meses el 54,2% había tenido relación con una sola persona, 92,3% había estado con una persona del otro sexo, 55,3% no había utilizado condón en su última relación sexual, 54,9% había tenido relación sexual bajo el efecto del alcohol, 57,7% durante los últimos 12 meses no se ha realizado el examen del SIDA y el 84,0% durante los últimos 12 meses no ha contraído alguna enfermedad de transmisión sexual. El género femenino tuvo mayor participación, el mayor rango de edad está entre los 18 y 27, en su mayoría son solteros y no cuenta con una relación y/o persona estable. La mayoría de los estudiantes no utilizó condón en la última relación sexual, tienen vida sexual activa, lo cual genera un alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y no tienen conciencia del riesgo que estas prácticas les pueden traer. Los jóvenes universitarios presentan un mayor riesgo de contraer ITS, ya que no

utilizan medidas de protección, tienen múltiples parejas, inician su vida a una edad muy temprana, combinan diferentes sustancias durante las relaciones sexuales, no practican medidas de prevención y se autorecetan o formulan ante una ITS

Palabras clave: Prácticas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Sex education is a topic that has been the subject of debate since 1993, when it was established as a compulsory subject in the school setting. The university population is constituted mainly by young people who are mostly in the last stage of adolescence, this being one of the stages that most requires a greater degree of knowledge about sexuality and what risk generates not having it.

Therefore, it is fundamental to describe the sexual practices and risks of sexually transmitted diseases of Nursing students from a private University of Cali. Type of quantitative study, descriptive of cross section. The sample consisted of 216 university students, who were randomly selected using the Excel random number function. The Confidential Questionnaire on Active Sexual Life (CCVSA) designed by the Ministry of Health of Colombia (1997) was used. The data were analyzed in Epi Info. For the analysis, descriptive statistics were used. 83.7% were women, 88.9% of the participants were between 18 and 27 years old, 84.7% were single, 43.3% were of socioeconomic status three. Regarding sexual practices, during the last 12 months 54.2% had been related to a single person, 92.3% had been with a person of the other sex, 55.3% had not used a condom in their last relationship sexual, 54.9% had had sexual intercourse under the influence of alcohol, 57.7% during the last 12 months has not been tested for AIDS and 84.0% during the last 12 months has not contracted any disease. sexual transmission. The female gender had greater participation, the highest age range is between 18 and 27, most are single and does not have a relationship and / or stable person. Most students did not use a condom during the last sexual intercourse, they have an active sex life, which generates a high risk of contracting sexually transmitted diseases and they are not aware of the risk that these practices can bring to them. Young university students have a higher risk of contracting STIs, since they do not use protective measures, they have multiple partners, they start their life at a very

young age, they combine different substances during sexual relations, they do not practice prevention measures and they self-proclaim or formulate before an STI

Key words: Sexual practices, sexually transmitted diseases, university students.

INTRODUCCIÓN

Las prácticas sexuales no saludables se han convertido en la prioridad para la promoción del autocuidado que pretende brindar la protección necesaria a las personas frente a las diferentes prácticas sexuales y de riesgo la cual muchas de ellas conllevan a las infecciones de transmisión sexual (ITS), la población universitaria está constituida principalmente por jóvenes que en su mayoría se encuentran en la última etapa de la adolescencia, siendo esta, una de las etapas que más requiere un mayor grado de conocimiento acerca de la sexualidad y que riesgo genera el no tenerlo.

La sexualidad es un aspecto central en el ser humano y se presenta a lo largo de la vida, Estudios recientes revelan que los modelos de intervención que fundamentan la educación sexual en la presentación de esta información pueden incrementar el reconocimiento de la importancia de algunos temas, pero no logran impactar los comportamientos, en Colombia, La educación sexual es un tema que ha sido motivo de debates desde 1993, cuando se estableció como un tema de obligatorio en el ámbito escolar ¹

El presente estudio de investigación de tipo Cuantitativo, Descriptivo, de corte Transversal, el cual se realizará en una institución de educación superior, en donde se tomarán estudiantes del programa de enfermería mayores de 18 años, de la facultad de Salud, seguidamente se les aplicará el “ Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia (1997),” buscando de esta manera describir las prácticas sexuales y de riesgo frente a las ITS.²

Teniendo en cuenta que las prácticas sexuales no saludables, influyen directamente en la salud o en la enfermedad, surgió la idea de realizar esta investigación con los estudiantes de una institución de Educación Superior en el

programa de enfermería de la Facultad de Salud en el año 2018 B; además, nos parece muy importante identificar los riesgos que presentan los estudiantes, frente a las prácticas sexuales, las cuales tienen impactando en el proceso salud-enfermedad y a la vez proporcionar a la Institución un reporte que permita llegar al objetivo de la Red Cups (Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior y Universidades Promotoras de Salud), el cual propone llevar un estilo de vida sano, aportando al mismo tiempo al programa de Enfermería, mostrando posibles líneas de investigación e intervención a partir de los resultados presentados; en los estudiantes brindará información sobre las prácticas sexuales no saludables y que riesgos tienen frente a las ITS y como estas repercuten ya sea positiva o negativamente en la vida de ellos como estudiantes y futuros profesionales.

1. JUSTIFICACIÓN

Las ITS afectan un gran número de personas en el mundo y en la mayoría de los casos no presentan ningún síntoma o estos son muy débiles y pasan desapercibidos, dificultando su diagnóstico y tratamiento, pudiendo causar consecuencias graves como esterilidad, transmisión vertical de estas infecciones de la madre al niño. La transmisión de la madre al niño puede dar lugar a muerte prenatal, muerte neonatal, insuficiencia ponderal al nacer y prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades congénitas. Más de 900 000 mujeres embarazadas contrajeron sífilis en 2012, lo que causó complicaciones en alrededor de 350 000 casos, incluidos casos de muerte prenatal³. Adicionalmente, las ITS que cursan con úlceras, aumentan el riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Según la OMS⁴ “se estima que, anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna ITS producida por clamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis; que más de 500 millones de personas se encuentran infectadas por el herpes genital, 240 millones de hepatitis B y más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano.

En el análisis de situación de salud (ASIS) Colombia en el año 2016 el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH en Colombia fue de 4,6% en 2011, representó una disminución de 0,7 puntos porcentuales con respecto al 2010. “De acuerdo con los casos reportados de transmisión materno infantil del VIH a través del Sivigila y del sistema de información de la estrategia, se encuentra que las niñas y niños reportados con VIH en 2008 y que nacieron ese año, al 63,4% se le realizó el diagnóstico antes de los 2 años de edad; en 2009 fue al 76,9% y en 2010 al 90,4%”⁵.

Por otro lado, en el análisis de situación integrada de salud (ASIS) municipio de Santiago de Cali – 2013 ⁶ para el periodo 2005 al 2013 en el grupo de las enfermedades transmisibles, las causas que presentan mayores tasas de mortalidad son la Infección Respiratoria, VIH/SIDA y Tuberculosis. Las dos primeras son responsables del 70% de esta pérdida.

Además de lo anterior, nuestra investigación contribuiría a la «Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, 2016-2021»⁷, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2016, y la «Estrategia Mundial del Secretario General de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, del Niño y el Adolescente»⁸, de 2015, que destaca la necesidad de adoptar un conjunto integral de intervenciones esenciales, incluida la información y los servicios de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En la estrategia mundial de prevención y control de las ITS, el grupo de los jóvenes, ADOLESCENTE y MUJERES, entre otros, son considerados especialmente vulnerables a las ITS, una razón más para el desarrollo de la presente investigación.

Por lo anterior, se ha planteado una investigación sobre las prácticas sexuales y riesgos de enfermedades de transmisión sexual de los estudiantes de Enfermería de una Institución de educación Superior, en el periodo 2018B, la cual nos permitirá determinar las prácticas sexuales de estos estudiantes para identificar riesgos y beneficios a los cuales están expuestos.

Es una investigación oportuna porque se ajusta a la realidad en la que estamos viviendo, ya que las prácticas sexuales sin responsabilidad son uno de los factores de riesgo que favorecen la aparición de Enfermedades transmisibles, las relaciones sexuales sin protección y la promiscuidad se pueden manifestar en forma de Infecciones de transmisión sexual, aumento de embarazos no deseados, deserción escolar y contrariedades familiares.

Esta investigación permitirá brindar una información actualizada a la Institución, generando así conocimiento basado en la evidencia al programa de enfermería, siendo este uno de los programas que participan en acciones que fomentan las buenas prácticas de salud sexual y reproductiva, permitiendo fortalecer y mejorar prácticas de vida saludables en la vida sexual del adolescente; además de que a las investigadoras de este estudio, aportará bases para la comprensión sobre el desarrollo del proceso investigativo, proporcionando una investigación con criterio científico. Al mismo tiempo que ofrece a los estudiantes objetos de este estudio al terminar esta investigación una información electrónica sobre cómo son las prácticas sexuales adecuadas, responsables y la importancia en el proceso salud-enfermedad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a las cifras de los riesgos en el mundo, la OMS, muestra como anualmente millones de personas en todo el mundo contraen alguna ITS. Frente a este panorama, la educación juega un papel muy importante en cuanto a las prácticas de salud sexual y reproductiva, puesto que muchas veces los jóvenes tienen conductas sexuales riesgosas por el desconocimiento o falta de información acerca de este tema, fenómeno que les impide protegerse ante un embarazo, ITS o las complicaciones que éstas conllevan, tales como los abortos, las muertes maternas, la deserción universitaria y las concepciones prematrimoniales, entre otras.

Según la OMS⁹, En los últimos años, en América Latina y Asia se ha incrementado el uso de métodos de planificación familiar, de un 54 % en 1990 a un 57.4 % en 2014, pero aun así no deja de existir una problemática entre los jóvenes debido al mal uso que se les da a los anticonceptivos o por la poca frecuencia con que utilizan estos métodos en sus relaciones sexuales.

Por otro lado, se han realizado estudios en Colombia sobre los riesgos que se presentan en nuestro País, sobre las prácticas sexuales y riesgos de las ITS, así mismo se citan diferentes estudios frente a este tema, entre ellos están Díaz, Arrieta y González¹⁰. Que indican que, en Colombia, un estudio realizado en Cartagena con 979 estudiantes reportó que el 8.5 % de los encuestados presentaba embarazo adolescente -el 80 % no deseado y el 7 % como producto de una relación sexual bajo efectos del alcohol-. Por otro lado, se encontró que la prevalencia del aborto fue del 6.7 %, lo cual indica que aún continúa existiendo falta de conocimiento de los estudiantes sobre su salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, Bastidas, Chávez, Orozco, Merchán¹¹, en la Universidad del Cauca se realizó un estudio en el año 2011, el cual reporto que el 89.3 % de los estudiantes eran sexualmente activos -en mayor proporción los hombres-. En cuanto a los métodos anticonceptivos, el más usado fue el condón, con el 82.9 %, aunque se presentaron algunas falencias en su uso. La píldora anticonceptiva de emergencia fue usada por el 90.5 % de los estudiantes encuestados, aunque con desconocimiento de sus efectos.

Así mismo Castro, Miranda, Borre¹² un estudio con estudiantes y docentes de la Escuela de Microbiología en la Universidad de Antioquia, demostró bajo conocimiento sobre el VPH. Esto demuestra un desconocimiento global en su forma de transmisión y factores de riesgo, por otro lado, En Cartagena en el año 2012 se evaluó el conocimiento, actitudes y prácticas acerca del VPH en adolescentes escolarizados encontrándose bajo conocimiento del VPH.

De acuerdo con lo anterior, se evidencia que la salud sexual y reproductiva de los adolescentes universitarios en Colombia es un tema que necesita de gran trabajo y atención primaria por parte de los entes gubernamentales de salud, puesto que la problemática no se presenta solamente en Colombia, sino que acontece en diferentes países y no precisamente se centra en una temática específica, sino que abarca diferentes aspectos.

Por último, en Cali se encontraron diferentes estudios que hablan sobre los riesgos de las prácticas sexuales y las ITS que se presentan en la ciudad, frente a esto Orcasita, López, Gómez¹³, encontraron que la mayoría de los estudiantes asumen riesgos asociados al no uso de medidas preventivas cuando asocian confianza y estabilidad en la relación de pareja, sin embargo, se reporta múltiples parejas sexuales por año, aspecto que aumenta la posibilidad de contraer una ITS.

Uribe Rodríguez y Orcasita¹⁴, hallaron las conductas de riesgo que presentan los estudiantes universitarios de la Ciudad de Cali. El primer aporte importante radica en la identificación de los tipos de conductas de riesgo que prevalecen en los estudiantes universitarios, entre los cuales se encuentran inicio temprano de relaciones sexuales, consumo de sustancias psicoactivas, poco uso del preservativo y número de parejas sexuales. La preferencia por no usar el preservativo durante las relaciones sexuales indica una baja percepción de riesgo de transmisión de VIH/SIDA y otras (ITS) entre los (as) jóvenes. El segundo aporte, hace referencia a la necesidad de evaluar los contenidos que los programas de promoción y prevención en intervención en salud sexual y reproductiva están realizando; aunque los estudiantes universitarios presentan un nivel medio en conocimientos correctos, en la práctica no se observan medidas de protección frente al VIH/SIDA. En este horizonte, la presente investigación pretende dar respuesta al siguiente interrogante

¿Cuáles son las prácticas sexuales y riesgos de enfermedades de transmisión sexual de los estudiantes de una institución de educación superior en el año 2018?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las prácticas sexuales y de riesgo de enfermedades de transmisión sexual de los estudiantes de Enfermería de una Universidad privada de Cali en el año 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Identificar prácticas sexuales de la población objeto de estudio.
- Determinar los riesgos de enfermedades de transmisión sexual de la población en estudio.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO CONCEPTUAL

Adolescencia: La OMS¹⁵ define “la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia”.

Sexo: La OMS¹⁶ “El sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos. En el uso general de muchos idiomas, el término «sexo» se utiliza a menudo en el sentido de «actividad sexual», aunque para usos técnicos en el contexto de la sexualidad y los debates sobre salud sexual se prefiere la definición anterior.”

Sexualidad: “El término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es

necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”¹⁶.

Salud Sexual “Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”⁴

Género: “Es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer”⁴.

Identidad De Género: “Define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia”⁴.

Orientación Sexual: “Es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de

comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos”⁴.

Identidad Sexual: “Incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales”⁴.

Actividad Sexual: “Es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual”⁴.

Prácticas Sexuales: “Son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.”⁴

Relaciones Sexuales Sin Riesgo: “La expresión relaciones seguras sin riesgo se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH.”⁴

Infecciones de trasmisión sexual: “Son infecciones que pueden transmitirse a lo largo de una relación sexual y están producidas por distintas bacterias, parásitos, virus y otros gérmenes.”¹⁷

4.2 MARCO CONTEXTUAL

Se realizará en una Universidad privada (sin ánimo de lucro) de la ciudad de Cali, que disponga de una Facultad de salud, con estudiantes del programa de enfermería matriculados en el periodo 2018-A.¹⁸

La Universidad Santiago de Cali surgió de la iniciativa de un grupo de profesionales, conocidos como Socios Fundadores, preocupados, entre otras cosas, por las dificultades por la cual atravesaba la juventud Vallecaucana que estaba interesada en realizar estudios de derecho y que tenía como única opción la de desplazarse, forzosamente, a realizar esos estudios en universidades localizadas en otras regiones del país. El "Acta de Fundación de la Universidad Santiago de Cali" se firmó el 16 de octubre de 1958 y se protocolizó notarialmente el 23 del mismo mes. La apertura de la Universidad y la de la Facultad de Derecho se llevaron a efecto el 17 de noviembre de 1958 siendo presidente de la Corporación el Dr. Alfredo Cadena Copete, Rector de la Universidad el Dr. Demetrio García Vásquez y Decano de la Facultad de Derecho el Dr. Rafael Martínez Sarmiento. A la creación de la Facultad de Derecho le siguieron la de las Facultades de Educación y de Contaduría y Administración que iniciaron labores en febrero de 1962 y mayo de 1966, respectivamente.¹⁸

En los años 90 la Universidad logró dotarse de la infraestructura indispensable para cumplir adecuadamente sus tareas educativas, en relación con planta física y dotación de medios para la enseñanza, el incremento significativo de programas y estudiantes, los espacios e implementos para la recreación y el deporte. Sin lugar a dudas fueron logros trascendentales que permitieron fortalecer la calidad de la educación ofrecida. Sin embargo, en la última década, la Universidad se caracterizó por un expansionismo administrativo y académico, sin planificación suficiente, que creó situaciones críticas y difíciles que pusieron en tela de juicio el

buen nombre de la Institución. Esta situación demandó, como en el año 68, la participación activa del estudiantado en la definición del futuro de la Institución y acompañado de profesores, egresados y miembros de los Consejos Superior y Académico rescataron la tradicional concepción de la Universidad: pluralista, democrática, participativa, crítica y reflexiva, para retomar el camino institucional perdido y recomenzar a edificar el nuevo rumbo, en el cumplimiento del compromiso de su vocación social que permite cerrar las brechas generacionales. Más que en ninguna otra época de la historia, hoy la Universidad Santiago de Cali, patrimonio cultural de la ciudad, necesita tener un direccionamiento claro, basado en una Misión y Visión que inspire, comprometa y sirva de guía a su comunidad en la construcción de la Universidad del siglo XXI.¹⁸

4.2.1 Misión

Formar profesionales integrales, éticos, analíticos y críticos, que contribuyan al desarrollo sostenible y la equidad social, brindando para ello una educación superior humanista, científica e investigativa, con perspectiva internacional y criterios de pertinencia, calidad, pluralidad y responsabilidad social.¹⁸

4.2.2 Visión

En 2024 la USC es una de las primeras universidades de docencia e investigación de Colombia, reconocida y referente por la alta calidad en sus funciones misionales, la pertinencia y relevancia de sus programas, el impacto social y el aporte al desarrollo con equidad de la región suroccidental, con un modelo educativo incluyente, centrado en valores humanistas, con perspectivas pedagógicas y curriculares de carácter global, fortalecida en sus procesos de internacionalización, con valiosas relaciones de cooperación y una administración basada en principios de buen gobierno.¹⁸

4.2.3 Principios

Por su trayectoria y compromiso institucional, la Universidad ha definido siete principios orientadores de su acción: calidad, democracia, equidad, ética, inclusión, derechos humanos y responsabilidad social.¹⁸

4.2.4 Programa de Enfermería

- **Misión:** El programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, asume y desarrolla con criterios de responsabilidad social y rigor académico la formación y participación de sus diferentes actores, estudiantes, docentes, egresados, directivos y personal administrativo garantizando su integración en el cogobierno y formando profesionales de enfermería basándose en la flexibilidad y calidad, con sólidos conocimientos científicos e investigativos, técnicos, artísticos y humanísticos, fundamentados en valores involucrados en el contexto, capaces de identificar necesidades y brindar el cuidado de enfermería en los diferentes niveles de intervención y los ciclos vitales relacionados con el individuo, familia y comunidad a nivel local, regional y nacional.¹⁸
- **Visión:** En el año 2015 ser un programa líder en la formación de los futuros profesionales de enfermería a nivel local, regional y nacional, con egresados competitivos, proactivos con gran sensibilidad social, capaces de generar procesos de mejoramiento y desarrollo en el cuidado de enfermería dentro de las comunidades donde se desempeñan.¹⁸
- **Propósito de formación:** Los propósitos de formación del programa de enfermería son los siguientes:

- Formar profesionales con sólidos fundamentos éticos, desarrollando competencias básicas en investigación, liderazgo y el intercambio de saberes, enfatizando en la formación básica, formación profesional y desarrollo humano.
- Desarrollar un juicio de valor que oriente un proceso dinámico y participativo, identificando las necesidades y la aplicación del cuidado de Enfermería.
- Formar profesionales capaces de distinguirse por su capacidad innovadora, su trabajo académico, investigativo, profesional o manual; facultades artísticas e intelectuales; desarrollo del pensamiento crítico y axiológico.
- Cultivar en los futuros profesionales la actitud de autoformación permanente e integral para apoyar y ejercer la educación desde cualquier contexto social y laboral.¹⁸

4.3 MARCO TEÓRICO

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁶, “El término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”

La UNESCO¹⁹, habla sobre la educación en sexualidad como un tema del cual se debe dejar a un lado tantos tabú, se debe hablar abiertamente de temas sensibles como la masturbación, la diversidad sexual y el placer, entre otros, por lo que muchas personas prefieren no exponer sus opiniones para no generar discusión. Como dice Vargas¹, en Colombia, la educación sexual es un tema que ha sido motivo de debates desde 1993, cuando se estableció como un tema de obligatorio en el ámbito escolar. La población colombiana, con frecuencia, es testigo de las polémicas que producen las propuestas pedagógicas que plantean distintas instancias de decisión para abordar contenidos de índole sexual desde la primera infancia. Las objeciones que se diseñan frente a la educación sexual a partir de la primera infancia y la falta de acuerdo en los contenidos y las metodologías oportunas pueden estar relacionadas con la definición de la sexualidad como genitalidad. Esta conceptualización reduccionista y errada de la sexualidad lleva a creer que este tipo de educación consiste únicamente en proveer información sobre reproducción, anticoncepción e infecciones de transmisión sexual con el fin de evitar los riesgos para la salud de las relaciones sexuales. Estudios recientes revelan que los modelos de intervención que fundamentan la educación sexual en la presentación de esta información pueden incrementar el reconocimiento de la importancia de algunos temas, pero no logran impactar los comportamientos.

A nivel mundial, según Mendoza²⁰, “no basta con la información, sino que existen otros factores como diferentes variables psicológicas entre las que se encuentran las actitudes que son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia las relaciones sexuales en el noviazgo, antes del matrimonio, el aborto, etcétera.”

Luego, Chavez²¹, cuenta la experiencia de su estudio “Respecto de las actitudes, los jóvenes muestran posturas que idealmente deberían corresponder a su nivel de preparación académica. La intolerancia a las

diferencias es grave, pues la mitad de los encuestados se refiere hacia los homosexuales como enfermos o anormales”.

Gomez²² menciona que, “Las necesidades de aprendizaje de los adolescentes estudiados se centran en aspectos generales de la sexualidad, el inicio precoz de las relaciones sexuales y sus riesgos. Las acciones educativas que se realizaron lograron elevar el nivel de conocimientos en la mayoría del grupo estudiado y se obtuvo un alto grado de satisfacción con las acciones ejecutadas”.

Así mismo, Rodríguez²³ concluye que “El trabajo educativo y el extensionista deben estar encaminado a capacitar a las/los adolescentes y jóvenes para dominar los problemas relacionados con la sexualidad, con el fin de evitar sentimientos de vergüenza o culpabilidad, creencias infundadas y otros factores psicológicos que puedan inhibir la relación sexual o perturbar las relaciones o la respuesta sexual”.

Por otro lado, Da Silva²⁴, muestra que, “Los hallazgos ponen en evidencia las características de estudiantes de enfermería de una institución de enseñanza superior, y la postura de los jóvenes en cuanto al cuidado con su salud sexual y reproductiva. Considerando que los resultados señalan fallas en el cuidado con la salud y comportamientos de riesgo adoptados por los participantes, se recomienda que acciones de educación en salud sean dirigidas a los jóvenes que entran en las universidades con miras a la orientación y prevención de agravantes”.

En América Latina, es importante resaltar estudios realizados sobre la temática, como se exponen a continuación: Según Matienzo²⁵, “los adolescentes entrevistados en su mayoría desconocen su sexualidad y presentan actitudes desfavorables para una vida sexualmente responsable y segura.” También, Saeteros²⁶, habla sobre la importancia de “Identificar las vivencias de la

sexualidad en estudiantes universitarios y concluye que la educación sexual es deficiente o nula entre los jóvenes universitarios y la familia, la universidad y los diferentes espacios de socialización, no figuran como ejes formativos en este ámbito”.

Por otra parte, Choccare²⁷, cuenta su experiencia. “En los cinco años de estudio predomina, en los estudiantes de enfermería, el nivel medio de conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual -VIH/SIDA y sus medidas preventivas, medidos en forma global, siendo el quinto año el que concentra el mayor porcentaje de estudiantes con dicho nivel de conocimiento”.

Por último, Baiz²⁸, concluye que “La educación no debe limitarse al aspecto biológico ni anatómico del tema, sino que ha de incorporar lo afectivo, poniendo énfasis en los derechos humanos y en el vínculo, a través del cuidado de uno mismo y de la otra persona que hace parte de la relación”.

Sin embargo, hay que tener en cuenta los diferentes estudios que se han realizado en diferentes partes de Colombia, relacionados a los conocimientos sobre sexualidad y sobre las conductas y prácticas de riesgo de enfermedades de transmisión sexual. En éste sentido, Puerta, Pérez y Rubio²⁹, realizaron un estudio en Cartagena, sobre los conocimientos acerca del virus del papiloma Humano y su relación con la práctica sexual en estudiantes de ciencias de la salud, y concluyeron que el hecho de saber cómo se manifiesta el VPH va ayudar a la población objeto a detectarlo precozmente con el fin de darle un tratamiento oportuno y así mismo disminuir las complicaciones que este conlleva, pero desconocer cómo se evita el VPH aumenta la probabilidad de que la población objeto pueda adquirirlo; no importa que prácticas sexuales realice la población objeto, lo importante es que utilicen preservativo en cada uno de ellas para prevenir el VPH. El realizar prácticas sexuales con personas desconocidas

aumenta el riesgo de adquirir el VHP, sino implementa prácticas sexuales seguras, ya que no conocen los antecedentes de la persona.

Así mismo, Zuleta, Salazar, Rojas, Tipán, López, Trujillo y Ordoñez³⁰, afirman que el nivel de conocimiento acerca de salud sexual y reproductiva es deficiente; la mayoría de los estudiantes encuestados utiliza al menos un método de planificación familiar en sus relaciones sexuales.

Por otro lado, Monterrosa y Bolívar,³¹ realizaron un estudio para Determinar que conocimientos sobre salud sexual y reproductiva poseen las estudiantes del primer semestre de Enfermería de una Universidad de Barranquilla, en la cual concluyen que el 84,45% de los participantes fueron mujeres, ≤ 20 años, 82,22% provenía de la zona urbana, con inicio de vida sexual antes de los 19 años. Aunque el 100% poseía información previa sobre salud sexual y reproductiva, no tenían el comportamiento adecuado en relación a este tema y no tenían conocimientos suficientes sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Por lo que se planean organizar un programa con el apoyo interdisciplinario de otros profesionales como medicina y psicología, permitiendo preparar al adolescente en esta importante etapa de su vida, contribuyendo a la disminución de ITS y embarazos no deseados.

Así mismo Puerta, Acosta, López, Suárez, Melo y Carrascal,³² realizaron un estudio en la Universidad Francisco de Paula Santander, en la ciudad de San José de Cúcuta, donde se hizo evidente que en los primeros semestres los conocimientos encontrados en los estudiantes se puntualizan con menores valores porcentuales que los semestres próximos a finalizar el ciclo académico, en donde se logra visualizar el grado de influencia que presenta la institución en pro del moldeamiento y modificación de los saberes que se presentan comúnmente en

este tipo de tópicos, siendo este factor un seguro educativo para el beneficio tanto personal como comunitario.

Uribe, Orcasita Y Velez³³, menciona, “Es necesario que en los adolescentes se desarrollen intervenciones orientadas hacia el cambio de comportamiento y que sean específicas de acuerdo con la edad, género, nivel de escolaridad y nivel socioeconómico.

A nivel de Cali, Orcasita, López y Gómez ¹³, concluyen “que es importante fortalecer estrategias de intervención orientadas al fortalecimiento de la autoeficacia para la toma de decisiones que permita generar prácticas de autocuidado en estudiantes Universitarios de la ciudad de Cali”

Según Uribe Rodríguez y Orcasita ¹⁴ mediante “la identificación de las principales conductas de riesgo, los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA es importante brindar información sobre qué aspectos deben enfocarse para el diseño e implementación de programas de prevención e intervención, específicamente en la ciudad de Cali, donde frecuentemente se presentan altos índices de VIH, ITS, y embarazos no planeados. En dichos programas de prevención se debe propender por reducir estos índices, teniendo en cuenta que las conductas sexuales de riesgo traen consecuencias y/o costos sociales y económicos, que afectan al individuo y al contexto en el que se encuentran”.

4.4 MARCO ÉTICO Y BIOÉTICO

4.4.1 Marco Ético Internacional

4.4.1.1 Declaración De Helsinki

- 1.** La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.
- 2.** Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
- 3.** El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
- 4.** El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
- 5.** La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en

seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

6. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

7. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

8. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine

cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.³⁴

4.4.1.2 Principios para toda Investigación Médica

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

13. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

14. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

15. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

16. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

17. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

18. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos³⁴

4.4.1.3 Principios Bioéticos. En 1979, los bioeticistas T.L. Beauchamp y J.F.Childress, definieron los cuatro principios de bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia, y justicia.

- **Principio de Autonomía:** Consiste en que cada persona es autodeterminante para optar por las propias escogencias en función de las

razones del mismo, es decir, que, al hacer uso de la autonomía, cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias. El principio de autonomía da origen a la norma moral, de no coartar la libertad de la persona y nos remite a la obligación de aplicar el consentimiento informado ante la toma de decisiones en el campo de la salud. Lo cierto, es que, en el modelo social emergente, se tiende a que cada cual tenga derecho a opinar sobre su salud en ejercicio de su libertad, y para lo que se requiere de un conocimiento, es decir, estar bien informado, la comprobación de la competencia del enfermo para decidir y la ausencia de coerción.

Este principio es la base para una nueva relación paciente-profesional de la salud, ya que al paciente se le trata como adulto responsable con la capacidad y el derecho de decidir entre las opciones presentes, en una determinada situación clínica. Una reflexión sobre la comprensión del principio de autonomía en la atención en salud nos muestra una posible contradicción, cuando el equipo de salud, tomando en cuenta sus funciones en los diferentes niveles de atención (prevención, promoción, curación y rehabilitación), trata de cambiar estilos de vida, hábitos, costumbres, e incluso tradiciones, que puedan estar reñidas con la salud de las personas y de la comunidad, lo que puede verse como una intromisión en el mundo interno de esta comunidad, que lesiona su independencia y por ende su autonomía.

- **Principio de Beneficencia:** Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño hacer el bien u otorgar beneficios, deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar a la persona enferma. Los elementos que se incluyen en este principio son todos los que implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o daño; adicionalmente, todos los que implican la omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño o perjuicio.

El quehacer del profesional de la salud está fundamentado en el principio de beneficencia y consiste en el deber de asistir a las personas que lo necesiten. Este principio se vincula con la norma moral siempre debe promoverse el bien y tiene como obligaciones derivadas el brindar un servicio de calidad, con atención respetuosa, evitar el exceso de terapéutica y respetar condiciones, credos o ideologías. Este principio es utilizado para prevenir, aliviar el daño, hacer el bien como otorgar beneficios, debe estar dirigido a garantizar la salud de la sociedad en el sentido más amplio de este concepto, para lo que se precisa de un personal preparado, competente, actualizado, con una formación humanística basada en los principios éticos y conocedor de las peculiaridades de la población que asiste. No debe centrarse únicamente en curar o en restablecer la salud, sino también en prevenir y en educar, lo que conduce a la modificación de estilos y modos de vida, de patrones culturales que no contribuyen al mantenimiento de la salud colectiva.

- **Principio de No Maleficencia:** Este principio es uno de los más antiguos en la medicina hipocrática: Primum non nocere, es decir, no hacer daño al paciente, es la formulación negativa del principio de beneficencia que nos obliga a promover el bien. Los preceptos morales provenientes de este principio son no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no privar de placer, ni discapacidades evitables. Las obligaciones derivadas consisten en realizar un análisis riesgo/beneficio ante la toma de decisiones específicamente en el área de la salud y evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte (distanasia) Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.

Este principio está contemplado en el juramento hipocrático cuando expresa Dirigiré la dieta con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio y les evitaré toda maldad y daño.

Se diferencia del principio de beneficencia en que pudiese en ocasiones hacer el bien al paciente y, sin embargo, acontecer complicaciones no contempladas que eventualmente pudieran perjudicarlo directa o indirectamente.

El equipo de salud en servicio al paciente debe preocuparse por hacer el bien, y cuidarse de no hacer daño a una persona o a un colectivo.

El principio de no maleficencia no debe ser considerado de forma aislada ya que muchos procedimientos en el área de la salud pueden ocasionar daños y/o sufrimientos, así como causar riesgos al paciente, sin embargo, se justifican en razón de los beneficios que puedan generar, que por supuesto deben superar al dolor y la discapacidad.

- **Principio de Justicia:** Este principio está relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, de la cual se derivan diversas obligaciones, como realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un adecuado nivel de atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud.

El principio de justicia, en un sentido general, está relacionado con la concepción de la salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por la sociedad o por el Estado. Por otra parte, la justicia distributiva según Platón consiste en la distribución de honores, fortuna y de todas las demás cosas que cabe repartir entre los que participan de la sociedad y la concreción práctica del principio de justicia está directamente relacionado con la economía, o sea la disposición de recursos necesarios para garantizar la salud; en muchos casos justicia y economía se contraponen.

Esto hace que la justicia deba entenderse como equidad, que a su vez significa la utilización racional de los recursos (beneficios, bienes, y servicios); sino también

distribuir los recursos de acuerdo con las necesidades y también en los términos de eficiencia y eficacia.

Se cumple con este principio si al paciente se le da el trato merecido o justo sin negarle un servicio, una información o imponerle una responsabilidad u obligación indebida o exigirle más de lo requerido por la ley, cuando la indicación de exámenes, la prescripción de medicamentos con récipes, y la correcta remisión de personas a las interconsultas con diferentes especialistas, se realizan sólo cuando sean estrictamente necesarios.³⁵

4.4.1.4 Pautas Éticas Cioms. Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios – que en teoría tienen igual fuerza moral– guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos³⁶

El ***respeto por las personas*** incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

Se establecieron 21 pautas conformadas por las siguientes:

1. Justificación Ética y Validez Científica de la Investigación Biomédica en Seres Humanos: La justificación ética de la investigación biomédica en seres humanos radica en la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas. La investigación puede justificarse éticamente sólo si se

realiza de manera tal que respete y proteja a los sujetos de esa investigación, sea justa para ellos y moralmente aceptable en las comunidades en que se realiza. Además, como la investigación sin validez científica no es ética, pues expone a los sujetos de investigación a riesgos sin posibles beneficios, los investigadores y patrocinadores deben asegurar que los estudios propuestos en seres humanos estén de acuerdo con principios científicos generalmente aceptados y se basen en un conocimiento adecuado de la literatura científica pertinente.

2. *Comités de Evaluación Ética:* Todas las propuestas para realizar investigación en seres humanos deben ser sometidas a uno o más comités de evaluación científica y de evaluación ética para examinar su mérito científico y aceptabilidad ética. Los comités de evaluación deben ser independientes del equipo de investigación, y cualquier beneficio directo, financiero o material que ellos pudiesen obtener de la investigación, no debiera depender del resultado de la evaluación. El investigador debe obtener la aprobación o autorización antes de realizar la investigación. El comité de evaluación ética debiera realizar las revisiones adicionales que sean necesarias durante la investigación, incluyendo el seguimiento de su progreso.

3. *Evaluación Ética de la Investigación Patrocinada Externamente:* La organización patrocinadora externa y los investigadores individuales debieran someter el protocolo de investigación para la evaluación ética y científica en el país de la organización patrocinadora. Los estándares éticos aplicados no debieran ser menos exigentes que los establecidos para la investigación realizada en ese país. Las autoridades de salud del país anfitrión y el comité de evaluación ética nacional o local debieran garantizar que la investigación propuesta corresponda a las necesidades y prioridades de salud del país anfitrión y que cumpla con los estándares éticos necesarios.

4. Consentimiento Informado Individual: En toda investigación biomédica realizada en seres humanos, el investigador debe obtener el consentimiento informado voluntario del potencial sujeto o, en el caso de un individuo incapaz de dar su consentimiento informado, la autorización de un representante legalmente calificado de acuerdo con el ordenamiento jurídico aplicable. La omisión del consentimiento informado debe considerarse inusual y excepcional y, en todos los casos, debe aprobarse por un comité de evaluación ética.

5. Obtención del Consentimiento Informado: Información Esencial para Potenciales Sujetos de Investigación: Antes de solicitar el consentimiento de un individuo para participar en una investigación, el investigador debe proporcionar, verbalmente o en otra forma de comunicación que el individuo pueda entender.

6. Obtención de Consentimiento Informado: Obligaciones de Patrocinadores e Investigadores: Los patrocinadores e investigadores tienen el deber de:

- Abstenerse de engaño injustificado, influencia indebida o intimidación;
- Solicitar el consentimiento sólo después de comprobar que el potencial sujeto tiene adecuada comprensión de los hechos relevantes y las consecuencias de su participación, y ha tenido suficiente oportunidad de considerarla;
- Obtener de cada potencial sujeto, por regla general, un formulario firmado como evidencia de su consentimiento informado -los investigadores debieran justificar cualquier excepción a esta regla general y obtener la aprobación de un comité de evaluación ética (ver comentario sobre la pauta 4, *documentación del consentimiento*)
- Renovar el consentimiento informado de cada sujeto si se producen cambios significativos en las condiciones o procedimientos de la investigación o si aparece nueva información que podría afectar la voluntad de los sujetos de continuar participando.

- Renovar el consentimiento informado de cada sujeto en estudios longitudinales de larga duración a intervalos predeterminados, incluso si no se producen cambios en el diseño u objetivos de la investigación.

7. Incentivos para Participar en una Investigación: Se puede reembolsar a los sujetos ganancias no percibidas, costos de viaje y otros gastos en que hubieren incurrido al tomar parte en un estudio; pueden, asimismo, recibir servicios médicos gratuitos. Se puede también pagar o compensar a los sujetos por los inconvenientes sufridos y el tiempo empleado, particularmente a aquéllos que no reciben beneficio directo de la investigación. Sin embargo, los pagos no debieran ser tan elevados o los servicios médicos tan amplios como para inducir a los potenciales sujetos a consentir participar en la investigación en forma poco racional ("incentivo indebido"). Todos los pagos, reembolsos y servicios médicos proporcionados a los sujetos deben haber sido aprobados por un comité de evaluación ética.

8. Beneficios y Riesgos de Participar en un Estudio: En toda investigación biomédica en sujetos humanos, el investigador debe garantizar que los beneficios potenciales y los riesgos estén razonablemente balanceados y que los riesgos hayan sido minimizados. Las intervenciones o procedimientos que incluyan la posibilidad de beneficio diagnóstico, terapéutico o preventivo directo para el sujeto individual, a la luz de los riesgos y beneficios previstos, deben justificarse por la expectativa de que serán, al menos, tan ventajosas para él como cualquier otra alternativa disponible. Los riesgos de tales intervenciones o procedimientos 'beneficiosos' deben justificarse en relación con los beneficios esperados para el sujeto individual.

Los riesgos de intervenciones sin posibilidad de beneficio diagnóstico, terapéutico o preventivo directo para el individuo deben justificarse en relación con los beneficios anticipados para la sociedad (conocimiento generalizable). Los riesgos

de tales intervenciones deben ser razonables en relación con la importancia del conocimiento que se espera obtener.

9. Limitaciones Especiales del Riesgo Cuando se Investiga en Individuos Incapaces de dar Consentimiento Informado: Si existe una justificación ética y científica para realizar una investigación con individuos incapaces de dar consentimiento informado, el riesgo de intervenciones propias de la investigación que no proporcionen la posibilidad de beneficio directo para el sujeto individual no debe ser mayor que el riesgo asociado a un examen médico o psicológico de rutina de tales personas. Puede permitirse incrementos leves o menores por encima de tal riesgo cuando exista una fundamentación científica o médica superior para tales incrementos y cuando un comité de evaluación ética los haya aprobado.

10. Investigación en Poblaciones y Comunidades con Recursos Limitados: Antes de realizar una investigación en una población o comunidad con recursos limitados, el patrocinador y el investigador deben hacer todos los esfuerzos para garantizar que:

- La investigación responde a las necesidades de salud y prioridades de la población o comunidad en que se realizará.
- Cualquier intervención o producto desarrollado, o conocimiento generado, estará disponible razonablemente para beneficio de aquella población o comunidad.

11. Elección del Control en Ensayos Clínicos: Por regla general, los sujetos de investigación en el grupo control de un ensayo de diagnóstico, terapia o prevención, debieran recibir una intervención de efectividad comprobada. En algunas circunstancias, puede ser éticamente aceptable usar un control alternativo, tal como placebo o "ausencia de tratamiento".

12. Distribución Equitativa de Cargas y Beneficios en la Selección de Grupos de Sujetos en la Investigación: Los grupos o comunidades invitados a participar en una investigación debieran ser seleccionados de tal forma que las cargas y beneficios del estudio se distribuyan equitativamente. Debe justificarse la exclusión de grupos o comunidades que pudieran beneficiarse al participar en el estudio.

13. Investigación en que Participan Personas Vulnerables: Se requiere una justificación especial para invitar a individuos vulnerables a participar como sujetos de investigación. En el caso de ser seleccionados, los medios para proteger sus derechos y bienestar deben ser aplicados estrictamente.

14. Investigación en que Participan Niños: Antes de realizar una Investigación en la que Participarán niños, El Investigador debe Garantizar que:

- La investigación no podría ser igualmente bien realizada con adultos.
- El propósito de la investigación es obtener conocimiento relevante sobre las necesidades de salud de los niños.
- El padre, madre o representante legal de cada niño ha autorizado su participación el acuerdo (asentimiento) de cada niño se ha obtenido teniendo en cuenta sus capacidades; y la negativa de un niño a participar o continuar en la investigación será respetada.

15. Investigación en que Participan Individuos cuyos Trastornos Mentales o Conductuales los Incapacitan para dar Adecuadamente Consentimiento Informado: Antes de iniciar una investigación en individuos que por padecer trastornos mentales o conductuales son incapaces de dar adecuadamente consentimiento informado, el investigador debe garantizar que:

- Tales personas no serán sujetos de una investigación que pueda ser igualmente bien realizada en personas cuya capacidad de dar consentimiento informado en forma adecuada no se encuentre menoscabada.
- El propósito de la investigación sea obtener un conocimiento relevante para las necesidades particulares de salud de personas con trastornos mentales o conductuales.
- Se haya obtenido el consentimiento de cada sujeto de acuerdo con sus capacidades, y se haya respetado siempre la eventual negativa del potencial sujeto a participar en la investigación, a menos que, en circunstancias excepcionales, no hubiese alternativa médica razonable y la legislación local permitiese invalidar la objeción.
- En aquellos casos en que los potenciales sujetos carezcan de la capacidad de consentir, se obtenga la autorización de un miembro responsable de la familia o de un representante legalmente autorizado de acuerdo con la legislación aplicable.

16. Las Mujeres como Sujetos de Investigación: Los investigadores, patrocinadores o comités de evaluación ética no debieran excluir de la investigación biomédica a mujeres en edad reproductiva. La posibilidad de embarazarse durante el estudio no debiera, por sí misma, ser utilizada como razón para excluir o limitar su participación. Sin embargo, la discusión en profundidad sobre los riesgos para la mujer embarazada y el feto es prerrequisito para que una mujer pueda tomar una decisión racional sobre su participación en un estudio clínico. En esta discusión, si la participación en la investigación pudiera ser riesgosa para un feto o una mujer si quedara ésta embarazada, los investigadores/patrocinadores debieran garantizar al potencial sujeto una prueba de embarazo y acceso a métodos anticonceptivos efectivos antes de iniciar la investigación. Si por razones legales o religiosas tal acceso no es posible, los

investigadores no debieran reclutar para tales investigaciones potencialmente riesgosas a mujeres que pudiesen embarazarse.

17. Mujeres Embarazadas como Sujetos de Investigación: Debiera entenderse que las mujeres embarazadas pueden participar en investigación biomédica. Los investigadores y comités de evaluación ética debieran garantizar que las potenciales sujetos embarazadas serán informadas adecuadamente de los riesgos y beneficios para ellas, sus embarazos, el feto, sus descendientes y su fecundidad.

18. Protección de la Confidencialidad: El investigador debe establecer protecciones seguras de la confidencialidad de los datos de investigación de los sujetos. Se debe informar a los sujetos de las limitaciones, legales o de otra índole, en la capacidad del investigador para proteger la confidencialidad de los datos y las posibles consecuencias de su quebrantamiento.

19. Derecho a Tratamiento y Compensación de Sujetos Perjudicados: Los investigadores debieran garantizar que los sujetos de investigación que sufran algún perjuicio como resultado de su participación en una investigación tengan derecho a tratamiento médico gratuito por tal perjuicio y a apoyo económico o de otro tipo que pueda compensarlos equitativamente por cualquier menoscabo, discapacidad o minusvalía resultante. En caso de muerte como resultado de su participación, sus dependientes tienen derecho a compensación. No debe pedirse a los sujetos renunciar al derecho a compensación.

20. Fortalecimiento de la Capacidad de Evaluación Ética y Científica y de la Investigación Biomédica: Muchos países carecen de capacidad para evaluar o garantizar la calidad científica o la aceptabilidad ética de la investigación biomédica propuesta o realizada en sus jurisdicciones. En la investigación colaborativa patrocinada desde el exterior, los patrocinadores e investigadores

tienen la obligación ética de garantizar que los proyectos de investigación biomédica de los cuales son responsables en tales países contribuyan efectivamente a la capacidad nacional o local para diseñar y realizar investigación biomédica, efectuar evaluación ética y científica y supervisar la investigación.

21. Obligación Ética de los Patrocinadores Externos de Proporcionar Servicios para la Atención de Salud: Los patrocinadores externos tienen la obligación de garantizar la disponibilidad de:

- Servicios para la atención de salud esenciales para la segura conducción de la investigación.
- Tratamiento para los sujetos que sufran daño como consecuencia de las intervenciones en estudio.
- Servicios que sean parte necesaria del compromiso del patrocinador de realizar una intervención beneficiosa o poner razonablemente a disposición de la población o comunidad participante del proyecto el producto beneficioso desarrollado como resultado de la investigación.³⁶

4.4.2 Marco Ético Nacional

4.4.2.1 Resolución N° 008430 de 1993.

Esta investigación se realizó con base en la resolución 8430 del 1993. En la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia.³⁷

TITULO 1: Disposiciones Generales

ARTICULO 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

ARTICULO 2. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

ARTICULO 3. Las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas.

ARTICULO 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a) Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c) A la prevención y control de los problemas de salud.
- d) Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e) Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- f) A la producción de insumos para la salud. ³⁷

TITULO 2: De la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO 1: De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos

ARTICULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTICULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.

e) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución. ³⁵

ARTICULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

ARTICULO 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías, y estas se tomarán de acuerdo a la investigación que se está realizando:

La investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza

ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

ARTICULO 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- d) Los beneficios que puedan obtenerse.
- e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

- i) El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando ³⁷

4.4.3 Marco Disciplinar

4.4.3.1 Ley 266 de 1996

Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. El Congreso de Colombia DECRETA:

Capítulo I. Del objeto y de los principios de la práctica profesional

- Artículo 1. Reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.
- Artículo 2. Principios de la práctica profesional. Principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

1. Integralidad. Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.
2. Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende.

3. Dialogicidad. Fundamenta la interrelación enfermera, paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.
4. Calidad. Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico - científicos, sociales, humanos y éticos.
5. Continuidad. Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad.

Parágrafo. La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos. ³⁶

Capítulo II. De la naturaleza y ámbito del ejercicio

- Artículo 3. La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.
El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.
Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.

- Artículo 4. **Ámbito del ejercicio profesional.** El profesional de enfermería ejerce su práctica dentro de una dinámica interdisciplinaria, multiprofesional y transdisciplinaria, aporta al trabajo sectorial e intersectorial sus conocimientos y habilidades adquiridas en su formación universitaria y actualizada mediante la experiencia, la investigación y la educación continua.³⁸

4.4.3.2 Ley 911 de 2004

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.³⁹

TITULO I. De los principios y valores éticos, del acto de cuidado de enfermería

Capítulo I. Declaración de principios y valores éticos

- Artículo 1. El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.
- Artículo 2. Además de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2º, los principios éticos de Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica del profesional de la enfermería en Colombia.

Capítulo II. Del acto de cuidado de enfermería

- Artículo 3. El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

TITULO II. Fundamentos deontológicos del ejercicio de la enfermería

Capítulo II. Condiciones para el ejercicio de la enfermería

- Artículo 5. Entiéndase por condiciones para el ejercicio de la enfermería, los requisitos básicos indispensables de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico-administrativos, registros para el sistema de información, transporte, comunicaciones, auditoría de servicios y medidas de seguridad, que le permitan al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del acto de cuidado de enfermería.
- Artículo 6. El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas.

TITULO III. Responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica

Capítulo I. De las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado.

- Artículo 9. Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la

muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica.

- Artículo 10. El profesional de enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.
- Artículo 14. La actitud del profesional de enfermería con el sujeto de cuidado será de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información. Adoptará una conducta respetuosa y tolerante frente a las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de los sujetos de cuidado.

Capítulo III. De la responsabilidad del profesional de enfermería con las instituciones y la sociedad

- Artículo 24. Es deber del profesional de enfermería conocer la entidad en donde preste sus servicios, sus derechos y deberes, para trabajar con lealtad y contribuir al fortalecimiento de la calidad del cuidado de enfermería, de la imagen profesional e institucional.

Capítulo IV. De la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia.

- Artículo 29. En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales.³⁹

4.5 MARCO POLÍTICO Y LEGAL

4.5.1 Ley 30 de 1992

CAPITULO I Principios

Artículo 1 La Educación Superior es un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral, se realiza con posterioridad a la educación media o secundaria y tiene por objeto el pleno desarrollo de los alumnos y su formación académica o profesional.

Artículo 2 La Educación Superior es un servicio público cultural, inherente a la finalidad social del Estado.

Artículo 3 El Estado, de conformidad con la Constitución Política de Colombia y con la presente Ley, garantiza la autonomía universitaria y vela por la calidad del servicio educativo a través del ejercicio de la suprema inspección y vigilancia de la Educación Superior.

Artículo 4 La Educación Superior, sin perjuicio de los fines específicos de cada campo del saber, despertará en los educandos un espíritu reflexivo, orientado al logro de la autonomía personal, en un marco de libertad de pensamiento y de pluralismo ideológico que tenga en cuenta la universalidad de los saberes y la particularidad de las formas culturales existentes en el país. Por ello, la Educación Superior se desarrollará en un marco de libertades de enseñanza, de aprendizaje, de investigación y de cátedra.

Artículo 5 La Educación Superior será accesible a quienes demuestren poseer las capacidades requeridas y cumplan con las condiciones académicas exigidas en cada caso. ⁴⁰

CAPITULO II Objetivos.

Artículo 6 Son objetivos de la Educación Superior y de sus instituciones:

- a) Profundizar en la formación integral de los colombianos dentro de las modalidades y calidades de la Educación Superior, capacitándolos para cumplir las funciones profesionales, investigativas y de servicio social que requiere el país.
- b) Trabajar por la creación, el desarrollo y la transmisión del conocimiento en todas sus formas y expresiones y, promover su utilización en todos los campos para solucionar las necesidades del país.
- c) Prestar a la comunidad un servicio con calidad, el cual hace referencia a los resultados académicos, a los medios y procesos empleados, a la infraestructura institucional, a las dimensiones cualitativas y cuantitativas del mismo y a las condiciones en que se desarrolla cada institución.
- d) Ser factor de desarrollo científico, cultural, económico, político y ético a nivel nacional y regional.
- e) Actuar armónicamente entre sí y con las demás estructuras educativas y formativas.
- f) Contribuir al desarrollo de los niveles educativos que le preceden para facilitar el logro de sus correspondientes fines.
- g) Promover la unidad nacional, la descentralización, la integración regional y la cooperación interinstitucional con miras a que las diversas zonas del país dispongan de los recursos humanos y de las tecnologías apropiadas que les permitan atender adecuadamente sus necesidades.
- h) Promover la formación y consolidación de comunidades académicas y la articulación con sus homólogas a nivel internacional.
- i) Promover la preservación de un medio ambiente sano y fomentar la educación y cultura ecológica.
- j) Conservar y fomentar el patrimonio cultural del país. ⁴⁰

Artículo 27. Los Exámenes de Estado son pruebas académicas de carácter oficial que tienen por objeto:

- a) Comprobar niveles mínimos de aptitudes y conocimientos.

- b)** Verificar conocimientos y destrezas para la expedición de títulos a los egresados de programas cuya aprobación no esté vigente.
- c)** Expedir certificación sobre aprobación o desaprobación de cursos que se hayan adelantado en instituciones en disolución cuya personería jurídica ha sido suspendida o cancelada ⁴⁰

4.5.2 Aspecto Internacional

NUEVA LEGISLACIÓN SANITARIA EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA (ARGENTINA): UN CASO DE REGRESIVIDAD EN LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

“Ley N° 9133 De Garantías Saludables fue aprobada en noviembre de 2003, cuando el Gobierno Provincial explicita los principios sobre los que debe funcionar un Sistema Integrado Provincial de Atención de la Salud.

La conformación de este Sistema, según el texto legal, tiene un doble propósito. Por un lado, terminar con la crónica ineficiencia en el uso de los recursos sanitarios y, por el otro, implementar la estrategia de APS como eje articulador del nuevo sistema. Para lograr lo anterior, la Ley propicia:

- Integración y articulación de todos los efectores en torno al desarrollo de la estrategia de APS en todos los niveles de complejidad.
- Determinación de la cobertura básica universal mediante la definición de una canasta básica prestacional.
- Asignación creciente de los recursos hacia los programas de promoción y prevención en salud.
- Respeto al criterio de descentralización de los servicios, pero integrándolos en redes de derivación de complejidad creciente.

- Cumplimiento de las acciones de salud mediante el criterio denominado de población bajo responsabilidad nominada.
- Asignación de una clave única de identificación sanitaria de personas, a los fines de implementar la Historia Clínica Única en toda la provincia.
- Coordinación de inversiones con las distintas jurisdicciones estatales y con el sector privado.
- Establecer indicadores de cumplimiento de las acciones previstas en la Ley.

El análisis de la Ley permite realizar algunas consideraciones. En primer lugar, se considera que la estrategia de APS debe ser la articuladora del Sistema Integrado de Salud Provincial, otorgándosele a la misma "status" legal” ⁴¹

CONSIDERACIONES FINALES: “Son más los puntos de contacto y las necesidades que unen a nuestros países que los que los diferencian; y sin pretender hacer conclusiones en una tarea de tanta trascendencia y complejidad para dar respuesta a estos desafíos, desde nuestra experiencia consideramos que:

- ✓ El proceso salud-enfermedad debe ser interiorizado por la Universidad como un proceso social, en el que la salud colectiva se privilegie sobre la individual, con énfasis en atención integral a los problemas de salud y donde el proceso docente se base en la identificación y búsqueda de respuestas a esos procesos reales.
- ✓ La educación médica tiene que estar comprometida con la realidad sanitaria del país y en la solución de los problemas de salud debe estar la fuente, el contenido, los métodos y la práctica de los procesos de enseñanza-aprendizaje.
- ✓ La integración docente-atencional-investigativa no es sólo un concepto integrador o un sistema de coordinación; es una necesidad estratégica que va dirigido a lograr la participación de todos los factores intra y

extrasectoriales en los cambios cualitativos necesarios de la práctica y la educación médicas.

- ✓ La identificación de espacios de trabajo y acciones integradoras con mayor impacto en los principales programas de salud y la práctica médica, donde las instituciones asuman responsabilidades por la calidad del proceso docente-atencional, es un factor decisivo para lograr una universidad comprometida con el desarrollo del sistema de salud.
- ✓ **La atención primaria** debe convertirse en el principal espacio para la formación y desarrollo de los recursos humanos en salud, en la medida que se fortalece como la piedra angular del sistema y se eleva el prestigio y autoridad científico-moral de un nuevo modelo de atención, con un especialista de campo amplio en este nivel” ⁴².

4.5.3 Aspecto Nacional

“Resolución 3202 de 2016 Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones” ⁴³

“Resolución 429 de 2016. Por la cual se adopta la Política Integral de Atención en Salud —PIAS” ⁴⁴

“Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” ⁴⁵

“Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos”
46

“Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 —Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos”⁴⁷

“Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión en Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas —PIC”⁴⁸

“Resolución 1441 de 2016 Establece estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y dicta otras disposiciones”⁴⁹

“Ley 266 de 1996 la presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación”³⁸

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio Cuantitativo, Descriptivo, de corte Transversal, el cual nos permitirá determinar las prácticas sexuales y riesgos de ITS de los estudiantes del programa de enfermería mayores de 18 años, de la facultad de salud, de la Universidad Santiago de Cali, en la sede Cali en el año 2018 B.

Registros: Estudiantes del programa de enfermería mayores de 18 años de la Facultad de Salud, matriculados académica y financieramente para el periodo 2018 B.

5.2 POBLACIÓN

855 Estudiantes del programa de enfermería, de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali, sede Cali.

5.3 MUESTRA

Estudiantes mayores de 18 años del programa de enfermería de la facultad de salud de la Universidad Santiago de Cali, sede Cali.

5.3.1 Calculo Tamaño de Muestra

Para el presente estudio se utilizará la fórmula de tamaño de muestra para estudio descriptivo con población finita.

FORMULA: $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$

$$d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q$$

$$n = \frac{855 \times 3.8416 \times (0.95 \times 0.05)}{(0.05)^2 \times (855-1) + 3.8416 \times (0.95 \times 0.05)}$$

$$= \frac{156.01698}{2.317476} =$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N= El total de la población 855 estudiantes de Enfermería

Z = Es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado. En este caso fue:

Nivel de confianza (0,51) $Z=1,960$

p = Es la proporción que se esperó encontrar. Probabilidad del evento Aquí la proporción es de % 0,750.

Q= $1-P= 1 (1- 0.95) = 0.5$

d² = Precisión 5% $(0.02^2)= 0.050$

5.3.2 Muestreo aleatorio estratificado:

Se incluirán número de estudiantes por curso descritos de acuerdo a la siguiente.

SEMESTRE	Nº DE ESTUDIANTES MAYORES DE 18 AÑOS
Primero	111
Segundo	93
Tercero	64
Cuarto	127
Quinto	97
Sexto	78
Séptimo	79
Octavo	78
Noveno	57
Decimo	71
Total	855

5.3.3 Selección de los Participantes

Los estudiantes serán seleccionados de forma aleatoria utilizando la función de números aleatorios del programa Excel y serán exportados a SPSS.

5.3.4 Selección de los participantes

Inclusión	Exclusión
-----------	-----------

<ul style="list-style-type: none"> Estudiantes del programa de enfermería, la facultad de salud de la Universidad Santiago de Cali que estén matriculados financiera y académicamente en el periodo de 2018B. 	<ul style="list-style-type: none"> Estudiantes del programa de enfermería de la Universidad Santiago de Cali que durante el periodo de recolección de información que se encuentre incapacitado, en periodo de maternidad, suspendidos académicamente o disciplinariamente.
<ul style="list-style-type: none"> Estudiantes del programa de enfermería mayores de 18 años. 	

5.4 VARIABLES

5.4.1 Cuadro de Operacionalización de variables

Tabla 1. Variables conceptuales.

Variable	Diferenciación	Tipo de variable	Valores posibles	Método de Recolección
Edad	Tiempo vivido de una persona desde su nacimiento	Cualitativa / Razón.	A partir de los 18 años.	Encuesta

Estado civil	Clase o condición de una persona en el orden social.	Cualitativa / Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión libre. 	Encuesta
Estrato socioeconómico	Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales.	Cuantitativa/ Ordinal	1,2,3,4,5,6.	Encuesta
Semestre	Nivel de educación	Cualitativa / Ordinal	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Encuesta
Conocimiento	Conductas sexuales de preferencia	Cualitativa / Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Uso del condón. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No 	Encuesta
Conductas sexuales de riesgo	Exposición del individuo a una o varias situaciones sexuales inadecuadas o peligrosas.	Cualitativa/ Nominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de relaciones sexuales. • Número de parejas sexuales. • Realización de examen contra el SIDA. • Relaciones sexuales con penetración: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Del pene en la vagina. ✓ Del pene e la boca. ✓ Del pene en el ano. • Enfermedades como: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gonorrea. 	Encuesta

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sífilis. ✓ Condilomas ✓ Herpes genital. • Que hizo para tratar está enfermedad. 	
--	--	--	--	--

5.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.5.1 Instrumento

Para la recolección de datos y el análisis de las prácticas sexuales de los estudiantes se realiza por medio de un Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia (1997), 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. El cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia (1997), para obtener información acerca de las conductas sexuales que han realizado. El cuestionario consta de 21 ítems que recogen información sobre las relaciones sexuales (vaginal, oral y anal), el uso del preservativo, el número de parejas sexuales, el consumo de sustancias psicoactivas en las relaciones sexuales y las formas de prevenir la infección por VIH que practican los estudiantes universitarios. Uribe (2005) realizó un análisis factorial que confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,66 para el instrumento. ²

5.5.2 Fases del proceso investigativo

El procedimiento de recolección de datos se llevará a cabo de forma personal, tanto de los consentimientos informados como del instrumento a los estudiantes seleccionados de manera aleatoria.

- Fase 1: Descripción del estado de la literatura científica actual entorno al tema de estudio (panorama nacional e internacional del panorama sobre el tema).
- Fase 2: recogida de datos. Aplicación de los instrumentos a la muestra seleccionada aleatoriamente.
- Fase 3: digitalización y análisis. Digitación de las respuestas de los sujetos a los instrumentos y análisis de la información obtenida.

5.5.3 Plan de análisis

La tabulación y análisis de los datos se llevó a cabo mediante la utilización de una base de datos en el programa Microsoft Office Excel, la cual fue proporcionada por los diseñadores del instrumento, que permitieron recolectar y organizar la información, graficar las variables mediante tablas. La automatización en el proceso de tabulación permitió detectar errores en la tabulación o en el diligenciamiento de los instrumentos diseñados para la recolección de datos.

Para el estudio se realizarán las respectivas revisiones de la literatura en las bases de datos de la USC (EBSCO, MEDLINE, MEDLINE PLUS, SCIENCE DIRECT, EMBASE, PROQUEST, SCOPUS, PUDMED, GOOGLE ACADÉMICO, BIBLIOTECA VIRTUAL DE SALUD (BVS), entre otras), y se tendrán en cuenta para el análisis de los resultados, de las **PRÁCTICAS SEXUALES Y RIESGOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL** a nivel internacional, nacional, regional, entre otras.

Los participantes serán clasificados de acuerdo al semestre cursado en el programa de Enfermería de una Universidad privada de la ciudad de Cali, se realizará un muestreo anónimo.

La base de datos y los análisis estadísticos se realizarán en el programa Excel 8.0. Se realizará un análisis univariado a través de tablas de frecuencia. Como variable de exposición se tomará las prácticas sexuales y riesgos de enfermedades de transmisión sexual durante el periodo 2018-B. En cada observación, se identificaron los estudiantes por semestre según la información que reporte la secretaria académica de la institución de educación superior, es decir, serán tenidos en cuenta los participantes que estén matriculados oficialmente de la universidad en el momento del estudio, se utilizaran para estimar la probabilidad global que al momento del estudio se encontraran activos en el programa de seguimiento. Los resultados se complementarán con tablas para las variables todas las variables.

Los datos serán recopilados a partir de las bases de datos de la secretaria académica de la USC, y se realizara una encuesta autodiligenciada, cuando se tengan el respectivo aval de la institución, de comité de ética de la facultad. Los datos serán manejados de manera confidencial, no se divulgará ninguna información de manera personalizada, solo se dispondrá la información general y los datos serán analizados como anónimos.

5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética como realidad vivida es una parte integral del mismo proceso de actuación de los seres humanos y de sus formaciones. Pero cada persona, organización y sociedad vive de la ética de acuerdo con su naturaleza y situación en la vida. El diseño y desarrollo de esta investigación se realiza teniendo en cuenta los principios bioéticos establecidos para la investigación.

Según los artículos 10 y 11 de la Resolución 08430, se clasifica esta investigación, como un estudio Sin Riesgo. El artículo 11 de la resolución 08430 especifica el estudio sin riesgo “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.” Dado que la recolección de información se apoyará en un cuestionario y no se realizará ninguna intervención o modificación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, la presente investigación se clasifica en ésta categoría. ³⁷

La clasificación de una investigación sin riesgo acoge el principio de no maleficencia enmarcado en el contexto ético del presente estudio. De acuerdo con el artículo 5° de la resolución 08430 “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.” Como parte del principio de beneficencia, los individuos en el estudio, aunque no remunerados económicamente por su participación, obtendrán herramientas suficientes en el manejo adecuado, accesible y comprensible de su patología, además le permitirá al estudiante tener fundamentos prácticos y científicos en su proceso de formación como profesional de la salud.

Según el artículo 6 de la resolución 08430 “La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

- Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.”³⁷

Con base en el anterior artículo, y acogiendo los criterios establecidos en los artículos 14 y 15 se ha diseñado el formato de consentimiento informado, donde se dará a conocer el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autorizará la participación en el mismo; de igual manera se tendrá siempre la libertad de continuar o retirarse de la investigación en cualquier etapa del estudio, y se mantendrá la confidencialidad de la información del sujeto de investigación. De esta manera cada persona ha tenido la autonomía de decidir si participará del estudio o no.³⁷

Finalmente, y de acuerdo con artículo 8 de la resolución 08430 según el cual “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”; en este estudio se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación. Las encuestas serán codificadas por las autoras del estudio. De ésta manera se garantiza la confidencialidad de la información.³⁷

6. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	SEMINARIO DE INVESTIGACION II 2017B					ELECTIVA I 2018A				
	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Idea de Investigacion y Planteamiento del problema.	X									
Introduccion y Justificacion.			x							
Objetivos: Genral y Especificos.					x					
Marco Teorico, Marco Contextual y Marco Conceptual.							x			
Marco Juridico y Marco Etico.									x	
Desarrollo Del Aspecto Metodologico.										
Poblacion y Muestra										
Criterios de Colección de la Muestra.										
Presentacion De Propuesta Al Comité Del Programa de Enfermeria.										
Presentacion De La Propuesta Al Comité De Etica.										
Recoleccion de Informacion.										
Analisis.										
Revisión y Ajustes.										
Sustentación.										
Socializacion con la Institución.										
Tutorias Con la Asesora.							x		x	

ELECTIVA II 2018B					TUTORIAS 2019A			
AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL
x								
	x							
	x							
		x						
		x	x					
			x	x				
						x	x	x
						x	x	x
x	x	x	x	x		x	x	x

7. PRESUPUESTO

Para financiar el proyecto de investigación, se realizó un presupuesto a continuación, se detallan los gastos y el monto asignado.

GASTOS	VALOR
Material Bibliográfico (Artículos)	\$30.000
Internet	\$64.000
Transporte	\$360.000
Anillado	\$20.000
Material Físico (Encuestas)	\$85.500
CD	\$10.000
Otros	\$100.000
Horas Investigadas	\$1.800.000
Horas Docente – USC	\$2.500.000
TOTAL	\$4.965.500

8. RESULTADOS

Con el fin de dar respuesta a los objetivos de la investigación, presentamos los resultados.

Objetivo N° 1: Características sociodemográficas de la población en estudio.

En algunas tablas la frecuencia de los datos no presenta el valor de 100% ya que en determinadas preguntas del instrumento no hubo respuesta por parte de los estudiantes.

Tabla 1: Edad

Edad	Nº	%
(18-27 años)	192	89%
(28-37 años)	23	10%
(38 o más años)	1	1%

En la distribución de la muestra, se encuentra que 89% de la población está en edades comprendidas entre 18 a 27 años, 10% está entre los 28 a 37 años y solo un 1% tiene más de 38 años.

Tabla 2: Estado civil

Estado civil	Nº	%
Soltero	183	85%
Casado	11	5%
Unión libre	20	9%
Separado	2	1%

Dentro del estado civil, se determinó que 85% de los participantes son solteros, 9% vive en unión libre, 5% son casados y 1% es separado.

Tabla 3: Estrato socioeconómico

Estrato socioeconómico	Nº	%
1	22	10%
2	68	31%
3	93	43%
4	23	11%
5	8	4%
6	1	1%

Los participantes pertenecen en un 43% a estrato 3, 31% al estrato 2, 11% a estrato 4, 10% al estrato 1, 4% a estrato 5 y 1% a estrato 6.

Tabla 4: Género

Género	Nº	%
Femenino	180	84%
Masculino	35	16%

Entre los participantes se encontró que el 84% pertenece al género Femenino y el 16% al género masculino.

Tabla 5: Semestre

Semestre	Nº	%
Primero	28	13%
Segundo	23	11%
Tercero	16	7%
Cuarto	33	15%
Quinto	25	12%
Sexto	20	9%
Séptimo	20	9%
Octavo	18	8%
Noveno	14	7%
Décimo	19	9%

En cuanto al semestre, se determinó que 15% pertenece a Cuarto semestre, 13% pertenece a Primer semestre, 12% pertenece a Quinto semestre, 11% pertenece a Segundo semestre, el 9% pertenece a Sexto semestre, el 9% pertenece a Séptimo

semestre, el 9% pertenece a décimo semestre 8% pertenecientes a Octavo semestre, 7% pertenece a Tercer semestre y 7% pertenece a Noveno semestre.

Objetivo N° 2: Prácticas sexuales de la población objeto de estudio.

Tabla 6: Frecuencia del tipo de relación sexual que practican los estudiantes universitarios.

Tipo de relaciones	Relación vaginal		Relación Oral		Relación Anal	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	212	98%	173	81%	99	46%
No	4	2%	42	20%	116	54%

En relación con las relaciones sexuales, se encontró que 98% de los participantes han tenido relaciones vaginales, 81% oral y 54% no han tenido relaciones anales.

Tabla 7: Frecuencia de la edad de inicio de relación sexual de los estudiantes universitarios.

Edad Inicio R.S	N°	%
9 años	1	0,5%
12 años	5	2%
13 años	17	8%
14 años	16	7%
15 años	42	19%
16 años	50	23%
17 años	39	18%
18 años	24	11%
19 años	11	5%
20 años	5	2%
22 años	1	0,5%
23 años	2	1%
24 años	1	0,5%

25 años	1	0,5%
---------	---	------

Con relación a la edad de inicio de las relaciones sexuales, 23% inicio a los 16 años siendo esta la edad promedio de inicio de la vida sexual, 0,5% inicio su vida sexual a los 9 años y 0,5% la inicio a los 25 años.

Tabla 8: Frecuencia del uso de condón en la primera relación.

	Si		No	
	N°	%	N°	%
Uso del condón en la primera relación.	131	61%	84	39%

Con relación al uso del condón en la primera relación sexual se determinó que 61% SI lo uso y un 39% NO lo uso. Siendo este un factor de riesgo en los estudiantes universitarios para adquirir ETS o ITS.

Tabla 9: Frecuencia de las relaciones sexuales con penetración del pene en los últimos 12 meses.

	Si		No	
	N°	%	N°	%
Relaciones sexuales con penetración del pene en los últimos 12 meses.	197	92%	18	8%

En cuanto a las relaciones sexuales con penetración del pene en los últimos 12 meses, se encontró que el 92% Si ha tenido relaciones sexuales y el 8% no ha tenido relaciones sexuales.

Tabla 10: Frecuencia de las relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina en los últimos 12 meses.

	Si		No	
	N°	%	N°	%
Relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina en los últimos 12 meses.	195	91%	20	9%

En cuanto a las relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina en los últimos 12 meses, se encontró que el 91% Si ha tenido penetración del pene en la vagina y el 9% no ha tenido penetración del pene en la vagina.

Tabla 11: Frecuencia del uso de condón en la relación sexual con penetración del pene en la vagina.

Frecuencia	Si		No	
	N°	%	N°	%
Todas las veces	31	15%	169	85%
Algunas veces	131	66%	69	34%
Ninguna vez	38	19%	162	81%

Dentro de las conductas sexuales de riesgo, está la frecuencia del uso de condón en la relación sexual con penetración del pene en la vagina, se encontró que, 66% lo usa algunas veces, 19% no lo usa ninguna vez y 15% usa el condón todas las veces.

Tabla 12: Frecuencia de relaciones sexuales con penetración del pene en la boca en los últimos 12 meses.

	Si		No	
	N°	%	N°	%
Relaciones sexuales con penetración del pene en la boca en los últimos 12 meses	132	61%	83	39%

En cuanto a las relaciones sexuales con penetración del pene en la boca en los últimos 12 meses, se encontró que el 61% Si ha tenido penetración del pene en la boca y el 39% no ha tenido penetración del pene en la boca.

Tabla 13: Frecuencia del uso de condón en la relación sexual con penetración del pene en la boca.

Frecuencia	Si		No	
	N°	%	N°	%
Todas las veces	14	10%	132	90%
Algunas veces	45	31%	101	69%
Ninguna vez	87	59%	59	41%

En la frecuencia del uso de condón en la relación sexual con penetración del pene en la boca, se encontró que 87% no lo usa ninguna vez, 31% lo usa algunas veces y 10% usa el condón todas las veces.

Tabla 14: Frecuencia de las relaciones sexuales con penetración del pene en el ano en los últimos 12 meses.

Relaciones sexuales con penetración del pene en el ano en los últimos 12 meses	Si		No	
	N°	%	N°	%
	43	20%	172	80%

En cuanto a las relaciones sexuales con penetración del pene en el ano en los últimos 12 meses, se encontró que 80% no ha tenido penetración del pene en el ano y 20% si ha tenido penetración del pene en el ano.

Objetivo N°3: Determinar los Riesgos de enfermedades de transmisión sexual de la población en estudio.

Tabla 15: Frecuencia del uso de condón en la relación sexual con penetración del pene en el año.

Frecuencia	Si		No	
	N°	%	N°	%
Todas las veces	20	30%	47	70%
Algunas veces	24	36%	43	64%
Ninguna vez	23	34%	44	66%

Dentro de las conductas de riesgo en estudiantes Universitarios, en cuanto a la frecuencia del uso de condón en la relación sexual con penetración del pene en el año, se encontró que 36% lo usa algunas veces, 34% no lo usa y 30% usa el condón todas las veces.

Tabla 16: Distribución de la cantidad de personas con las cuales ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

	Solo con la misma persona		Con más de una persona	
	N°	%	N°	%
¿En los últimos 12 meses, ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene?	162	78%	45	22%

En relación con el número de parejas con las cuales han tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses, 78% de los estudiantes universitarios afirman que ha tenido relaciones con la misma persona mientras que 22% ha tenido relaciones con más de una persona.

Tabla 17: Distribución del número de compañeros sexuales en los últimos 12 meses.

Número de compañeros sexuales en los últimos 12 meses	N°	%
0	5	4%
1	65	54%
2	17	14%
3	14	12%
4	10	8%
5	4	3%
6	1	1%
7	2	2%
17	1	1%
20	1	1%

El 54% de los participantes en los últimos 12 meses ha tenido 1 solo compañero sexual, el 14% ha tenido 2 parejas sexuales, el 12 % ha tenido 3 parejas sexuales en los últimos 12 meses; sin embargo, hay que tener en cuenta que el 1% ha tenido entre 6, 17 y 20 parejas sexuales en el último año, teniendo en cuenta que esto incrementa el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 18: En los últimos 12 meses sus relaciones sexuales con penetración del pene han sido.

	Con personas de su mismo sexo		Con personas del otro sexo		Con ambos sexos	
	N°	%	N°	%	N°	%
¿En los últimos 12 meses sus relaciones sexuales con penetración del pene han sido?						
¿En los últimos 12 meses sus relaciones	14	7%	191	92%	2	1%

sexuales con penetración del pene han sido?						
---	--	--	--	--	--	--

Dentro de las conductas de riesgo de los estudiantes Universitarios en los últimos 12 meses, 92% de los participantes ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene con personas del otro sexo, 7% con personas de su mismo sexo y 1% con ambos sexos, estos dos últimos, aunque su valor es mínimo significa un riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 19: Frecuencia del uso de condón en la última relación.

	Si		No	
	N°	%	N°	%
Uso de condón en la última relación	96	45%	119	55%

En cuanto al uso de condón en la última relación sexual, se destaca que 55% de los estudiantes NO uso el preservativo, siendo este un porcentaje muy alto en relación al 45% de los participantes que SI hizo uso de este.

Tabla 20: No uso del condón en las relaciones sexuales.

	SI		NO	
	N°	%	N°	%
No Uso del condón				
Porque usted o la persona con quien tuvo la relación le disgusta usarlo.	41	19%	174	81%
Porque la persona con quien tuvo la relación se niega a usarlo.	3	1%	212	99%
Porque le resulto difícil hablar del uso del condón.	5	3%	210	97%

Porque confía en la persona con quien tuvo esa relación.	43	20%	172	80%
Porque solo tiene relaciones sexuales con esa persona.	67	31%	148	69%
Porque estaba bajo los efectos del alcohol o drogas.	3	1%	212	99%
Porque era difícil conseguirlo en ese momento.	2	1%	213	99%
Por el afán del momento.	15	7%	200	93%

Con respecto al no uso del condón durante la relación sexual, 31% manifiesta que no lo hace porque sólo tiene relaciones sexuales con la misma persona, 20% de los participantes no hace uso del condón por qué confía en la persona con quien tuvo la relación y 19% no hace uso del preservativo porque al estudiante o a la persona con la que estaba teniendo relaciones sexuales le disgusta usarlo.

Tabla 21: Porcentaje del consumo de sustancias en estudiantes universitarios.

Consumo de Sustancias	Si		No	
	N°	%	N°	%
Licor	96	45,1%	117	54,9%
Cocaína	9	4,2%	203	95,8%
Marihuana	17	8%	195	92%
Bazuco	2	1%	210	99%
Tranquilizantes	4	2%	208	98%
Pastillas alucinógenas	4	2%	208	98%
Heroína	2	1%	210	99%
Pegante o inhalante	2	1%	210	99%

Dentro de las conductas de riesgo que practican los estudiantes universitarios, están las relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas,

principalmente licor con 45,1%, 8% ha estado bajo el efecto de la marihuana, 4,2% cocaína, el 2% ha utilizado tranquilizantes y pastillas alucinógenas; por otro lado el 1% ha estado bajo los efectos del bazuco, heroína y pegante o inhalante, sin embargo hay que tener en cuenta que muchos de los casos durante la relación sexuales han combinado varios de estas sustancias al mismo tiempo.

Tabla 22: En los últimos 12 meses qué cosas ha hecho usted para evitar la infección del virus que causa el SIDA.

	Si		No	
	N°	%	N°	%
¿En los últimos 12 meses qué cosas ha hecho usted para evitar la infección del virus que causa el SIDA?				
Tener relaciones sexuales sólo con una misma persona.	162	75%	53	24%
Usar condón	118	56%	97	45%
Conversar con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo que tienen de adquirir el virus.	163	76%	52	24%
Ponerse de acuerdo con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el uso de medidas de protección.	156	73%	59	27%

- El 75% de los universitarios solo han tenido relaciones sexuales con la misma pareja, en cambio, el 24% refiere promiscuidad por tener relaciones sexuales con varias personas, evidenciándose que no tienen parejas estables, ni concientización frente a su actividad sexual.

- El 56% de los estudiantes usa el preservativo, mientras que el 45% no lo usa, exponiéndose a ITS y ETS.
- El 76% de la población universitaria manifiesta que si tiene conocimiento de los riesgos de contraer el virus del VIH; al contrario el 24% refiere no conocer del tema.
- Por último, el 73% de los jóvenes refieren usar medidas de protección en las relaciones sexuales y el 27% no hacen uso de las medidas de protección, exponiéndose a riesgos de ETS, ITS y embarazos no deseados.

Tabla 23: Frecuencia de realización del examen para detectar el virus que causa el SIDA.

	Si		No	
	N°	%	N°	%
¿Durante los últimos 12 meses se ha practicado el examen que sirve para saber si está infectado por el virus que causa el SIDA?				
Realización de examen VIH en los últimos 12 meses.	91	42%	124	53%

El 42% de los universitarios Si se realizaron el examen del VIH en los últimos 12 meses, mientras el 53% refieren NO realizarlo.

Tabla 24: Porcentaje de orientación previa antes de realizarse el examen VIH-SIDA.

	Si		No	
	N°	%	N°	%
¿Recibió orientación previa para hacerse el examen?				
Recibió	100	77%	29	23%

orientación previa para hacerse el examen.				
--	--	--	--	--

El 77% de la población universitaria manifiesta que SÍ recibieron la orientación alusiva del examen del VIH, en cambio el 23% NO la recibieron.

Tabla 25: Porcentaje de enfermedades de transmisión sexual durante los últimos 12 meses.

	Si		No		No se	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna enfermedad de Transmisión Sexual?						
Enfermedades de transmisión sexual en los últimos 12 meses.	18	8%	179	85%	16	7%

Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual, 85% de los estudiantes universitarios manifiestan NO haber tenido ninguna, 8% manifiestan SI haber tenido alguna y un 7% manifiesta NO SABER.

Tabla 26: Qué hizo para tratar esa(s) enfermedad(es) de transmisión sexual.

	Si		No	
	N°	%	N°	%
¿Qué hizo para tratar esa(s) enfermedad(es) de transmisión sexual?				
Nada	13	42%	18	58%
Consultó en una farmacia.	5	16%	26	84%
Consultó a un médico (profesional de la salud)	11	35%	20	65%

Consultó a un amigo, vecino o conocido.				
Se autorecetó o formuló.	2	6%	29	94%

El 58% de los participantes manifestaron que no hicieron nada para tratar la ETS, 35% refiere haber recibido tratamiento médico para la enfermedad, 16% de los universitarios se dirigió a la farmacia a consultar y 6% se automedico.

9. DISCUSIÓN

El presente estudio guarda características semejantes a otros estudios; en cuanto al género el 84% era femenino y el inicio de la primera relación sexual fue a los 16 años y lo mismo que en el estudio de Silva, Spindola, Araujo, Almeida, Santos y Sampaio (2018)⁵⁰, donde el 79.3% eran mujeres y la edad de inicio de la primera relación sexual fue entre los 16 y 17 años; así mismo, Delatorre y García (2015)⁵¹, afirman, la edad de inicio sexual masculina es a los 16 años y la femenina a los 15 años. Mientras que, Conde, Moo Mena, Polanco y González (2016)⁵², refieren que el inicio de la vida sexual en los hombres se da entre los 14 y 17 años correspondiente al 67,44%, y en las mujeres es el 41,80% alusiva a los 17 y 18 años de edad. En cuanto al inicio de las relaciones sexuales Conde, Moo, Mena, Polanco y González (2016)⁵², concluyen que puede ocurrir cada vez en estadios más tempranos y se relaciona a un mayor número de parejas sexuales y por lo tanto los riesgos de adquirir una ITS. El inicio de su primera relación sexual a los 18 años, teniendo un rango total para todos los encuestados entre los 12 a 23 años.

Por otra parte se encontró que el 89% de la población objeto de estudio está en edades comprendidas entre 18 a 27 años y el estado civil con mayor prevalencia es soltero con 85%, seguido de 9% están en unión libre y el 5% casado, por otro lado en comparación con el estudio que realizó Silva, Spindola, Araujo, Almeida, Santos y Sampaio (2018)⁵⁰, quienes indican que el 41,11% están entre 21 y 23 años, el 32,22% entre 18 y 20 años, al igual que en este estudio el (80%) declararon estar en un estado civil soltero, el 11,11% poseen unión estable y el 7,78% unión no estable.

Con respecto al tipo de relación sexual que practican los estudiantes universitarios, se encontró que 98% de los participantes han tenido relaciones

vaginales, 81% oral y 54% no han tenido relaciones anales, a diferencia de Uribe y Orcasita (2009)¹⁴, encontraron con respecto al tipo de relación sexual que practican los estudiantes que 29,9% realizan la conducta sexual vaginal cerca de una vez a la semana, y varias veces en la semana 22,3%, la relación sexual oral es una conducta que se practica con mayor frecuencia, la realizan cerca de una vez a la semana 25,4% y la relación sexual anal, el 58,8% nunca la práctica.

Frente al uso del condón, Conde, Moo, Mena, Polanco y González (2016)⁵², encontró que un porcentaje de mujeres que refirieron no haber utilizado condón en la práctica de sexo vaginal, y la mayoría de los jóvenes encuestados refirió no haber utilizado condón al tener sexo oral, algunos encuestados refirieron tener sexo anal sin condón. A diferencia de lo encontrado en el estudio, donde el 81% no usa el condón en ninguna de sus relaciones vaginales, el 41% no usa el condón en sus relaciones con penetración del pene en la boca y el 66% no lo usa en sus relaciones con penetración del pene en el ano.

En relación con el número de parejas con las cuales han tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses, en la presente investigación se encontró que el 54% de los participantes ha tenido 1 solo compañero sexual, el 14% ha tenido 2 parejas sexuales, el 12 % ha tenido 3 parejas sexuales en los últimos 12 meses; sin embargo, hay que tener en cuenta que el 1% ha tenido entre 6, 17 y 20 parejas sexuales en el último año, teniendo en cuenta que esto incrementa el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual; mientras que en el estudio de Uribe y Orcasita (2009)¹⁴, el 52,3% de los estudiantes universitarios afirmaron haber tenido relaciones con la misma persona y el 33,5% con más de una persona.

Dentro de las conductas de riesgo que practican los estudiantes universitarios, están las relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas, principalmente licor con 45,1%, 8% ha estado bajo el efecto de la marihuana,

4,2% cocaína, el 2% ha utilizado tranquilizantes y pastillas alucinógenas; a diferencia de lo reportado por Gil, Gue y Porcel (2013)⁵³, donde indica un alto consumo habitual de tabaco 26% chicas versus 17% de chicos, de bebidas combinadas con alcohol 50% chicos versus 38% chicas, a veces han consumido tranquilizantes el 14% de chicos versus el 8,5% de chicas. Por otro lado, Uribe y Orcasita (2009)¹⁴, encontraron resultados similares referente a las conductas de riesgo que practican los estudiantes universitarios, como las relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas, principalmente licor 41,1% y pegamento o inhalante 33,5%.

En este sentido, Fernández, Rodríguez, Pérez y Córdova (2016)⁵⁴, consideran que los jóvenes se han involucrado en prácticas sexuales de drogas ilegales, también enfatiza la proporción de estudiantes que refieren haber tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o de alguna droga. Igualmente, Conde, Moo Mena, Polanco y González (2016)⁵², mencionan como factor de riesgo, la relación sexual y el uso de alcohol, ya que combinar el alcohol en las relaciones sexuales fueron altamente percibidos por las mujeres a diferencia de los hombres.

Con relación al uso del condón en la primera relación sexual se determinó que 61% de los estudiantes SI lo uso y un 39% no hizo uso del condón, por el contrario en la última relación sexual el 55% de los estudiantes no uso el preservativo, teniendo en cuenta que entre la primera relación sexual y la última hay incremento del 16% aumentando en si el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y por último el 45% si hizo uso de este, de igual manera Uribe y Orcasita (2009)¹⁴, destacaron que el 34,0% de los estudiantes no utilizaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual y el 36,5% no lo utilizaron en la última relación sexual siendo estos resultados muy semejantes a nuestro estudio.

10. CONCLUSIONES

La frecuencia de las ETS-ITS ha aumentado, ya que están directamente relacionadas con las conductas sexuales de la población. Su prevención incluye el cambio de conductas sexuales lo que solo es posible con la promoción de la salud, trabajar en la educación, hábitos de vida saludable y detección temprana de la enfermedad.

Los resultados obtenidos en la investigación contribuyen en la identificación de las conductas de riesgo que presentan los estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Cali.

- El género femenino tuvo mayor participación, el mayor rango de edad está entre los 18 y 27, en su mayoría son solteros y no cuenta con una relación y/o persona estable.
- La mayoría de los estudiantes no utilizó condón en la última relación sexual, tienen vida sexual activa, lo cual genera un alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y no tienen conciencia del riesgo que estas prácticas les pueden traer.
- Los jóvenes universitarios presentan un mayor riesgo de contraer ITS, ya que no utilizan medidas de protección, tienen múltiples parejas, inician su vida a una edad muy temprana, combinan diferentes sustancias durante las relaciones sexuales, no practican medidas de prevención y se autorecetan o formulan ante una ITS.

El primer resultado importante radica en la identificación de los tipos de conductas de riesgo que prevalecen en los estudiantes universitarios, entre los cuales se encuentran: número de parejas sexuales, consumo de sustancias psicoactivas,

inicio temprano de relaciones sexuales, poco uso del preservativo en la primer y ultima relación. La preferencia por no usar el preservativo durante las relaciones sexuales indica el bajo conocimiento de riesgo de transmisión de ETS- ITS entre los (as) jóvenes.

El segundo aporte, hace referencia a la necesidad de brindar información sobre el diseño e implementación de programas de prevención e intervención, específicamente en las universidades de la ciudad de Cali, donde frecuentemente se presentan altos índices de ETS, ITS y embarazos no planeados.; aunque los estudiantes presentan un nivel medio en conocimientos correctos, se observa que en la práctica no hay medidas de protección frente a las ETS-ITS, en estos programas de prevención se debe buscar reducir los índices de riesgo de transmisión, teniendo en cuenta que las conductas sexuales de riesgo traen consecuencias y/o costos sociales y económicos, que afectan al individuo y al contexto en el que se encuentran.

El desafío que se tiene en cuanto a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es tomar en consideración la forma correcta para transmitir información a los adolescentes y jóvenes. Es necesario reconocer que, en esa etapa de la vida, el mayor contacto directo se tiene con los iguales; igualmente la influencia de la familia, los grupos sociales, medios magnéticos, amigos, las instituciones universitarias, el sistema de salud y la sociedad en general, a través de todos sus medios de influencia ejercen su papel en la formación de estos importantes eslabones de la personalidad del adolescente y el joven.

11. RECOMENDACIONES

A la Institución Universitaria

- Trabajar en mejorar el modelo de promoción de la salud y prevención de ETS-ITS en jóvenes universitarios.
- Fortalecer el programa “A calzón quitao”, implementado por Bienestar Universitario de la Universidad Santiago de Cali, como mecanismo de promoción de la salud y prevención de ETS-ITS en jóvenes universitarios.

Al programa

- Ser líder en educación sexual y reproductiva en la facultad de salud.
- Implementar en cada semestre el énfasis del cuidado y prevención de las ETS- ITS.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas Trujillo E. Educación sexual de mujeres colombianas en la juventud: un análisis desde el enfoque basado en derechos humanos. [internet]. Bogotá: Profamilia. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/6%20-%20EDUCACION%20SEXUAL%20DE%20MUJERES%20COLOMBIANAS%20EN%20LA%20JUVENTUD.pdf>. Consultado el 10 de mayo de 2018.
2. Uribe A.F. Evaluación de Factores Psicosociales de Riesgo para la Infección por el VIH/SIDA en adolescente colombianos. [Tesis Doctoral], Universidad de Granada, España. 2005. Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/15808920.pdf>.
3. Newman, L., Kamb, M., Hawkes, S., Gomez, G., Say, L., Seuc, A., & Broutet, N. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. [Internet]. Barcelona, España. 2013. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001396&type=printable>. Consultado el 13 de junio de 2018.
4. Organización Mundial de la Salud. OMS. Infecciones de transmisión sexual. [internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>. Consultado el 10 de mayo de 2018.
5. Ministerio de Salud. Análisis de situación de Salud (ASIS) Colombia. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1MGyTUwhvuKtICPzKuFowApO9kCaaj7Zk/view>. Consultado el 12 de Octubre de 2018.

6. Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud Pública Municipal. Análisis de situación integrada de salud (ASIS) municipio de Santiago de Cali – 2013. [internet]. 2013. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1Gud20QP9dmhP7CA3RNcSADVACorUUPmQ/view>. Consultado el 12 de Octubre del 2018.
7. Organización mundial de la salud. OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021). [internet]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1eYw-kj6Zo7bsD11veVNL1CMTL-tBQxZp/view>. Consultado el 26 de Octubre del 2018.
8. Secretario general de las naciones unidas. Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños. [internet] 2010. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf. Consultado el 26 de Octubre del 2018.
9. Organización Mundial de la Salud. OMS. Planificación familiar. Centro de Prensa. [internet] 2018. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/ Consultado el 26 de Octubre del 2018.
10. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, González Martínez F. Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios en Cartagena. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [internet]. Colombia. 2014. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/76>. Consultado el 26 de Octubre del 2018.
11. Bastidas B, Sánchez MD, Chávez M.S Orozco C, Merchán A, Chávez MS. Conocimientos y Prácticas de Métodos Anticonceptivos en una Población

Universitaria en el Año 2010. [internet]. Popayán, Colombia. 2014. Disponible en: <file:///C:/Users/karla/Downloads/Dialnet-ConocimientosYPracticasDeMetodosAnticonceptivosEnU-5816926.pdf>.

Consultado el de 10 de Mayo del 2018.

12. Castro E, Miranda P, Borre O. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del Virus del Papiloma Humano en adolescentes escolarizados. Revista ciencias Biomédicas. [internet]. Cartagena, Colombia. 2012. Disponible en: <http://www.revista.cartagenamorros.com/pdf/3-2/13PAPILOMA.pdf>. Consultado el 10 de Mayo del 2018.

13. Orcasita Linda, López María, Gómez Carlos. Conocimientos sobre riesgos frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali. [internet]. Cali, Colombia. 2014. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/3079>. Consultado el 10 de Mayo del 2018.

14. Uribe Ana, Orcasita Linda. Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. Revista virtual Universidad Católica del Norte. [internet]. Cali, Colombia. 2009. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194215432004.pdf>. Consultado el 10 de Mayo del 2018.

15. Organización Mundial de la Salud. OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [internet]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/. Consultado el 10 de Mayo del 2018.

16. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. [Internet]. 2006 y 2010. Disponible en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>. Consultado el 10 de Mayo del 2018.

17. Artieda Alicia. Infecciones de transmisión sexual en el adolescente, lo que el pediatra de Primaria debe saber. [internet]. Madrid, España. 2018. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/201-207_infecciones_transmision_sexual.pdf Consultado el 10 de Mayo del 2018.
18. Universidad Santiago de Cali. Reseña histórica. [internet]. Cali, Colombia. Disponible en: <http://www.usc.edu.co/index.php/institucional/mision-y-vision> Consultado el 12 de Septiembre del 2018.
19. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. UNESCO. Educación integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias. [internet]. Santiago de Chile. 2014. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002328/232800S.pdf> Consultado el 10 de Mayo.
20. *Mendoza MT, Olvera J. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios.* [internet]. México. 2013. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/viewFile/36537/33080> Consultado el 10 de Mayo del 2018.
21. Chávez M, Petzelova J, Zapata J. Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. [internet]. México. 2009. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/292/29214110/> Consultado el 10 de Mayo del 2018.
22. Gómez R, Díaz M, Sainz ER, Gómez K, Machado R. Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes. [internet]. Cuba.

2015. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n1/spu06115.pdf>. Consultado el 10 de Mayo del 2018.
- 23.** Rodríguez A, Sanabria G, Contreras ME, Perdomo B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. [internet]. La Habana, Cuba. 2013. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v39n1/spu15113.pdf> Consultado el 10 de Mayo del 2018.
- 24.** Da Silva B, Spindola T, Araujo MR, Conceição R, Santos R, Sampaio R. El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. [Internet]. Río Janeiro, Brasil. 2018. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00237.pdf> Consultado el 10 de Mayo del 2018.
- 25.** *Matienzo Maydeli*. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de tres comunidades, Nuevo Chimbote. [internet] San Juan de Chimbote, Perú. 2015. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/viewFile/963/814> Consultado el 10 de Mayo del 2018.
- 26.** Saeteros R, Pérez J, Sanabria G. Vivencias de la sexualidad en estudiantes universitarios. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet] 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500010 Consultado el 10 de mayo de 2018.
- 27.** Choccare C. Nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual-VIH/SIDA y sus medidas preventivas en los estudiantes de Enfermería de la UNMSM. [Tesis], Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. 2008. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/521/choccare_sc.pdf?sequence=1 Consultado el 10 de mayo 2018.

- 28.** Baiz J. Morales C, Pereira L. Aspectos Psicosociales De La Salud Sexual Y Reproductiva En Estudiantes Universitarios. Revista Salud y Sociedad, [Internet] 2016 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576004.pdf> Consultado el 10 de mayo de 2018.
- 29.** Barrios Z, Díaz A, Del Toro M. Conocimientos Acerca del Virus de Papiloma Humano y su Relación con la Práctica Sexual en Estudiantes de Ciencias de la Salud en Cartagena- Colombia. Revista Ciencia y Salud, [Internet] 2016. Disponible en: <file:///C:/Users/karla/Downloads/670-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2604-4-10-20180601.pdf>. Consultado el 10 de mayo de 2018.
- 30.** Zuleta I, Reyes J, Rojas K, Tipán M, Torres C, Vallejo L, Zemanate L. Salud Sexual Reproductiva en Estudiantes Universitarios: Conocimientos y Prácticas. Revista ciencia y cuidado. [Internet]. Cucuta-Colombia. 2018 Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1233/1189> Consultado el 10 de mayo de 2018.
- 31.** Arroyo M. Castro B. Conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva en Estudiantes de Enfermería de una Universidad de Barranquilla (Atl, Col). Revista Ciencia e Innovación en Salud. [Internet]. 2015 Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/91/77> Consultado el 10 de mayo de 2018.
- 32.** Atehortua W. Acosta S. López A. Suárez J. Melo A. Carrascal S. Conocimiento métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado. Revista Ciencia y

- Cuidado. [Internet]. 2011. Disponible en:
[file:///C:/Users/karla/Downloads/Dialnet-ConocimientoMetodosAnticonceptivosEnEstudiantesDeP-3853514%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/karla/Downloads/Dialnet-ConocimientoMetodosAnticonceptivosEnEstudiantesDeP-3853514%20(1).pdf)
Consultado el 10 de mayo de 2018.
- 33.** Uribe A, Orcasita L, Vergara T. Pontificia Universidad Javeriana Cali-Colombia. Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. [Internet]. 2010 disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552010000100002 Consultado el 10 de mayo de 2018.
- 34.** DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. Disponible:
file:///C:/Users/karla/Downloads/51DocyNormas_DeclaracionHelsinki.pdf
Consultado el 26 de marzo de 2017.
- 35.** Ferro M. Molina L. Rodríguez W. La Bioética y sus Principios. [Internet]. 2009. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029 Consultado el 26 de marzo de 2017.
- 36.** Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. [Internet]. 2002. Disponible en:
http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf Consultado el 10 de mayo de 2018.
- 37.** República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, Octubre 4. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá DC: Minsalud; 2000.

Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RES/OLUCION-8430-DE-1993.PDF>. Consultado el 26 de marzo de 2017.

- 38.** El congreso de la Republica. Ministerio de Educación. Ley 266 de 1996: Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Disponible en:
https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf
Consultado el 26 de marzo de 2017.
- 39.** El congreso de la República. Ministerio de Educación Nacional. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad Deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Disponible en:
https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
Consultado el 26 de marzo de 2017.
- 40.** República de Colombia. El congreso de la Republica. Ley 30 de diciembre 28 de 1992. Por el cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. [Internet]. Disponible en: https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-86437_Archivo_pdf.pdf. Consultado el 26 de marzo de 2017.
- 41.** Ase I. Burijovich J. La Estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Revista Salud Colectiva. [Internet]. 2009. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003 Consultado el 26 de marzo de 2017.

42. Ministerio de Salud Pública. Cuba: El Reto de la Atención Primaria y la Eficiencia en salud. Revista Educación Médica Superior. [Internet]. 1995. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411995000100001 Consultado el 15 de abril de 2017.
43. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 003202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud —RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016.pdf Consultado el 15 de abril de 2017.
44. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 00429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf Consultado el 16 de mayo de 2017.
45. República de Colombia. El congreso de la Republica. Ley Estatutaria N°175116 febrero 2015. por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf Consultado el 16 de mayo de 2017.
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO>

- [%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf](#) Consultado el 16 de mayo de 2018.
- 47.** Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. [Internet]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/prensa/bases%20plan%20nacional%20de%20desarrollo%202014-2018.pdf> Consultado el 26 de marzo de 2017.
- 48.** República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 00518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf> Consultado el 16 de mayo de 2017.
- 49.** República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 1441 de 2016. Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Disponible en: <http://achc.org.co/documentos/prensa/res-1441-16%20habilitacion%20redes%20integradas%20ips.pdf> Consultado el 16 de mayo de 2017.
- 50.** Silva B, Spindola T, Araujo M, Almeida R, Santos R, Sampaio R. El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Revista Enfermería global. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00237.pdf>. Consultado el 01 de marzo de 2019.

- 51.** Delatorre M, García A. Conhecimentos e práticas sobre métodos contraceptivos em estudantes universitarios. Revista da SPAGESP [Internet]. 2015. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n1/v16n1a06.pdf>. Consultado el 01 de marzo de 2019.
- 52.** Conde L, Moo F, Polanco L, González M. Aplicación de un instrumento electrónico para identificar conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. [Internet]. 2016. disponible en: [file:///C:/Users/karla/Downloads/Dialnet-AplicacionDeUnInstrumentoElectronicoParalidentifica-5786973%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/karla/Downloads/Dialnet-AplicacionDeUnInstrumentoElectronicoParalidentifica-5786973%20(3).pdf) Consultado el 01 de marzo de 2019.
- 53.** Gil E, Gue J, Porce A. Consumo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo: el patrón de los estudiantes de Enfermería de una universidad española. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2013. disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0941.pdf. Consultado el 01 de abril de 2019.
- 54.** Fernández C, Rodríguez S, Pérez V, Córdova A. Prácticas sexuales de riesgo y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas en estudiantes de educación media y superior. [Internet]. 2016. disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol16_num1/articulos/practic as.pdf. Consultado el 01 de marzo de 2019.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ **SESIÓN** _____ **CÓDIGO JURADO** _____

Yo _____ mayor de edad, identificado con CC. N° _____

_____ acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: **“PRÁCTICAS SEXUALES Y RIESGOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES DE UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL AÑO 2018”**, realizado por las estudiantes del programa de Enfermería: Daniela Munares García cc: 1113534690 cel: 3016088441 correo: danielamunares11.2@gmail.com; Karla Pedroza Meneses cc: 1111773810 cel: 3108937444 correo: karla.0604@hotmail.com; Alejandra Trochez Barona cc: 1017233482 cel: 3136559846 correo: alejandratb.95@hotmail.com y

Dirigido por la docente: Rosa Nury Zambrano Bermeo cc: 55158151 cel: 3007760830 correo: rosa.zambrano00@usc.edu.co. Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Establecer las prácticas sexuales y de riesgo de enfermedades de transmisión sexual de los estudiantes de Enfermería de una Universidad privada de Cali en el año 2018.

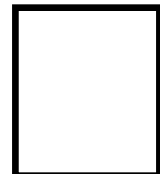
y sobre los pasos para el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar: •Realizar el cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia (1997) que consta de 21 preguntas acerca de las prácticas sexuales de los estudiantes. •Me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, o ser retirado sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores y yo, (derechos del participante: conocer el avance del estudio y los resultados obtenidos al finalizar la investigación) para: Identificar prácticas sexuales de la población objeto de estudio. Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo. Sé que el beneficio de este trabajo es: brindar una información actualizada a la universidad, programa, estudiantes sobre prácticas sexuales y riesgos frente a las ITS (Infecciones de transmisión sexual) presentes en un grupo de estudiantes de una Institución Superior. En ningún momento habrá remuneración económica. Se me ha informado que no me ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro. •A su vez, me comentaron que utilizarán todas las normas de bioseguridad pertinentes; seré tratado con equidad-igualdad y respeto y se me responderá a cualquier duda que se me presente en cualquier momento de la investigación. Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizarán. Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización de: “Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia (1997)” y firmo a continuación:

NOMBRE PARTICIPANTE

FIRMA

C.C

FIRMA DE EL-LOS TESTIGO(S) _____



FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.:

Anexo 2: Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa (Ministerio de Salud de Colombia, 1997)

**Programa de Enfermería 9 semestre de la Universidad
Santiago de Cali**

**CCVSA. Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa
(Ministerio de Salud de Colombia, 1997)**



La presente encuesta tiene por objeto obtener información sobre algunos aspectos del comportamiento de los Estudiantes de Enfermería frente al ejercicio de su sexualidad. Por tal razón, este cuestionario es de carácter anónimo.

1. ¿Alguna vez en su vida ha tenido relaciones sexuales con penetración?
 - a) Del pene en la vagina? Sí _____ No _____
 - b) Del pene en la boca? Sí _____ No _____
 - c) Del pene en el ano? Sí _____ 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)

2. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual con penetración del pene? (en las casillas escriba el número de años): A los _____ años
3. ¿En esa primera relación sexual con penetración del pene, usted o su pareja uso condón? Sí _____ No _____
4. ¿Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? Sí _____ No _____
5. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina? Sí _____ No _____

Si respondió NO, pase a la pregunta 7

6. ¿En este tipo de penetración, usted o su pareja ha usado condón?

Todas las veces ____ Algunas veces ____ Ninguna vez ____

7. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en la boca? Sí ____ No ____

Si respondió NO, pase a la pregunta 9

8. ¿En este tipo de penetración, usted o su pareja ha usado condón?

Todas las veces ____ Algunas veces ____ Ninguna vez ____

9. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene en el ano? Sí ____ No ____

Si respondió NO, pase a la pregunta 11

10. ¿En este tipo de penetración usted o su pareja ha usado condón?

Todas las veces ____ Algunas veces ____ Ninguna vez ____

11. ¿En los últimos 12 meses, ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? (Marque una sola respuesta).

a. Solo con la misma persona (si contestó esta opción pase a la pregunta 13)

b. Con más de una persona (si contestó esta opción pase a la pregunta 12)

12. ¿En los últimos 12 meses, con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene? _____

13. ¿En los últimos 12 meses sus relaciones sexuales con penetración del pene han sido? (marque una sola respuesta).

a. Solo con persona (s) de SU MISMO sexo

b. Sólo con persona (s) del OTRO sexo

c. Con persona (s) de AMBOS sexos

14. ¿Usted o su pareja usó condón en su última relación sexual con penetración? Si ____ No ____ Si respondió NO, pase a la pregunta 16

15. ¿Por qué no uso condón en esa relación? (marque una o más opciones).

a. Porque a usted o la persona con quien tuvo esa relación le disgusta usarlo

b. Porque la persona con quien tuvo esa relación se negó a usarlo.

c. Porque le resultó difícil hablar del uso del condón

- d. Porque confía en la persona con quien tuvo esa relación
- e. Porque solo tiene relaciones sexuales con esa persona
- f. Porque estaba bajo el efecto del alcohol o drogas
- g. Porque era difícil conseguirlo en ese momento
- h. Por el afán del momento
- i. Porque no sabe usar el condón.

16. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración del pene estando bajo el efecto del alguna de las siguientes sustancias? (Respuesta SI o NO para cada una de las posibilidades).

- | | | |
|---------------------------|---------|---------|
| a. Licor | Sí ____ | No ____ |
| b. Cocaína | Sí ____ | No ____ |
| c. Marihuana | Sí ____ | No ____ |
| d. Basuco | Sí ____ | No ____ |
| e. Tranquilizantes | Sí ____ | No ____ |
| f. Pastillas alucinógenas | Sí ____ | No ____ |
| g. Heroína | Sí ____ | No ____ |
| h. Pegante o inhalante | Sí ____ | No ____ |

17. ¿En los últimos 12 meses qué cosas ha hecho usted para evitar la infección del virus que causa el SIDA? (responda SI o NO para cada una de las posibilidades)

- a. Tener relaciones sexuales sólo con una misma persona Sí ____ No ____
- b. Usar condón Sí ____ 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. Sí ____ No ____
- d. Ponerse de acuerdo con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el uso de medidas de protección. Sí ____ No ____

18. ¿Durante los últimos 12 meses se ha practicado el examen que sirve para saber si está infectado por el virus que causa el SIDA? Si ____ a la pregunta 20 No ____ Si respondió NO pase

19. ¿Recibió orientación previa para hacerse el examen? Sí ____ No ____

20. ¿Durante los últimos 12 meses ha tenido alguna enfermedad de Transmisión Sexual como Gonorrea, Sífilis, Condilomas, Herpes Genital, etc.?

Sí ____ No ____ No se ____

21. ¿Qué hizo para tratar esa(s) enfermedad(es) de transmisión sexual? (puede marcar una o más opciones)

- a. Nada
- b. Consultó en una farmacia, droguería o botica
- c. Consultó a un médico (profesional de la salud)
- d. Consultó a un amigo, vecino o conocido
- e. Se autorrecetó o formuló