

Comportamiento sexual y riesgos posiblemente asociados en estudiantes universitarios en Tunja (Colombia): estudio descriptivo

Sexual Behavior and Risks Probably Associated, in University Students at Tunja (Colombia): a Descriptive Study

Juan Manuel Ospina Díaz* 

Fred Gustavo Manrique Abril**

Palabras clave: educación, salud reproductiva, comportamiento sexual, anticoncepción, alcoholismo.

Resumen

Antecedentes: desde 1995 se validaron estudios de tipo descriptivo como necesidad de investigar previamente a las intervenciones educativas, dada la pluralidad cultural que descalifica modelos de aplicación universal en lo referente a la educación sexual.

Objetivo: identificar problemas de salud asociados a la sexualidad en población universitaria de la UPTC, Tunja, para redefinir estrategias educativas que permitan modificar el perfil epidemiológico.



- * Docente Escuela de Medicina UPTC.
- ** Docente Escuela de Enfermería UPTC.

Metodología: estudio descriptivo de corte transversal. Muestreo: secuencial. Muestra: 764 estudiantes. Estadística: frecuencias, cruce de variables, porcentajes.

Resultados: edad promedio: 20,4 años; 56,7% mujeres; 82,8% clase media-baja; 79,7% católico o cristiano; para resolver intimidaciones, 11,4% confía en el padre, 33,5%, en la madre; apenas 36,2% tiene 100% de certeza de evitar un embarazo no deseado y 27%, de contraer una ETS. 61,2% considera necesario incrementar sus conocimientos sexuales; 40,5% ha tenido al menos una laguna alcohólica; 30% ha tenido sexo no deseado, al menos una vez, bajo el efecto del alcohol. Razón global de fertilidad: 25,4%. 45,3% de embarazos termina en aborto provocado.

Conclusiones: problema de salud reproductiva más relevante: altas tasas de fecundidad, aborto provocado y natalidad. Problema cultural: elevado consumo de alcohol.

Abstract

Context: From 1995 on, there were validated some studies of descriptive type, as a need to investigate, before any educational interventions, given the cultural plurality that discredits models of universal application, regarding sexual education

Objective: To identify health problems associated with the sexual behavior in the university students of Tunja, in order to redefine educative strategies which will allow a change in the epidemiologic profile.

Methodology: A descriptive study of transverse cut. Sequential sampling. Sample: 764 students. Statistics: Frequencies, variable crossing, percentages

Results: Age average: 20.4; 56.7% female; 82.8% belongs to low middle social class; 79.7% Catholic or Christian. To solve intimate matters, 11.4% trusts in the father and 33.5% in the mother; 36.2% have absolute certainty to avoid an undesired pregnancy; and 27% to get a STI, Sexual Transmitted illness. 61.2% considers necessarily to increase his(her) own sexual knowledge; 40.5% has had at least once an alcoholic "lagoon", 30% has had an unwished sexual relations, al least under alcohol effects; Global fertility ratio: 25.4%; 45.3% of pregnancies finished in provoked abortion.

Conclusions: The major reproductive health problem: High fertility, high induced abortion and high birth rates. Major cultural problem: high alcohol consumption.

Key words: education, reproductive health, sexual behavior, contraception, alcoholism.

Introducción

Para comprender el comportamiento de la juventud mundial es necesario explorar las experiencias de jóvenes que deben desenvolverse en la llamada sociedad del riesgo¹, caracterizada localmente por una condición de incertidumbre, violencia y amenazas, con repercusiones en la mayoría de los países del mundo, merced a las relaciones globales socioeconómicas². La revolución tecnológica propicia cambios en la concepción y práctica de las conductas sexuales. Los riesgos derivados del desempeño de los adolescentes, especialmente los reproductivos, están relacionados con las condiciones económicas y culturales³.

Los estudiantes menores de 18 que ingresan a las universidades aumentan progresivamente⁴, por lo que los docentes deben cambiar las metodologías de adaptación grupal, ya que son pocos los bachilleres con la madurez necesaria para asumir los compromisos y riesgos del entorno universitario.

La búsqueda social de autoafirmación y aceptación social impulsa a la mayoría de estudiantes a establecer relaciones de pareja⁵, que se traducen en contactos sexuales esporádicos y clandestinos.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud demuestra que la primera relación sexual ocurre a edades cada vez menores; el 44,5% de las mujeres entre 20 y 25 años de edad iniciaron sus relaciones antes de los 18 años; el promedio de inicio para el grupo de 25 a 29 años es de 18,8 años, y de 19,6 en el grupo de 45 a 49. El inicio sexual es más tardío en personas que acceden a la educación⁶.

En 1993, el Ministerio de Educación de Colombia creó el Proyecto Nacional de Educación Sexual. Se inició, entonces, la capacitación de docentes, diseño de paquetes pedagógicos, promoción de investigaciones y creación de una infraestructura a nivel departamental y municipal⁷. El proyecto ha sido cuestionado en cuanto a la efectividad de sus estrategias y metodologías^{8,9}.

En 1995, el Encuentro Nacional de Metodología de la Investigación en Sexualidad validó los estudios cualitativos y descriptivos, dada la necesidad de investigar previamente a las intervenciones educativas, ya que la pluralidad cultural impide el diseño de modelos universalmente aplicables sobre educación sexual¹⁰.

Hacia 2001, la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC) contaba con 7.643 estudiantes en la sede Tunja; 81,8% menores de 25 años y con discreto predominio de mujeres (52,84%)¹¹. Como no había investigaciones previas sobre la sexualidad estudiantil, se aprobó este estudio, asignándole el código 9007-022, para proveer información útil en planeación, elaboración e implementación de programas educativos, a cargo de la División de Bienestar Universitario.

Materiales y métodos

Estudio de corte transversal, descriptivo. La información se recolectó en un formulario, previamente sometido a prueba piloto. Durante el año 2001 y parte de 2002, los estudiantes, previo consentimiento informado, diligenciaron una encuesta autoadministrada. Participaron hombres y mujeres, estudiantes universitarios, de

programas presenciales. Facultades: Educación, Agronomía, Economía, Salud, Ingeniería, Ciencias, Derecho.

La muestra fue de 764 estudiantes; cálculo: Epi info, versión 6.04¹², se consideró un error alfa máximo de 5%, asumiendo por cada facultad, prevalencia de vida de actividades homosexuales del 10%, considerando como peor resultado que fuese 0, con base en el promedio de reportes similares previos^{13,14}. El muestreo fue secuencial, por facultad.

El cuestionario se componía de 68 preguntas y se indagaba sobre:

- **Aspectos socioeconómicos:** género, edad, estrato, estado civil, situación económica, financiamiento del estudio, estado de salud percibido, religión, práctica religiosa, comunicación en el interior familiar, personas de confianza

- **Conocimientos básicos sobre sexualidad:** conductas punibles, edad de consentimiento sexual, calidad percibida de educación sexual, nivel percibido de conocimientos sobre anticoncepción y ETS, actitud hacia otras preferencias.

- **Consumo:** alcohol, marihuana, cocaína, estimulantes; dinero que gasta en psicoactivos, actividades recreativas, actividades eróticoafectivas, actitud ante la pornografía. Prevalencia de vida de lagunas alcohólicas, relaciones sexuales no deseadas inducidas con alcohol, relaciones sexuales bajo el efecto de psicoactivos.

- **Comportamientos sexuales:** preferencia sexual, prevalencia de vida de actividades homosexuales, masturbación,

actividades heterosexuales, edad de inicio sexual, compañeros sexuales, frecuencia de relaciones, violencia sexual.

- **Salud sexual y reproductiva:** uso de métodos anticonceptivos, fecundidad, resultado final de las gestaciones, prevalencia de ETS.

Se respetaron las normas establecidas para la investigación con seres humanos¹⁵.

Resultados

Caracterización socioeconómica y cultural: edad promedio: 20,45 años (IC 95%: 19,9820,912; $p < 0,001$). 56,6% mujeres (IC 95%: 53,0960,25); 94,9% solteros (IC 95%: 93,4196,63); 55,2% tienen una relación sexo-afectiva estable (IC 95%: 51,5158,69). 50,7% (IC 95%: 45,9-55,6) de mujeres y 47,4% (IC 95%: 41,9-52,9) de hombres residen solos en Tunja en la temporada académica.

83% de estratos 1, 2 y 3 (IC 95%: 80,1185,6). La familia del 83,1% posee vivienda propia (IC 95%: 80,1185); el 21,6% perciben en el hogar permanentes problemas económicos (IC 95%: 18,6124,68); 8,9% consideran a su familia pudiente (IC 95%: 6,8110,98); 50,6% realizan algún tipo de trabajo para mejorar sus ingresos (IC 95%: 46,8554,43). 33% solamente tienen cobertura en salud por Bienestar Universitario (IC 95%: 29,5836,58). No hay diferencias de género en estos aspectos.

72,8% dependen totalmente de la familia para financiar los estudios (IC 95%: 69,6876,12), 17,3% aportan para la financiación (IC 95%: 14,6520,16), 4,4% se autofinancian totalmente (IC95%: 2.92

5.97) y 7.45% tienen acceso a crédito educativo (IC 95%: 5,539,38).

79,7% profesan religión católica o cristiana (IC 95%: 72,782,6), pero solo 11,5% la practican totalmente (IC 95%: 9,1812,84). 90,7% (IC 95%: 87,9-93,6) de mujeres y 80,4% (IC 95%: 75,9-84,7) de hombres consideran que la experiencia familiar y religiosa influye sobre la forma como conciben y practican la sexualidad. 95% consideran haber sido instruidos sobre el compromiso moral de no causar daño y el carácter íntimo de la sexualidad (IC 95%: 94,0297,07).

22% creen que el ambiente de comunicación en el interior de la familia es restringido, muy limitado o inexistente (IC 95%: 19,1125,12). Solo 11,4% (IC 95%: 9,07-11,37) y 33,5% (IC 95%: 30,0-36,9) confían en el papá o la mamá para resolver intimidades; los amigos y hermanos cuentan con favoritismo de 48,4% (IC 95%: 44,8-56,03) y 21,3% (IC 95%: 18,3-24,3) respectivamente.

Conocimientos básicos sobre la sexualidad: para el 61,6% la sexualidad no se aborda en la carrera (IC 95%: 58,0365,034); 75,7% reconocen la reproducción como de carácter netamente biológico (IC 95%: 72,5478,76). Solo el 37,7% tienen claro el concepto de erotismo (IC 95%: 34,0641,06). Apenas 7,6% de mujeres (IC 95%: 5,0-10,23) y 17,3% (IC 95%: 13,0-21,4) de hombres conocen la existencia de una edad mínima de consentimiento sexual. 95,8% reconocen como delito la violación (IC 95%: 94,4797,4), hay marcado desconocimiento sobre el carácter punible de otros comportamientos. 49,7% de mujeres (IC 95%: 44,8-54,4) y 25,3% de hombres (IC

95%: 20,5-30,2) consideran indisoluble la relación entre sexualidad y amor. El nivel percibido de conocimientos sobre anticoncepción y la frecuencia de empleo se muestran en la tabla 1.

61,9% de varones (IC 95%: 56,5-67,3) y 48,3% de mujeres (IC 95%: 43,4-53,09) consideran normal la masturbación a cualquier edad. 67,6% reconocen la existencia de otras preferencias sexuales diferentes a la heterosexual (IC 95%: 64,0170,79). 53,3% se muestran dispuestos a la tolerancia (IC 95%: 49,53 56,74).

90,3% califican su educación sexual completa o adecuada (IC 95%: 88,1592,47); 36,2% consideran tener certeza absoluta de evitar un embarazo no deseado (IC 95%: 32,5239,46) y 27% de evitar el contagio de una ETS (IC 95%: 23,7530,17). 60,9% de mujeres (IC 95%: 56,2-65,6) y 61,7% de varones (IC 95%: 56,2-67,02) consideran necesario incrementar sus conocimientos sobre sexualidad, para sentirse seguros.

Recreación y consumo: 54,1% de hombres (IC 95%: 48,2559,29) y 30,2% de mujeres (IC 95%: 25,5934,45) refieren haber tenido al menos una laguna alcohólica; 45,9% de varones (IC 95%: 40,151,13) y 17,9% de mujeres (IC 95%: 14,0621,05) han tenido relaciones sexuales no deseadas bajo el efecto del alcohol. 8,8% de hombres (IC 95%: 5,5611,95) y 3% de mujeres (IC 95%: 1,274,72) han tenido relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas. Las frecuencias de consumo de alcohol y psicoactivos se registran en la tabla 2.

75,2% gasta dinero en bebidas alcohólicas (IC 95%: 72,1378,38), 5,1% en marihuana

(IC 95%: 3,927,32) y 1,4% en cocaína (IC 95%: 0,712,68). 86,4% gasta en actividades en grupo (IC 95%: 83,8988,88) y 66% en actividades afectivas (IC 95%: 62,6769,52).

Comportamientos sexuales: 0,6% de los varones (IC 95%: 0,072,16) y 0,9% de las mujeres (IC 95%: 0,25 2,34) son homosexuales exclusivos; 4,9% de hombres (IC 95%: 2,377,29) y 3,4% de mujeres (IC 95%: 1,625,30), bisexuales. Prevalencia de vida de interacciones homosexuales: 9,4% para hombres (IC 95%: 5,0511,25) y 3,4% para mujeres (IC 95%: 1,845,99). La frecuencia de estas actividades se registra en la tabla 3.

La prevalencia de vida de masturbación fue 90,3% en hombres (IC 95%: 86,393,15) y 34,6% en mujeres (IC 95%: 29,8239,0). 87,8% de hombres (IC 95%: 83,5791,04) y 67,8% de mujeres (IC 95%: 63,1472,18) ya iniciaron vida sexual. Edad promedio de inicio sexual: 15,53,21 años hombres (IC 95%: 15,1515,84), 17,52,65 años mujeres (IC 95%: 17,2517,75). Promedio de compañeros(as) sexuales: 3,962,87 hombres (IC 95%: 3,634,29) y 1,910,88 mujeres (IC 95%: 1,82,11). 87% de hombres (IC 95%: 83,2591,12) y 64,1% de mujeres (IC 95%: 59,6768,83) tienen relaciones, por lo menos ocasionalmente. El tipo y frecuencia de actividades sexuales se muestra en la tabla 4.

12,1% de mujeres (IC 95%: 8,8315,18) y 7,6% de hombres (IC 95%: 4,5510,55) fueron sometidos al menos una vez en su vida a prácticas sexuales en condiciones forzadas.

Salud sexual y reproductiva: 16,62% de mujeres han tenido mínimo un embarazo

(IC 95%: 12,5859,74). Se registró un total de 101 embarazos; razón de fecundidad: 23,43% (IC 95%: 19,2227,42); razón de natalidad: 12% (IC 95%: 9,0315,44); razón de aborto provocado: 8,54% (IC 95%: 5,7911,29). En hombres, 20,24% han causado al menos una gestación (IC 95%: 15,7624,72); el total de embarazos referidos fue de 93; razón de fertilidad: 28,09% (IC 95%: 23,133,09); razón de natalidad: 9,6% (IC 95%: 6,3313,0); razón de aborto provocado: 15,4% (IC 95%: 11,3619,44). El resultado final de las gestaciones causadas se muestra en la tabla 5.

Prevalencia de vida de contagio de ETS: 6,7% hombres (IC 95%: 3,819,44) y 5,1 mujeres (IC 95%: 2,897,26). Total: 47 casos. Predominio de candidiasis (63,8%), vaginitis inespecífica (12,7%), tricomoniasis (8,5%). Hubo 3 casos de blenorragia, 2 de VPH y 1 de sífilis.

Discusión

Caracterización socioeconómica y cultural: el común de las universidades públicas acoge mayoría de estudiantes de estratos 1, 2 y 3^o. Algunos estudiantes presentan crisis de identidad que causan problemas en la sexualidad, abuso de drogas y alcohol, desórdenes alimenticios, depresión, suicidio, aunque la interacción cultural y el ambiente académico fomentan un desarrollo saludable. Sin embargo, existen diferencias de expectativas entre los grupos de estudiantes de bajo y alto estrato socioeconómico¹⁷.

El perfil sociocultural de los estudiantes, pertenecientes en su mayoría a clase media baja, se traduce en características particulares de desempeño académico y

social, en las que afloran riesgos que comprometen hacia el futuro el éxito personal y profesional, como mayor probabilidad de abandonar la Universidad antes de alcanzar el grado¹⁸, debido a presiones de pobreza y trabajo, procreación indeseada y menor autoconfianza. 22,6% de los estudiantes pobres se sienten inferiores a otros, no quieren que los demás conozcan su situación y rechazan la ayuda de profesores y compañeros¹⁹.

Como consecuencia de la aculturación indígena, la sociedad del altiplano cundi-boyacense devino en familias tradicionalmente autoritarias y machistas, bastantes uniones por amaño y madresolterismo en el área rural, y unión libre en la urbana. Particularmente en provincia y sectores pobres, la estructuración familiar confiere al varón el predominio sobre las decisiones, asignando a la mujer un rol subordinado y dependiente²⁰.

En este escenario sociocultural, la familia juega papel fundamental en la salud sexual y reproductiva, como elemento de apoyo y factor protector. En Colombia, posiblemente por la violencia, los indicadores de desintegración del núcleo familiar se incrementaron en las últimas décadas. Ambientes familiares o comunitarios cargados de violencia y amenazas generan temores y ansiedad. Los padres juegan un papel importante de soporte y ayuda, requeridos para superar el mayor estrés impuesto por presiones del momento social o académico²¹.

En forma consistente con los hallazgos de otras investigaciones, en especial con el Estudio de Salud Mental de 1997, esta encuesta mostró, a pesar del bajo índice

de aceptación, que la mejor comunicación con la figura materna se comporta como eje llamativo de interrelación familiar. Adicionalmente, al comparar los resultados de la escala de comunicaciones con relación a los amigos, en el país se encontró que un 43.9% informa buena comunicación²².

La rápida evolución actual de procesos sociales sugiere que el modelo de familia patriarcal imperante por casi cinco milenios, no es el que predominará durante el siglo XXI. En la mayoría de sociedades de América Latina, no resulta fácil hablar de una familia típica.

Los procesos actuales muestran que la familia se encuentra en un momento de transición, en el que los valores tradicionales y la autonomía ideológica característicos se están debilitando en favor de los postulados que a través de la influencia de los medios masivos de comunicación impone la globalización económica. Este discurso, muchas veces, obedece a hechos objetivos y generales: evidencia la creciente interdependencia de las economías nacionales y la emergencia de un sistema financiero-industrial-comunicativo dominante.

Los cambios no son homogéneos, ni afectan de igual manera a todas las familias. El acceso a los beneficios de la modernidad se da en consideración al nivel de ingreso, a las características geográficas, a la supraestructura social y al grado de educación o formación profesional de los padres. Todo ello ha ido perfilando una sociedad heterogénea, con elevados índices de marginalidad económica, política, social y cultural²³.

La visión religiosa aboga contra una educación sexual neutral, que sea ajena a la enseñanza concomitante de los valores, por cuanto, según ella, la conducta sexual es inseparable de lo espiritual y los valores religiosos. La educación religiosa en sexualidad lleva a un entrenamiento moral-espiritual centrado en la abstinencia y formación para vivir el amor sin egoísmo, conservando en la familia un clima positivo de virtud, ayudando a los hijos a comprender el valor de la sexualidad y la castidad y a comprender y descubrir la propia vocación al matrimonio o a la virginidad²⁴. La contradicción, expresada en el rechazo de los jóvenes a la vivencia religiosa, aflora cuando la evidencia científica pone de manifiesto las características e impulsos sexuales de la naturaleza humana. La relectura de los textos evangélicos y apócrifos deja ver con claridad que la renuncia a la sexualidad debe ser consciente y voluntaria, ya que imponerla por la fuerza en nada ayuda a la búsqueda de esa percepción que los entendidos llaman el éxtasis espiritual²⁵.

Conocimientos básicos sobre la sexualidad: la sana lógica invita a pensar que la educación sexual debe propiciar que la persona adquiera conocimientos y bases conceptuales promovedores de cambios de actitud que permitan acceder a vivencias placenteras, con criterio responsable basado en la comprensión biológica y emocional del comportamiento sexual y el de los semejantes. Se centra en la posibilidad de superar percepciones negativas como temores, vergüenza, culpa, creencias erróneas y prejuicios capaces de alterar la respuesta interrelacional y sexual, de acceder a conocimientos que permitan analizar los aspectos básicos de la

sexualidad y la estructura y función de la sexualidad desde una óptica científica y de reconocer la disfunción y las variaciones del comportamiento, los riesgos reproductivos y las enfermedades de transmisión sexual, para ser capaz de enfocar desde lo personal las bases de la prevención.

Lamentablemente, por las falencias en la educación, en los ámbitos urbanos, la mayoría de jóvenes obtiene de los amigos, también jóvenes, y de los medios de difusión de masas la mayor parte de información, muchas veces errónea, acerca del mundo que los rodea, de lo que han de esperar y de la manera de comportarse²⁶.

Un concepto común entre padres y educadores es que impartir educación sexual propiciará que los jóvenes inicien actividades sexuales precozmente. Pero tras análisis exhaustivos de estudios sobre programas impartidos en escuelas, la OMS y la Campaña Nacional Estadounidense para Prevenir el Embarazo Adolescente concluyeron que los programas de educación sexual no promueven mayor actividad sexual de los jóvenes ni conducen a que aumente²⁷.

En una sociedad en la que, por otras causas, la edad de inicio sexual se reduce gradualmente, a la par que aumenta la aceptación de las relaciones prematrimoniales, el déficit en conocimientos sobre los aspectos biológicos, éticos y culturales acerca de la sexualidad constituye uno de los riesgos más significativos en términos de embarazo no deseado y la consecuente deserción académica, además del contagio de ETS.

Recreación y consumo: sin duda, el aspecto más llamativo de los resultados a

este respecto tiene que ver con las elevadas frecuencias de consumo alcohólico, que para 2 de cada 5 estudiantes ya se expresan de manera premórbida (lagunas alcohólicas). Como quiera que el consumo de alcohol es un hecho eminentemente socio-cultural, vale la pena extender un poco el análisis hacia sus determinantes, en términos de aculturación.

A través de los medios de comunicación, con imágenes, mensajes y acciones, se transmiten estilos de vida. Existen estudios comparados que demuestran que los patrones de respuestas gráfica o verbal pueden ser aprendidos por observación, tan eficientemente como los presentados como demostraciones sociales.

La rápida difusión de modas, estilos de música, jergas, bailes y actividades de ocio adaptadas por la cultura juvenil ha llevado a proclamar el surgimiento de un nuevo renglón de mercado: el adolescente global. Los más vigorosos impulsores de esta tendencia son las empresas de software, los medios masivos de comunicación y los fabricantes de insumos para la juventud, como zapatillas, bebidas gaseosas y ropa informal²⁸; camufladas discretamente, a su lado asoman las industrias cervecera, tabacalera y de licores...

La prevalencia de vida de consumo alcohólico coincide con lo reportado en el estudio nacional Juventud y Consumo de Psicoactivos²⁹. El alcohol es la sustancia de mayor consumo entre los jóvenes en ambos estudios. Debido a la aceptación social que tiene el uso de esta sustancia, la prevalencia de vida alcanza el 90% en la ciudad de Tunja, la más alta entre las capitales del país.

Comportamientos sexuales: la iniciación temprana de relaciones sexuales es más frecuente en estratos bajos. Aunque los varones consideran que la edad ideal para el inicio sexual es 17 años y las mujeres, 18, se registra una edad promedio de la primera relación sexual de 13,4 años para hombres y 14,8 años para mujeres, cuatro años menos de lo que ellos mismos consideran ideal³⁰. Las jóvenes presentan menarquias más tempranas y se casan más tarde³¹. Muchos adolescentes en el mundo son sexualmente activos y, también, en una proporción cada vez mayor, la actividad sexual está ocurriendo fuera del matrimonio³². Estudios revelan que 43% por ciento de mujeres del África subsahariana y 20% de mujeres de 20 años en América Latina han tenido relaciones sexuales prematrimoniales.

Entre las parejas de jóvenes la manipulación de los genitales (heavy necking o heavy petting), como preámbulo o sustitución del coito, es frecuente (más de los varones a las mujeres). Según Kinsey, las mujeres llegan al orgasmo en un 20% de los eventos. Alzate³³ señala que en un estudio adelantado en Inglaterra en 1960 encontró que a los 18 años la incidencia acumulada de heavy petting era del 50% para hombres y 40% para mujeres.

En el contexto latinoamericano las caricias orogenitales son consideradas atípicas y objeto de rechazo. Desde el punto de vista evolutivo, hay antecedentes de este tipo de actividades en muchas especies de mamíferos, que bajo diversas circunstancias huelen o lamen los genitales. En los estudios de Kinsey y Hunt³⁴, hombres y mujeres de diferentes edades refirieron prácticas orogenitales. En el estudio de

Alzate, 58% de hombres y 54% de mujeres con experiencia coital vaginal experimentaron sexo oral.

Según las encuestas de Masters y Johnson y los informes más cortos publicados posteriormente, pareciera que en una población con una base sociocultural y socioeconómica amplia, que no haya sido ajustada de acuerdo con las diferencias culturales, se podría esperar que el 25-40% de las parejas haya tenido relaciones anales, por lo menos una vez durante su vida sexual. La mayoría de las mujeres lo hizo por la insistencia de su pareja y alrededor de la mitad dejó de hacerlo debido al dolor o el temor. Además, no hubo efectos nocivos a largo plazo que se asociaran con su experiencia³⁵.

Recientemente se ha reportado en algunas esferas la popularización de una actividad llamada sexgroup o sexo en grupo, actividad de carácter heterosexual u homosexual practicada en congregación, incluso en lugares públicos³⁶. El sexo en grupo tiene también referentes históricos, incluso entre nuestros aborígenes pastos, quimbayas y muiscas precolombinos³⁷. También en los encuentros hippie de los años setenta. Hoy se practica intercambio de parejas y sexo colectivo. Suele ser frecuente acudir con una pareja ocasional, aunque hay algunas personas que acuden con el compañero formal. Generalmente, son los varones quienes más están inclinados.

En general, se puede afirmar que el comportamiento sexual de los estudiantes universitarios de Tunja no difiere mucho de lo que se ha reportado en otros estudios similares en la región³⁸.

Salud sexual y reproductiva: se ha reportado riesgo de embarazo adolescente en estudiantes hasta de 29%^{39,40}. En la mayoría de los casos el bajo nivel de conocimientos sobre la sexualidad ha sido involucrado como principal factor de riesgo, aunque no el único: también las experiencias adversas de la infancia⁴¹. Existe una fuerte asociación entre embarazo temprano en una generación y la edad de embarazo de la siguiente generación, ya que es más probable que una mujer que fue madre tempranamente sea hija de una mujer que también fue madre adolescente⁴². En Colombia, la población de adolescentes en los últimos veinte años ha sido protagonista del escenario social al aportar las mayores cifras de costos sociales, con fenómenos como el embarazo no deseado, las complicaciones del aborto y el madresolterismo⁴³.

Una de las razones que podría explicar el aumento de los embarazos en adolescentes es que el crecimiento de la población sexualmente activa no se acompaña de adaptaciones o modificaciones en el diseño y las estrategias de difusión en la educación sexual.

El aborto inducido es un problema de interés para la salud pública, en los países donde es permitido y en los que se practica clandestinamente. En 1987 la incidencia mundial de aborto fue de 43 millones, de ellos, 28 millones legales y 15 ilegales⁴⁴. En Colombia el aborto es delito, según en el artículo 122 del Código Penal. El aborto lleva a complicaciones, en particular cuando se realiza en la clandestinidad y en condiciones carentes de los mínimos requerimientos técnicos. Las complicaciones agudas incluyen la hemorragia y la

sepsis; a largo plazo se han descrito la infertilidad, embarazos ectópicos y placenta previa.

Conclusiones

Problema de salud reproductiva más relevante: altas tasas de fecundidad, aborto provocado y natalidad en el grupo de estudiantes. Como principales factores de

riesgo explicatorios se perfilan bajo nivel de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción, actitudes negativas frente a la anticoncepción y uso de alcohol.

En el plano cultural, el problema de salud más relevante es el alto consumo de sustancias alcohólicas, que incluso constituye indicador de riesgo para alcoholismo en un 40% (lagunas alcohólicas).

Tabla 1. Nivel percibido de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y frecuencia de empleo en porcentaje. Entre paréntesis: intervalo de confianza al 95%

Método		Nivel percibido de conocimiento*					Frecuencia**			
		N(IC95%)	E(IC95%)	P(IC95%)	A(IC95%)	AM(IC95%)	NU(IC95%)	O(IC95%)	F(IC95%)	S(IC95%)
Esterilización	Mujer	17,6 (13,8-21,2)	12,9 (9,6-16,2)	11,3 (8,2-14,4)	40,2 (35,4-44,9)	18,0 (14,2-21,7)	99,5 (98,3-99,9)			0,5 (0,05-1,6)
	Hombre	21,5 (16,8-26,0)	10,0 (6,6-13,3)	14,2 (10,2-18,1)	37,0 (31,5-42,2)	17,0 (12,7-21,1)	100,0			
Hormonales	Mujer	9,2 (6,3-12,0)	10,6 (7,6-13,6)	12,9 (9,6-16,2)	43,4 (38,6-48,2)	23,8 (19,6-27,9)	78,0 (73,8-81,8)	9,5 (6,5-12,3)	7,8 (5,2-10,5)	4,6 (2,5-6,7)
	Hombre	13,6 (9,7-17,4)	14,2 (10,2-18,1)	19,4 (14,9-23,7)	34,8 (29,4-40,0)	17,9 (13,5-22,0)	78,0 (64,3-74,6)	9,5 (12,7-21,1)	7,9 (5,8-12,3)	4,6 (1,9-6,5)
Condón	Mujer	5,5 (3,27-7,81)	1,8 (0,46-3,23)	5,1 (2,89-7,26)	34,9 (30,26-39,4)	52,6 (47,8-57,4)	46,5 (41,6-51,2)	23,4 (19,2-27,4)	15,7 (12,1-19,2)	14,3 (10,9-17,7)
	Hombre	3,6 (1,4-5,8)	4,2 (1,9-6,5)	4,8 (2,3-7,3)	31,2 (25,9-36,2)	56,1 (50,3-61,3)	20,3 (15,7-24,7)	27,3 (22,2-32,1)	30,0 (24,8-34,9)	22,4 (17,7-26,9)
Barrera químicos	Mujer	18,7 (14,9-22,4)	18,7 (14,9-22,4)	18,2 (14,5-22,0)	31,4 (26,9-35,9)	12,7 (9,4-15,9)	92,1 (89,2-94,6)	5,1 (2,9-7,2)	2,0 (0,6-3,5)	0,7 (0,14-2,0)
	Hombre	24,2 (19,4-28,9)	27,6 (22,5-32,4)	15,2 (11,1-19,1)	23,9 (17,7-26,9)	9,1 (5,8-12,3)	83,1 (78,9-87,2)	13,3 (9,5-17,1)	3,0 (1,02-5,01)	0,3 (0,008-1,6)
Barrera mecánicos	Mujer	22,4 (18,3-26,4)	20,1 (16,2-23,9)	15,5 (11,9-18,9)	31,2 (26,6-35,6)	10,9 (7,8-13,9)	92,4 (95,8-99,0)	0,7 (0,14-2,0)	0,5 (0,05-1,6)	1,2 (0,37-2,6)
	Hombre	29,7 (24,5-34,6)	22,1 (17,4-26,6)	16,1 (11,9-20,1)	20,6 (16,0-25,0)	11,5 (7,9-15,0)	92,4 (89,1-95,1)	4,2 (1,9-6,5)	2,1 (0,4-3,8)	1,2 (0,33-3,0)

Método	Nivel percibido de conocimiento*					Frecuencia**				
		N(IC95%)	E(IC95%)	P(IC95%)	A(IC95%)	AM(IC95%)	NU(IC95%)	O(IC95%)	F(IC95%)	S(IC95%)
Ritmo menstrual	Mujer	7,4 (4,8-9,9)	5,1 (2,9-7,2)	16,2 (12,5-19,7)	37,0 (32,2-41,6)	34,3 (29,5-38,7)	56,5 (51,5-61,1)	19,2 (15,3-22,9)	14,4 (10,9-17,7)	10,0 (6,9-12,8)
	Hombre	9,7 (6,3-13,0)	12,5 (8,6-16,0)	19,8 (15,2-24,0)	34,3 (28,8-39,4)	23,7 (18,8-28,2)	41,0 (35,3-46,2)	30,7 (25,4-35,6)	20,7 (16,0-25,0)	7,6 (4,5-10,5)
Otros naturales	Mujer	28,9 (24,5-33,2)	21,2 (17,2-25,2)	15,7 (12,1-19,2)	23,1 (19,0-27,1)	11,1 (8,0-14,1)	94,9 (92,4-96,9)	3,0 (1,27-4,72)	1,2 (0,3-2,6)	0,9 (0,25-2,34)
	Hombre	43,2 (37,4-48,3)	28,3 (23,1-33,0)	9,4 (6,0-12,6)	12,8 (8,9-16,4)	6,4 (3,5-9,1)	92,7 (89,1-95,2)	6,7 (3,8-9,4)	0,6 (0,07-2,1)	0
Coitus interruptus	Mujer	23,8 (19,6-27,9)	13,4 (10,0-16,7)	12,7 (9,4-15,9)	29,6 (25,1-33,9)	20,6 (16,6-24,5)	73,6 (66,1-77,7)	17,4 (13,6-21,0)	6,5 (4,0-8,8)	2,5 (0,94-4,13)
	Hombre	27,3 (22,2-32,1)	12,4 (8,6-16,0)	14,5 (10,5-18,4)	26,4 (21,4-31,2)	19,4 (14,9-23,7)	65,2 (59,6-70,2)	22,7 (17,9-27,3)	9,1 (5,8-12,3)	3,0 (1,02-5,0)
Ducha vaginal	Mujer	29,6 (25,14-33,9)	21,9 (17,9-25,9)	17,3 (13,6-21,0)	18,7 (14,9-22,5)	12,4 (9,2-15,7)	95,6 (93,2-97,4)	3,2 (1,4-5,0)	0,9 (0,25-2,3)	0,2 (0,006-1,2)
	Hombre	40,4 (34,7-45,6)	25,2 (20,2-29,8)	12,8 (8,9-16,4)	14,0 (10,0-17,7)	7,6 (4,5-10,5)	93,0 (89,4-95,4)	5,8 (3,0-8,3)	0,3 (0,008-1,6)	0,9 (0,18-2,6)

* Conocimiento: N = Ninguno. E = Escaso. P = Promedio. A = Adecuado. AM = Amplio

** Frecuencia de empleo: NU = Nunca. O = Ocasional. F = Frecuente. S = Siempre

Tabla 2. Frecuencia de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

		Frecuencia de consumo en porcentaje (I,C.)					
		Nunca	Ocasional	Mensual	Quincenal	Semanal	Más de 2/Semana
Alcohol	Mujeres	13,4 (10,07-16,7)	52,5 (47,6-57,2)	21,3 (17,2-25,2)	4,9 (2,7-6,9)	5,1 (2,9-7,2)	2,8 (1,1-4,4)
	Hombres	5,5 (2,8-8,0)	37,2 (31,5-42,2)	21,3 (16,6-25,6)	12,2 (8,4-15,7)	12,8 (8,9-16,4)	11,0 (7,3-14,3)
Marihuana	Mujeres	93,3 (90,5-95,5)	6,5 (4,0-8,8)	0	0	0	0,2 (0,006-1,2)
	Hombres	81,2 (76,2-85,0)	15,8 (11,6-19,7)	1,2 (0,33-3,0)	0 0	0,9 (0,18-2,6)	0,9 (0,18-2,6)
Cocaína o Basuco	Mujeres	98,6 (97,0-99,6)	1,2 (0,37-2,6)	0	0,2 (0,006-1,28)	0	0,2 (0,006-1,28)
	Hombres	94,8 (91,6-96,9)	4,6 (2,14-6,9)	0,3 (0,008-1,6)	0,3 (0,008-1,6)	0	0
Estimulantes	Mujeres	97,7 (95,8-99,0)	2,1 (0,6-3,5)	0	0	0	(0,006-1,28) (0,006-1,28)
	Hombres	98,2 (95,7-99,3)	1,5 (0,49-3,4)	0,3 (0,008-1,6)	0	0	0

Tabla 3. Prevalencia de vida de actividades homosexuales

Actividad somatosexual, Datos en porcentaje (i.c.)		
	Hombres	Mujeres
Besos en la boca	7,0 (3,8-9,4)	3,1 (1,2-4,8)
Caricias manomamarias	NA	2,4 (0,5-3,5)
Caricias manogenitales	17,5 (11,09-24,03)	3,2 (0,6-5,8)
Sexo oral	12,0 (6,7-17,3)	4,2 (1,17-10,5)
Coito anal	17,3 (8,1-26,5)	NA
Sexo en grupo	3,8 (1,27-8,8)	NA

Tabla 4. Actividades sexuales que ha practicado

Actividad	Género	Frecuencia en porcentaje (IC)			
		Nunca (IC95%)	1 Vez (IC95%)	Varias (IC95%)	Muchas (IC95%)
Besos en la boca	Hombre	4,2 (1,9-6,5)	0	13,0 (9,2-16,7)	83,7 (78,2-86,7)
	Mujer	8,6 (5,7-11,3)	0,7 (0,14-2,0)	19,41 (15,5-23,2)	71,3 (6,7-75,5)
Caricias manomamarias	Hombre	9,4 (6,0-12,6)	2,1 (0,4-3,8)	48,0 (42,2-53,2)	40,4 (34,7-45,6)
	Mujer	24,6 (20,3-28,6)	7,9 (5,2-10,5)	40,6 (35,6-45,1)	26,9 (22,5-31,0)
Caricias mano genitales masculinas	Hombre	55,2 (49,1-60,1)	5,5 (2,8-8,0)	24,7 (19,6-29,2)	14,6 (10,5-18,4)
	Mujer	50,1 (45,0-54,7)	6,5 (4,0-8,9)	26,2 (21,8-30,3)	17,2 (13,4-20,7)
Caricias manogenitales femeninas	Hombre	17,3 (13,0-21,4)	5,5 (2,8-8,0)	46,8 (41,0-52,0)	30,4 (25,1-35,3)
	Mujer	49,7 (44,6-54,2)	8,1 (5,4-10,7)	26,5 (22,0-30,6)	15,8 (12,1-19,2)
Coito vaginal	Hombre	13,4 (9,4-17,1)	5,5 (2,8-8,0)	44,4 (38,6-49,6)	36,8 (31,2-41,8)
	Mujer	34,6 (29,8-39,0)	10,2 (7,2-13,1)	29,2 (24,7-33,5)	26,0 (21,6-30,1)
Felación	Hombre	49,2 (43,4-54,4)	11,9 (8,1-15,4)	26,1 (21,1-30,8)	12,8 (8,9-16,4)
	Mujer	67,1 (62,2-71,3)	7,4 (4,8-9,9)	18,8 (14,9-22,5)	6,7 (4,2-9,1)
Cunnilingus	Hombre	66,0 (60,2-70,8)	7,0 (4,0-9,8)	17,9 (13,5-22,1)	9,1 (5,8-12,3)
	Mujer	78,2 (73,8-81,8)	3,9 (1,9-5,8)	11,8 (9,8-16,4)	6,0 (3,6-8,3)
Coito anal	Hombre	77,2 (72,0-81,4)	10,3 (6,8-13,6)	9,7 (6,3-13,0)	2,7 (0,8-4,6)
	Mujer	90,3 (86,8-92,8)	5,6 (3,2-7,8)	3,9 (1,9-5,8)	0,2 (0,006-1,28)
Sexo en grupo	Hombre	92,7 (88,7-94,9)	5,5 (2,8-8,0)	1,5 (0,49-3,5)	0,3 (0,008-1,6)
	Mujer	99,3 (97,4-99,8)	0,5 (0,056-1,6)	0,2 (0,006-1,28)	0
Zoofilia	Hombre	99,1 (96,9-99,6)	0,3 (0,008-1,6)	0,6 (0,07-2,16)	0
	Mujer	100,0	0	0	0

**Tabla 5. Resultado final
de las gestaciones causadas**

Evento	Aborto espontáneo	%	Aborto provocado	%	Parto normal	%	Cesárea	%
Mujeres	12	11,88	37	36,63	41	40,59	11	10,89
Hombres	10	10,75	51	54,83	30	32,25	2	2,15

Referencias

- 1 Castells, M. (1997): *The Power of Identity*, vol. 2, The Information Age: Economy, Society and Culture. London: Blackwell.
- 2 Beck, U. (1999): *World Risk Society*. Malden, Massachusetts: Polity Press.
- 3 Bonell, C. P.; Strange, V.J.; Stephenson, J. M.; Oakley, A.R.; Copas, A. J.; Forrest, S. P.; Johnson, A. M; Black, S. (2003): "Effect of social exclusion on the risk of teenage pregnancy: development of hypotheses using baseline data from a randomised trial of sex education". *J. Epidemiol Community Health*. 2003 Nov; 57(11): 871-6.
- 4 Universidad Nacional de Colombia, Dirección Nacional de Admisiones (2005): *Información estadística*. Cálculos Oficina Nacional de Planeación. P. 8. En: <http://www.unal.edu.co/onp/4a.pdf> (consulta: 28-04-05).
- 5 Banister, L. M.; Jakubec, A. & Stein, F. (2003) : "Like, What Am I Supposed to Do?". *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(2): 16-33.
- 6 Profamilia (2000): *Salud sexual y reproductiva en Colombia*. Encuesta Nacional de demografía y salud. Bogotá.
- 7 Colombia, Ministerio de Educación (1993): *Boletín: Proyecto nacional de educación sexual para la vida y el amor*. Bogotá.
- 8 Vergara, F. E. (1992): *Sexología y sociedad*. Ediciones UIS, Bucaramanga, pp. 181-182.
- 9 Ardila, M.C.; Duarte, C. et al. (1997): *Metodología por proyectos*. Fundación Universitaria Monserrate. Bogotá.
- 10 Colombia (1995): *Encuentro Nacional de Metodología de la Investigación en Sexualidad*. Medellín.
- 11 Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (2001): *Anuario estadístico*, Tunja, Boyacá.
- 12 World health organization – Centers for disease control & prevention. Atlanta, U.S.A.
- 13 Alzate, H. (1984): "Sexual behaviour of unmarried Colombian university students: A five year follow-up". *Arch. Sex. Behav.*, 13: 121-132.
- 14 Gebhard, P. H.; Johnson, A. B. (1979): *The Kinsey data: Marginal tabulations of the 1938-1963 interviews conducted by the Institute for sex research*. Saunders, Philadelphia.
- 15 República de Colombia. Ministerio de Salud (1993): *Resolución N.º 008430 de 1993*. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
- 16 Universidad Nacional de Colombia; *op. cit.*, p. 37 (consulta: 28-04-05).
- 17 Cabrera, A; La Nasa, S.: "Camino a la universidad. Tres tareas críticas que enfrentan los estudiantes de menores recursos. El caso de Estados Unidos". En: *Nuevas miradas sobre la universidad*. Editorial de la U. Nal. 3 de Febrero de Buenos Aires, www.soemadison.wisc.edu/edadmin/people/faculty/cabrera.htm (consulta: 28-04-05)
- 18 Education Trust Organization. Washington, enero de 2005.
- 19 Anónimo, disponible en: <http://www.chinatoday.com.cn/hoy/2004/0407/13ss.htm> (consulta: 25-04-05)
- 20 Vergara, F. E. (1992): *Sexología y sociedad*. Ediciones UIS, Bucaramanga. Colombia.

- 21 República de Colombia. Ministerio de Salud (1997): *Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas*, p. 269.
- 22 *Ibidem*, p. 51.
- 23 Zambra, Fabiola (1995): "Solidaridad y Subsidiariedad : Principios Básicos de la Relación Familia-Estado". *Revista de Trabajo Social* N.º 65. Pontificia Univ. Católica de Chile, Santiago, Chile.
- 24 R. P. Miguel Ángel Fuentes. La educación de la sexualidad. En: <http://www.iveargentina.org/Foro> (consulta: 26-04-05).
- 25 Ospina, J. (2005) [En prensa]: *Bases para el estudio de la sexualidad humana*. UPTC, Tunja - Boyacá.
- 26 United Nations Population Found: Estado de la población mundial 2003. Panorama general de la vida de los adolescentes. En: <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch1/index.htm>. (consulta: 28-04-05).
- 27 Kirby (2001) Citado en: *Sexuality and Family Life Education Helps Prepare Young People*", N.º 2 en una serie por K. Katz y W. Finger (2002): *Youth Lens on Reproductive Health and HIV/AIDS*. Arlington, Virginia: Youth Net.
- 28 Castells, M. (1996): *The Rise of the Network Society*, Volume 1, The Information Age: Economy, Society and Culture. Cambridge: Blackwell.
- 29 República de Colombia (2001): *Programa presidencial para afrontar el consumo de drogas RUMBOS*. Juventud y consumo de sustancias psicoactivas. Encuesta nacional en jóvenes escolarizados de 12 a 24 años. Bogotá, p. 49.
- 30 Profamilia. Colombia (2000): *op. cit*
- 31 Alan Guttmacher Institute (1998): *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*.
- 32 Population Reference Bureau and Center for Population Options (1994): *The World's Youth 1994: A Special Focus on Reproductive Health*. Washington, D. C.: Population Reference Bureau.
- 33 Alzate, H. (1994): *Sexualidad humana*, 2.ª edición. Bogotá: Editorial Temis.
- 34 Hunt, M. (1974): *Sexual behaviour in the 70's*. Play boy press. Chicago.
- 35 Masters, Johnson & Kolodny. (1994): *La Sexualidad Humana*. Editorial Grijalbo, p. 425.
- 36 Millet, C. (2001): *Vida sexual de Catherine M*. Ed. Anagrama. España.
- 37 Martínez, A., Grupo Ornitorrinco (1994): "Arqueología sexual colombiana". *Revista Cultura* N.º 136. ICBA, Tunja. Boyacá, Colombia, pp. 129-150.
- 38 Pérez, M. Salinas, P. (1992): "Conducta heterosexual en un grupo de estudiantes universitarios". *Med. ULA, Revista de la Facultad de Medicina*. Universidad de los Andes. Marzo 1992. Vol. 1. N.º 1. Mérida. Venezuela.
- 39 Markham, CM; Tortolero, SR; Escobar-Chaves, SL; Parcel, GS; Harrist, R; Addy, R.C. (2003): "Family connectedness and sexual risk-taking among urban youth attending alternative high schools". *Perspect. Sex Reprod Health*. 35(4): 174-179.
- 40 Manopaiboon, C.; Kilmarx, P.H.; van Griensven, F.; Chaikummao, S.; Jeeyapant, S.; Limpakarnjanarat, K.; Uthaiworavit, W. (2003): "High rates of pregnancy among vocational school students: results of audio computer-assisted self-interview survey in Chiang Rai, Thailand". *J. Adolesc.* 2003 Oct; 26(5): 517-530.
- 41 Hillis, S. D.; Anda, R. F.; Dube, S. R.; Felitti, V. J.; Marchbanks, P. A.; Marks, J. S. (2004): "The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death". *Pediatrics*. 2004 Feb; 113(2): 320-7.
- 42 Alatorre Rico, J.; Atkin, L.C. (1998): "El embarazo adolescente y la pobreza", en: Bonfil, P. y Vania Salles (eds.): *Mujeres pobres: Salud y trabajo*. México: Gimtrap, 1998. Pp. 13-30.
- 43 Pulido, S. et al. (1998): *Maternidad-paternidad como proyecto de vida de los adolescentes*. U. de Antioquia. Medellín. Colombia.
- 44 Henshaw, R. C.; Singh, K.; Naas, H.R.; Taylor, J. R. (1999): *La incidencia del aborto inducido a nivel mundial. Perspectivas internacionales en planificación familiar*. OMS; 16-24.