



UNIVERSIDAD  
**SAN IGNACIO  
DE LOYOLA**

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**Carrera de Psicología**

**CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS  
SEXUALES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE  
LIMA METROPOLITANA**

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología**

**DEBORA FABIOLA GARBOZO MEZA**

**ALLYSON KEITH RODRIGUEZ UTIA**

**Asesor:**

**David Alberto Lozada Martínez**

**Lima - Perú**

**2018**

## Resumen

El propósito de este estudio fue describir los conocimientos, actitudes y prácticas de Salud Sexual y Reproductiva en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana, para lo cual se desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 224 estudiantes de ambos sexos, de distintas universidades, cuya edad oscilan entre los 17 y 30 años. Para la recolección de datos se utilizó la Escala Salud Sexual y Salud Reproductiva creada por Rodrigo Vargas Ruiz (2007), y una ficha sociodemográfica elaborada por las propias autoras. Los resultados obtenidos fueron que la edad de inicio sexual fluctúa entre los 13 y 23 años tanto para varones como para las mujeres, siendo la edad promedio 16,93 años. Los estudiantes universitarios de Lima Metropolitana poseen un alto nivel en conocimientos de Salud Sexual. Asimismo, tienen actitudes favorables hacia la Salud Sexual y el Uso del Condón y tienen prácticas saludables y seguras en Salud Sexual y VIH/SIDA/ITS. Sin embargo, poseen un nivel medio de conocimientos sobre Salud Reproductiva, VIH/SIDA/ITS y Uso del Condón. En conclusión, no basta con tener conocimientos y actitudes positivas hacia la sexualidad para tener prácticas sexuales saludables, por lo que se sugiere mayores programas de prevención y concientización dirigidos a los adolescentes, jóvenes y con mayor énfasis a los padres de familia.

**Palabras claves:** Conocimiento, actitudes, prácticas, salud sexual, salud reproductiva, vih/sida/its, uso de condón.

## **Abstract**

The purpose of this study was to describe the knowledge, attitudes and practices of Sexual and Reproductive Health in university students of Metropolitan Lima, for which a cross-sectional descriptive study was developed. The sample consisted of 224 students of both sexes, from different universities, whose age ranges between 17 and 30 years. For data collection, the Sexual Health and Reproductive Health Scale created by Rodrigo Vargas Ruiz (2007) was used, as well as a sociodemographic record prepared by the authors themselves. The results obtained were that the age of sexual initiation fluctuates between 13 and 23 years for both men and women, with an average age of 16.93 years. The university students of Metropolitan Lima have a high level of knowledge of Sexual Health- They also have favorable attitudes towards Sexual Health and the Use of Condom and have healthy and safe practices in Sexual Health and HIV / AIDS / STIs. However, they have an average level of knowledge about Reproductive Health, HIV / AIDS / STIs and Condom Use. In conclusion, it is not enough to have knowledge and positive attitudes towards sexuality to have healthy sexual practices, so it is suggested that more prevention and awareness programs are aimed at adolescents, young people and with greater emphasis on parents.

**Keywords:** Knowledge, Attitudes, Practices, Sexual health, Reproductive health, HIV / AIDS / STIs, Condom use.

## Introducción

La sexualidad está presente a lo largo de la vida humana. Ésta comprende al sexo, a la identidad de género, a la orientación sexual, a la intimidad, al placer y a la reproducción misma. Se manifiesta a través de las creencias, deseos, fantasías, prácticas, actitudes y las relaciones con el entorno. Se caracteriza por seguir la línea erótica, la vinculación afectiva, reproductiva y al sexo físico y genético, todas éstas se relacionan con los aspectos anatómicos, fisiológicos, culturales, sociales, emocionales y de conducta (OMS citado en Velásquez, s/f).

Sin embargo, la concepción que tienen la mayoría de las personas, sobre todo los (as) adolescentes y jóvenes, es que la sexualidad se limita al acto sexual. Esta falta de conocimiento genera una gran problemática social debido a la inmadurez y poca preparación que presentan los jóvenes para tener una vida sexual con responsabilidad (Pareja & Sánchez, 2016). Por ello se inician cada vez a edades más tempranas. Así, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, como se citó en el diario RPP, 2017) señala que el inicio a la vida sexual se da entre los 15 y 19 años. Este inicio temprano marcado por inseguridades, miedos, desconocimientos, mitos conlleva a las conductas sexuales riesgosas que se realizan de manera frecuente, dando lugar a los embarazos no deseados e ITS (Mendoza & Olvera, 2013).

Según la OMS (2018) aproximadamente unos 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años, y alrededor de un millón de niñas menores de 15 años son madres cada año, mayormente en países de ingresos económicos medianos y bajos. A nivel mundial, la segunda causa de muerte son las complicaciones durante el embarazo y el parto en las adolescentes de las edades en mención. Asimismo, cada tres millones de dichas adolescentes se someten a abortos peligrosos.

En América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de Salud/OMS, UNICEF y el Fondo de la Población de las Naciones Unidas UNFPA (OPS/OMS, 2018) señala que el índice de embarazos adolescentes continúa siendo la segunda tasa más alta en el mundo, cerca de 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana. Se estima que cada año, en la región, un 15% de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años y 2 millones de niños nacen de madres con edades entre los 15 y los 19 años.

Estos índices no están alejados de la situación actual que se vive en nuestro país. De acuerdo al informe de la UNFPA (citado en RPP, 2017) el 13% de las adolescentes del Perú quedan embarazadas, reportándose a diario cuatro nacimientos de madres menores de 15 años, siendo el 99% de ellas con niveles económicos bajos. Asimismo, desde el 2011 al 2017, el Seguro Integral de Salud (SIS) atendió a 14 325 partos de adolescentes, incluyendo niñas de 10, 11 y 12 años. Así también, durante el 2016 y 2017 se registraron un aumento de los casos de embarazos precoces en 11 regiones de nuestro país. En Lima, por ejemplo, incrementó de 7% a 10%; en Moquegua, de 7% a 9%; en Amazonas de 20% a 24%; en Cajamarca de 17% a 19%; en Ayacucho de 15% a 17%; en Arequipa de 6% a 7%, en Loreto, 30 de cada 100 adolescentes están gestando o ya tuvieron un hijo (RPP, 2018).

Por otro lado, en el Perú, tres de cada diez jóvenes entre los 15 y 24 años utilizan preservativos frecuentemente durante sus relaciones sexuales (Aids Healthcare Foundation citado por Diario UNO, 2018). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del INEI (citado en Sausa, 2018) el método anticonceptivo moderno más usado en el Perú es la inyección (19%), seguido del condón masculino (13,6%), luego del método del ritmo (12,9%), la píldora del día siguiente (8,6%) y el coito interrumpido (8,1%). Ante lo señalado, no es de sorprender que en nuestro país la tasa de embarazos no planificados sea del 52% a comparación con el promedio mundial que es de 40%. Sólo el 54% de las mujeres utilizan los métodos anticonceptivos modernos, los demás continúan con el método natural o simplemente no se cuidan (Sausa, 2018).

Debido al uso reducido o inadecuado del preservativo, las infecciones de transmisión sexual se han incrementado. Según la OMS (2016) estas infecciones causan profundos impactos en la salud sexual y reproductiva a nivel mundial. A diario, más de un millón de personas adquieren una ITS. Anualmente, un aproximado de 357 millones de personas se contagian de alguna de las ITS tales como clamidiasis (131 millones), gonorrea (7,8 millones) y sífilis (5,6 millones) o tricomicidiasis (143 millones).

En Europa se registraron un incremento de casos de VIH (OMS, citado en el diario El Global, 2018). De igual manera, el informe presentado por la UNICEF en Amsterdam, señala que las adolescentes entre 15 y 19 años son más susceptibles a este contagio, siendo una de las causas principales las prácticas sexuales riesgosas que en muchas ocasiones no son deseadas (El Global, 2018).

Asimismo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2018) informó que en el 2017, 36,9 millones de personas vivieron con sida a nivel mundial. Asimismo, cada semana, cerca de 7,000 mujeres entre 15 y 24 años se infectaron con VIH.

Por su parte, el MINSA (como se citó en Fernández, 2018) informa que alrededor de 70.000 personas tienen VIH en el Perú. En Arequipa afecta principalmente a los jóvenes entre 18 a 24 años (Fernández, 2018). Cabe mencionar que, el 75% del total de los casos de VIH a nivel nacional se reportan en Lima y Callao, datos señalados por el coordinador del AIDS Healthcare Foundation (AHF Perú) (Narváez, 2017).

Estas elevadas cifras, son un indicador de que hay un inadecuado comportamiento sexual de los adolescentes y jóvenes. Por ejemplo, los estudiantes universitarios tienen alto riesgo de contraer ITS debido a que suelen tener mayor número de parejas y tener actos sexuales sin usar preservativo en comparación con los jóvenes adultos (Rodríguez, Muños & Sánchez, 2016).

Para comprender mejor dicho comportamiento y realizar un diagnóstico en Lima que ofrezca información de nuestra realidad en cuanto al tema de sexualidad, se plantea realizar un análisis CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) que es el más idóneo para que posteriormente se diseñen, ejecuten y evalúen programas de promoción de la salud (Laza & Sánchez, 2012). Dichas dimensiones serán estudiadas en 4 sub escalas: Salud Sexual, Salud Reproductiva, VIH/SIDA/ITS y Uso del condón.

Los estudios CAP han sido utilizados diversamente en temas de la salud, brindando una enriquecedora información al respecto. En relación al tema de la sexualidad, se realizaron estudios nacionales e internacionales pero que solo abarcan ciertos aspectos de la sexualidad con variables como: embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, salud sexual y salud reproductiva, entre otros. Todo ello de forma independiente. Pero aún no se ha visto de manera conjunta las variables antes mencionadas como se hará en el presente estudio.

Se investigó el CAP frente al VIH en estudiantes universitarios de Nicaragua, donde los resultados muestran que existe un buen conocimiento del tema, actitudes regulares hacia el VIH y prácticas deficientes y riesgosas por parte de los estudiantes (Jiménez, 2016).

En Colombia se estudió los conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes de la cultura Caribe en anticoncepción. Se evidencia que solo 65,6%

conoce los métodos anticonceptivos, pero solamente el 54,7% los usa. El 71,9% piensan que las personas que usan los métodos anticonceptivos son responsables e informadas. El 48,8% piensan que usar anticonceptivos tiene unos efectos secundarios (gordura y esterilidad). El método preferido es el preservativo y la decisión de utilizarlo es tomada por el varón. Estos datos nos dan una visión de que hay ciertas falencias en actitudes y prácticas (Bahamón, Vianchá & Tobos, 2014).

En el plano nacional, se relaciona al CAP con el embarazo en adolescentes en Huancayo. Los resultados indican que hay confusiones en el uso correcto de métodos anticonceptivos y de temas que se relacionan a su sexualidad. El 20%, responsabiliza a la mujer en el proceso de anticoncepción. Más del 35% realiza su investigación personal para enterarse del tema, un pequeño porcentaje conversa con sus padres o docentes sobre sexualidad. Concluyendo así que el conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva es incorrecto, de la misma manera sus actitudes y prácticas son riesgosas (Orihuela, 2016).

También se estudió el CAP frente al VIH y SIDA en mujeres entre 15 y 49 años. Encontrándose que solo el 47.8% de las mujeres poseen un buen nivel de conocimiento sobre las ITS, el 50,7% mostró actitudes positivas hacia esta enfermedad y las personas infectadas, solo el 48,8% evidenció que sus prácticas sexuales son seguras. Se concluye así que los niveles del CAP frente a las ITS de la mujer en el Perú aún tienen que mejorar (Pernaz & Cárcamo, 2015).

Por otro lado, se han estudiado las variables del CAP por separado. Se relaciona a las actitudes y prácticas sexuales de los jóvenes en Argentina. Los resultados muestran un aumento de la aceptación de las minorías sexuales. En base a las prácticas sexuales de los jóvenes, se observa un corrimiento de la edad de inicio hacia edades tempranas. En relación al empleo de métodos anticonceptivos, hay una reducción en el uso del preservativo masculino como método predominante de cuidado, así como un incremento en el empleo de pastillas anticonceptivas. Por último, también aumentó el uso de anticonceptivos de emergencia (Kornblit & Sustas, 2015).

En Lima se encontraron asociadas otras variables con el CAP en la sexualidad. Se reportó que, a mayor uso del preservativo y práctica de la abstinencia sexual, mayor nivel de instrucción. Asimismo, a mayor nivel socioeconómico, corresponde un conocimiento alto y actitudes positivas y prácticas sexuales seguras; y vivir en zonas urbanas se relaciona con un mejor conocimiento y actitudes correctas sobre el tema. Sin embargo, en la selva se reportan mejores conocimientos y prácticas que en Lima. A su vez, se menciona que crecer en Lima, trabajar como empresaria, tener una

carrera profesional o técnica y tener acceso a medios de comunicación se vincula con un conocimiento adecuado, actitudes positivas y prácticas seguras en la sexualidad (Pernáz & Cárcamo, 2015).

Ante el panorama presentado, se crearon programas de intervención que abordan el tema de la sexualidad. Por ejemplo, en la Universidad Nacional de Colombia, como parte del programa de inducción, hay orientación en el tema de salud sexual y reproductiva, poniendo a disposición los programas que ofrece la División de salud estudiantil de la Dirección Nacional de Bienestar de la Universidad (Gómez & Arévalo, 2015).

En nuestro país, también hay proyectos y programas que se orientan en la salud sexual del adolescente, como el programa nacional de salud sexual y reproductiva que sigue los lineamientos de la política nacional del gobierno, y otros proyectos locales de Organismos No Gubernamentales y de Instituciones como salud y educación. Estos programas e instituciones realizan intervenciones en sus áreas y siguen un trabajo organizado previamente. La mayoría de actividades se realizan a nivel local, dejando de lado las zonas rurales donde hay más riesgo para el adolescente (Orihuela, 2016).

En vista a estas alarmantes cifras sobre embarazos precoces, el reducido o mal uso del preservativo e incremento de ITS así como los pocos estudios encontrados en el Perú sobre el CAP en salud sexual y reproductiva en sus cuatro dimensiones, se cree pertinente realizar el presente estudio por la gran importancia que tiene en la sexualidad humana.

Las bases teóricas de este esquema tridimensional (CAP) están principalmente en su interrelación, lo cual conlleva a que se produzca el comportamiento de la persona. Cada elemento está determinado, pero a su vez determina a sus otros dos componentes.

El conocimiento tal y como refiere Pérez (como se citó en Orihuela, 2016) es un conjunto de información que se almacena a través de la experiencia (a posteriori) o mediante la introspección (a priori). Por su parte Avendaño (citado en Orihuela, 2016) lo define como una relación entre sujeto-objeto. El proceso del conocimiento abarca cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (proceso cognoscitivo). Es decir, el conocimiento se inicia a través de los sentidos (percepción sensorial), seguido del entendimiento y finaliza con la razón. Existe dos tipos de conocimiento: Explícito, cuya transmisión es de persona a persona e implícito donde se transmite a partir de las experiencias personales o modelos mentales.

El conocimiento cumple un papel fundamental en el proceso educativo de los adolescentes puesto que la información que va adquiriendo durante su desarrollo ya sea a través de sus padres, maestros, de sus mismas experiencias (fuente directa) o de sus amistades, medios de comunicación, entre otros (fuente indirecta) es almacenada e interiorizada. Por ello, a mayor información de fuentes veraces y confiables que reciben los adolescentes sobre sexualidad, permitirá que al realizar su introspección y exploren su ambiente difieran entre lo bueno y lo malo (Orihuela, 2016).

Es importante saber que el conocimiento es necesario para influir en la actitud, ya que posteriormente ésta será puesta en práctica (Meillier, Lund & Kok citado por Laza & Sánchez, 2012).

La actitud por su parte, es concebida como intermediara entre estímulos externos y las reacciones del individuo (Vargas, 2007). En otras palabras, las actitudes dirigen nuestra atención hacia una dimensión en particular e influyen en las interpretaciones del mismo.

Algunas características básicas de las actitudes son: a) es un constructo o variable no observable directamente; b) implica una organización, es decir, una triple relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos; c) tiene un papel motivacional que influye en la percepción y el pensamiento; d) tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado; e) es perdurable; y, f) es aprendida (Vallerand citado en Ubillos, Mayordomo & Páez, 2014). Por ejemplo, la actitud de los jóvenes hacia la sexualidad como el uso de preservativos y prevención de las ITS varían según sus creencias religiosas, su nivel cultural, las relaciones afectivas con sus padres y su edad (Mendoza & Olvera, 2013).

Entonces, al ser la actitud un estado interno, ésta se genera debido a la asociación de los procesos tanto físicos como psicológicos, tal como el proceso cognitivo de categorización, a través del cual el objeto actitudinal adquiere un significado evaluativo. A dicho conocimiento se le conoce como el componente cognoscitivo. A su vez, se involucran dos factores, la realidad y el previo conocimiento que posee la persona. Es así que las personas interaccionan con su medio a partir de información previamente adquirida, percibiendo el objeto de una manera determinada y construyendo esquemas cognoscitivos (Vargas, 2007).

Tal y como refiere Campos (como se citó en Vargas, 2007) a partir de los esquemas cognoscitivos, se procede a realizar un proceso de codificación cognoscitiva, lo cual significa captar el significado de algo aplicando un esquema o

categoría. Para aplicar la categoría, se relacionarán conceptos que darán lugar al conocimiento hacia el objeto de la actitud.

Por otro lado, no siempre es factible construir esquemas cognoscitivos claros, esto se debe a la carencia de información, interrupción de otros elementos o la dificultad de la categoría cognoscitiva. Pese a ello, no es imposible que un individuo conserve una tendencia evaluativa ya sea a favor o no del objeto de la actitud. De esta manera, existen procesos conductuales que determinan tal actitud, como son las prácticas (Vargas, 2007).

Las prácticas son la parte objetiva de las actitudes y el conocimiento que se expresa por medio de la acción del individuo sobre su objeto actitudinal. Así, al repetir ciertas prácticas se estará influyendo en las actitudes y en los procesos cognoscitivos. En este sentido, las prácticas influyen sobre nuestro conocimiento al enseñarnos el modo de hacer algo. Al mismo tiempo, las actitudes que se han adquirido previamente, pueden facilitar o complicar los procesos que ayudan al componente conductual y al cognoscitivo a generar nuevas actitudes, influyendo sobre las personas y su disposición o indisposición para llevar a cabo ciertas prácticas o incluso sobre sus apreciaciones durante el proceso de estas (Vargas, 2007).

Es así que, las prácticas sexuales se definen como patrones sexuales que presentan las personas o la misma sociedad. El significado ya sea positivo o negativo de dichos patrones será en base a las consecuencias que acarrearán al grupo social. Por ejemplo, el alto porcentaje de actividad sexual y comportamientos riesgosos en los adolescentes y jóvenes pueden ocasionar problemas para la salud reproductiva tales como embarazos precoces, aborto inducido e ITS (Ospina & Manrique, 2007; Santín et al., 2003 citado en Bahamón et al., 2014). La práctica sexual es un hecho construido y compartido socialmente que va más allá de conocer sobre métodos de protección y etapas del desarrollo de los jóvenes. El ejercicio de la sexualidad mediante el acto sexual connota un sentido más amplio para los jóvenes, desde el relacionarse y vincularse en un grupo social como también el expresar su sexualidad en función a sus experiencias personales y familiares (Gonzales, citado en Bahamón et al., 2014). Las prácticas sexuales están enmarcadas por el contexto cultural que abarca tanto el conocimiento científico como el conocimiento tradicional (Bahamón et al., 2014). Según la Fundación de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (2014), cada persona experimenta de diferentes maneras su vida sexual, pero muchas de ellas son consideradas riesgosas ya que perjudican su salud, y éstas son: Inicio precoz a la vida sexual, acto sexual bajo el efecto de alcohol o droga, coito

sin protección, frecuentes cambios de parejas sexuales y el uso de juguetes sexuales sin la adecuada limpieza.

Según el MINSA (2013) la salud sexual es el completo bienestar físico, mental y social de los individuos en los aspectos sexuales y reproductivos. Consiste en la capacidad de disfrutar una vida sexual placentera y segura sin la obligación de procrear. Es así que sólo se puede tener una salud sexual plena y satisfactoria cuando los derechos sexuales se reconocen, se respetan, y se garantizan. A pesar de que la sexualidad y la reproducción están íntimamente relacionadas, son conceptos diferentes. Desde un inicio, se asoció la sexualidad a la reproducción, de tal forma que pareciera no concebirse la una sin la otra. Sin embargo, es posible llevar una sexualidad plena sin reproducirse, de igual forma que se puede recurrir a métodos de reproducción sin tener actividad sexual (Profamilia, 2015).

Por su lado, la salud reproductiva se refiere a la capacidad de tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para reproducirse y también, tener la plena libertad de decidir con quién, dónde y cuándo hacerlo. De esta manera, la atención en salud reproductiva implica una serie de actividades y servicios que comprenden la educación, de forma que las personas puedan tener conocimiento de cómo funcionan sus cuerpos. También está el acceso a información sobre métodos de planificación que sean eficaces, seguros y asequibles, así como el acceso a servicios de salud que permitan mantener el sistema reproductivo sano; embarazos y partos sin riesgo alguno en caso de así desearlo (Profamilia, 2015).

Así que, para tener una salud sexual y reproductiva sana y placentera, es necesario conocer los derechos que poseen las personas en cada caso. Estos, son los mismos derechos humanos vistos desde una perspectiva de la sexualidad y reproducción.

Como menciona la guía temática sobre salud sexual y reproductiva, Profamilia (2015), desde una perspectiva de género, el sexo y el género condicionan el acceso de las mujeres a la Salud sexual y reproductiva. Estos servicios ayudan a la mujer a planificar cuándo y cuántos hijos desean tener, minimizar riesgos de mortalidad y morbilidad materna, prevenir y tratar las ITS, y ayudar a que mujeres con complicaciones reproductivas, o aquellas que no tienen pareja, pueda concebir. Sin duda alguna, estas políticas han estado destinadas básicamente a las mujeres. Sin embargo, cada vez se tiene más conciencia acerca del rol que cumplen los hombres en este tema, ya que la manera como el varón lleve su vida sexual y reproductiva tendrá repercusiones sobre su pareja y familia. Como bien se sabe, la fuerza, valor y energía de un hombre usualmente se mide por el número de conquistas sexuales, la

cantidad de hijos y sobre todo en la adolescencia, los jóvenes se ven presionados por la iniciación de la vida sexual ya que esta es vista como signo de valor; por este motivo los hombres suelen iniciar su vida sexual antes que las mujeres, tal y como sucede en América Latina. En muchas ocasiones, los hombres tienden a estar mal informados sobre sexualidad y reproducción, pero se limitan a buscar información por temor a parecer inexpertos. Por esta razón, se busca sensibilizar a los hombres acerca de su salud sexual y reproductiva, buscando así que tanto mujeres como hombres tomen decisiones por mutuo acuerdo en aspectos relacionados a su sexualidad y reproducción.

Con respecto a las ITS, éstas son un conjunto de infecciones que se contagian a través de la práctica sexual cuya causa pueden ser virus, hongos o bacterias que se propagan por la vagina, uretra, boca y ano. Las formas de transmisión son: Práctica sexual sin protección con una persona infectada; transfusión de sangre contaminada; uso de agujas o instrumentos punzocortantes infectados y de madre a hijo durante el periodo perinatal.

En relación al VIH, cuyas siglas significan “Virus de la Inmunodeficiencia Humana”, según la ONUSIDA (2008), es un retrovirus que ataca principalmente a las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes claves del sistema inmunológico, provocando un deterioro progresivo en su funcionamiento. Ante esta deficiencia del sistema inmunitario, le imposibilita combatir a las enfermedades, por lo que estas personas tienden a ser vulnerables a diversas infecciones. Cabe mencionar que, los síntomas no se manifiestan inmediatamente después de haberse contagiado del virus, por ello es importante realizarse pruebas con el fin de detectar anticuerpos del VIH o el mismo VIH. El SIDA por su parte, “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” es el resultado de la infección por el VIH en la etapa más avanzada, donde se manifiesta más de 20 infecciones oportunistas o cánceres. El lapso de tiempo que transcurre desde que la persona contrae VIH hasta que le diagnostiquen SIDA, es de 10 a 15 años; por tal razón, es recomendable recibir tratamiento a tiempo.

En cuanto al uso del condón, éste es llamado también preservativo y existen condones masculinos y femeninos. Los condones masculinos son barreras altamente efectivas contra el embarazo y algunas ITS. Los únicos condones que evitan la transmisión del VIH son los que están elaborados con látex y poliuretano. Estos últimos son una buena alternativa para los alérgicos al látex y para evitar adquirir el VIH; sin embargo, no se ha demostrado aún su eficacia en la parte práctica. El condón femenino es una nueva propuesta para proteger a la mujer de ITS. Éste es

un condón de poliuretano que se introduce a la vagina (Jiménez, 2016). Para conservar al condón en buen estado, se debe guardar en lugares frescos y secos, evitar exponerlo al calor o a la luz fluorescente, evitar llevarlo en la cartera o bolsillo del pantalón, así como también, alejarlo de los objetos punzocortantes o llaves. Las ventajas del uso correcto del condón es que se puede obtener y utilizar fácilmente, no requiere de una receta médica, es barato y fácil de llevar, evita embarazos y como se mencionó, es el único método que protege de las ITS.

Ahora bien, la Teoría del Comportamiento Planificado propuesto por Ajzen y Madden (citado por Martín, Martínez & Rojas, 2011) es uno de los modelos teóricos psicosociales más utilizados para estudiar la conducta debido a su gran apoyo empírico con el que cuenta. La teoría se basa en que la conducta del ser humano es voluntaria y está determinada por la intención conductual, la cual constituye tres procesos principales: actitudes sociales, norma subjetiva y control conductual percibido. Las actitudes comprenden los sentimientos positivos o negativos hacia la ejecución de una conducta preventiva y la percepción de apoyo social que se tenga. Así también, dependerá de la percepción de las consecuencias. Con respecto a las normas subjetivas, se refiere a la influencia social para realizar determinada conducta. En cuanto al control conductual percibido, refleja las creencias de las personas sobre los recursos (capacidad) u oportunidades (tiempo, dinero, apoyo social) que posee para realizar una conducta determinada, en este caso preventiva.

Aplicar este modelo en la prevención de las ITS y embarazos precoces consiste en valorar positivamente el uso del condón y tener expectativas favorables sobre los beneficios que se puede obtener al usarlo, y también, tener en cuenta si las personas de su entorno inmediato (familiares, amistades, etc) valoran positivamente el uso del condón y lo utilizan, ya que con esto la intención de utilizar condón será reforzada. Analizándolo desde el control conductual percibido, éste consiste en cuan capaz se percibe la persona de utilizar preservativo y qué tanta habilidad tiene para negociar el uso del mismo, o para colocarle a su pareja (posiblemente tiene o no experiencia para usar correctamente el condón), y en qué situaciones tiene la oportunidad de utilizarlo, ya que puede considerarse como un obstáculo para su actividad sexual porque le disminuye el placer o porque es costoso, le puede llevar tiempo ponérselo o le parece una pérdida tiempo el ir a comprarlo.

Las variables mencionadas no han sido estudiadas aún en el campo de la investigación; sin embargo, se han realizado diversos estudios, en su mayoría internacionales, que arrojan datos interesantes a tomar en cuenta.

Por ejemplo, Reis, Ramiro, Gaspar y Alves (2013) realizaron un estudio en Portugal con el objetivo de evaluar comportamientos, conocimientos, actitudes y habilidades sexuales sobre los métodos anticonceptivos y las ITS. La muestra estuvo constituida por 3278 universitarios de ambos sexos entre los 18 y 35 años matriculados en el periodo del 2009/2010. El comportamiento sexual se evaluó a través de los siguientes comportamientos: sobre la primera relación sexual, sobre el método anticonceptivo generalmente usado; y el grado de comportamiento de riesgo sexual. El conocimiento sexual se evaluó en base a 14 ítems y 21 ítems acerca del conocimiento sobre ITS desarrollados por los investigadores del presente estudio. Se utilizó también la Escala de actitudes sobre Métodos Anticonceptivos (11 ítems) y las actitudes hacia las ITS mediante el uso de 27 ítems seleccionados de la Escala de Actitudes STD. Las habilidades de autoeficacia relacionadas con un comportamiento sexual más seguro fueron evaluadas mediante el uso de nueve ítems seleccionados del Creencias de comportamiento de riesgo sexual y escalas de autoeficacia la versión portuguesa (Matos, Reis, Ramiro & Equipa Aventura Social citado en Reis et al., 2013). Los resultados arrojaron que la mayoría de los participantes eran sexualmente activos y utilizaban preservativos y anticonceptivos orales. Asimismo, los estudiantes mostraron tener conocimiento elevado, actitudes positivas y habilidades sobre métodos anticonceptivos e ITS. Sin embargo, en el análisis de género, las mujeres mostraron tener mayor conocimiento, actitudes más favorables y mejores habilidades.

De la misma manera, Martínez, Vianchá y Uribe (2015) realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en Colombia con el objetivo de caracterizar las prácticas sexuales y el uso del condón en jóvenes. La muestra estuvo constituida por 587 estudiantes pertenecientes a 3 ciudades (Tunja, Duitama y Sogamoso) del departamento de Boyacá, siendo el 44% varones y el 56% mujeres. El instrumento utilizado fue el autoreporte de Uribe (2012) que consta de 102 ítems, las cuales evalúan las conductas y prácticas sexuales, así como asertividad sexual, sumisión sexual, percepción del riesgo y uso del condón y el enamoramiento. Los resultados muestran respecto a las prácticas sexuales que, el 37.1% refieren haber tenido actividad sexual y el 73% manifiestan no haber tenido experiencia sexual. Además, el inicio a la vida sexual en las mujeres fue entre los 14.8 años (49%) y en los varones fue entre los 13.9 años (51%). Asimismo, el 72% de los estudiantes manifestaron no haber utilizado condón en su primera experiencia sexual. En referencia a las conductas sexuales, se preguntó el momento en que usan el condón, el 76% de varones y 75% de mujeres reportan que lo hacen antes de la penetración y el 17%

varones y 12% mujeres lo utilizan solo para eyacular. Cabe mencionar que el 15% de mujeres reconocen no haber utilizado condón a pesar de ser sexualmente activas. Los varones aceptan haber tenido en promedio 4 parejas sexuales y las mujeres 2; asimismo, los varones tienen un mayor número de parejas ocasionales a comparación de las mujeres. Así también, hay un mayor porcentaje de iniciativa para el uso del condón tanto en varones (58%) como en mujeres (66,7%). Por otro lado, existen correlaciones positivas entre usar condón con la pareja sexual regular y con las ocasionales ( $r=483$ , significancia 0.01). De igual manera, correlación significativa en la actitud favorable para el uso del condón en la actividad sexual ( $R=236$ ). Por otra parte, los jóvenes que aún no iniciaron su vida sexual, en primer lugar, se deben a que no están preparadas, segundo, porque no han querido o no se ha dado la oportunidad y tercero, porque no han tenido pareja. En cuanto a las prácticas de riesgo, se consideraron la no utilización del condón con pareja ocasional y al consumo de alcohol o sustancias psicoactivas durante la actividad sexual. Aquí se muestra que las mujeres tienden a no utilizar condón en su práctica sexual con pareja ocasional en menor medida que los varones. Sin embargo, no se han hallado consumo de alcohol ni droga en sus relaciones sexuales, resultados que dudan los autores. En cuanto a la adecuada asertividad sexual y sumisión sexual los varones muestran mayor porcentaje que las mujeres. En referente a la percepción de riesgo, son las mujeres quienes tienen mayor porcentaje. Por último, tanto varones como mujeres aceptan el uso del condón. En definitiva, estos resultados proporcionan una rica información de referencia para nuestra investigación.

En el 2016, Jiménez identificó en Nicaragua, por medio de una investigación descriptiva de corte transversal, los conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH en estudiantes de quinto año de Medicina de Universidad Católica. La muestra fue de 51 estudiantes de ambos sexos. Se empleó una entrevista estructurada. Los resultados muestran que hay inexactitudes en conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH por parte de los estudiantes, esto debido a que el 77% tuvo buenos conocimientos, el 60% actitudes regulares y el 59% tiene prácticas deficientes ante el riesgo de transmisión del VIH.

En el 2017, Ordoñez, Real, Gallardo, Alvarado y Roby hicieron una investigación que tenía como objetivo principal estudiar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y la relación con su comportamiento sexual. La muestra fueron 140 estudiantes de las escuelas de enfermería y obstetricia de 18 a 25 años de la Universidad Técnica de Babahoyo. Fue un estudio no experimental, descriptivo, comparativo. Se utilizó un cuestionario validado del Proyecto Integrado: La salud

sexual y la salud reproductiva de la población estudiantil de la Universidad Nacional. Los resultados evidencian que los estudiantes creen que el sexo es un mito. Se suele confundir sexo con sexualidad. La mayoría de los estudiantes poseen niveles de conocimientos y comportamientos medios bajos en las cuatro dimensiones de la encuesta realizada. Se concluye que se debe mejorar el nivel de conocimiento de la salud sexual y reproductiva, sexualidad, sexo seguro y el VIH/SIDA, ya que pueden tomar actitudes que llevan a prácticas y conductas sexuales riesgosas.

Así también, Ramírez, Crespo, De la Hoz Herrera y Alcocer (2017) realizaron un estudio descriptivo transversal en Colombia con la finalidad de describir el nivel de conocimientos, tipo de actitud y prácticas de los estudiantes de un programa de medicina sobre el VIH/SIDA de la ciudad de Barranquilla. La muestra estuvo constituida por 185 estudiantes de medicina a quienes se le aplicaron el Cuestionario CAP (Conocimiento, Actitudes y Prácticas) sobre VIH/SIDA del IPPF (International Planned Parenthood Federation). Cabe resaltar que se tomaron en cuenta las variables sociodemográficas. Los resultados muestran que no hay diferencias de género significativas en cuánto conocimiento, actitudes y prácticas, pero sí relacionado al tratamiento, la prevención y la postura frente a la atención de los pacientes. El nivel del CAP es aceptable, pero deben mejorarse aspectos relacionados con la promoción de la salud para mejorar actitudes y prácticas frente a los pacientes y la enfermedad.

A nivel nacional, Orihuela (2016) investigó en un estudio mixto, no experimental del tipo descriptivo, prospectivo y transversal acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH en estudiantes. La muestra estuvo constituida por 230 estudiantes de ambos sexos pertenecientes al cuarto y quinto grado de secundaria de dos instituciones educativas público y privado de la ciudad de Huancayo, a quienes se les aplicó encuestas, 2 focus group. Asimismo, hicieron entrevistas a docentes, personal de salud y autoridades de sector salud y educación. La finalidad del estudio fue explorar el conocimiento, actitudes y prácticas sobre sexualidad que está vinculado al embarazo en adolescentes. De acuerdo a los hallazgos, los adolescentes reportan bastante confusión en el uso correcto de métodos anticonceptivos y aspectos asociados a su sexualidad. El 20% responsabiliza a la mujer en el proceso de anticoncepción. En relación a la vida sexual del adolescente, más del 69% de adolescentes tiene o ha tenido enamorada (o), de este porcentaje más de la mitad ya se inició sexualmente, siendo la edad promedio de 14.6 años, el 21% de ellos no usó ningún método anticonceptivo en su primera relación coital. De la misma manera, los adolescentes mostraron una actitud positiva e interesada de

participar del proceso de educación sexual y reproductiva, más del 35% realiza su investigación personal para enterarse del tema, un bajo porcentaje habla sobre el tema con sus apoderados o maestros (as). Finalmente, se evidencia una relación indirecta significativa entre el embarazo adolescente y el inadecuado nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, actitudes y prácticas en los adolescentes.

De igual forma, Villanueva (2018) realizó en el Perú un estudio descriptivo con el fin de describir las características, conocimientos y actitudes en los estudiantes de dos instituciones educativas superiores sobre sexualidad en la ciudad de Chiclayo. Los participantes fueron 332 estudiantes entre los 19 años. Se utilizó un cuestionario de 36 preguntas cuya validez fue por el investigador. Los resultados arrojaron que el nivel de conocimiento fue mayormente medio en ambas instituciones (57.4% en la institución privada y 65.1% en la institución estatal), los estudiantes de ambas instituciones presentan actitudes positivas (85,1% en la institución privada y 73,2% en la institución estatal), la edad de iniciación sexual fue entre los 16 y 17 años. En conclusión, existe un mayor conocimiento sexual en los estudiantes de la institución privada y es el preservativo el método anticonceptivo más usado.

Por su parte, Pernaz y Cárcamo (2015) llevaron a cabo una investigación en el Perú con el objetivo de establecer el nivel de conocimientos, actitudes adecuadas y prácticas sexuales seguras frente a la infección por VIH y SIDA, de mujeres entre 15 y 49 años. Se empleó la base de datos de la Encuesta Nacional Demográfica en Salud Familiar (ENDES) continua 2004–2007. Los resultados finales encuentran que el 47.8% de las mujeres poseen un buen nivel de conocimiento sobre las ITS (incluida la infección por VIH), el 50,7% mostró actitudes positivas en relación a la enfermedad y hacia las personas afectadas. El 48,8% mantiene dichas actitudes hacia el ejercicio de prácticas sexuales seguras. Se concluye así que los niveles del CAP frente a las ITS de la mujer no son adecuados.

Rodríguez, Muñoz y Sánchez (2016) se plantearon conocer los conocimientos y actitudes sobre sexualidad en los adolescentes de primer grado en Educación de la Universidad de Jaén. Los datos fueron recopilados por medio de un cuestionario anónimo y voluntario, el cual fue aplicado a 151 estudiantes universitarios. Los resultados obtenidos permiten ver que 118 de ellos manifiestan haber mantenido relaciones sexuales con penetración, existiendo diferencias significativas entre chicas y chicos ( $p=.034$ ), en la masturbación, el 96% de los hombres la práctica frente al 19% de las mujeres. Así mismo, son las mujeres las que practican más el fellatio y son los varones los que presentan mayor consumo de alcohol previo al coito y son

los que mayor número de parejas sexuales han tenido. Por último, son las chicas las que identifican en mayor proporción el papiloma como ITS y el 27,7% del total conocen el doble método anticonceptivo.

En un estudio mixto realizado en el Perú en el 2017 por Carmona, Beltrán, Calderón, Piazza y Chávez, con la finalidad de contextualizar el inicio sexual y las barreras individuales hacia el uso de anticonceptivos cuya muestra estuvo constituido por adolescentes entre los 18 y 19 años, 33 mujeres y 23 varones, con conocimiento adecuados sobre anticoncepción e ITS, que pertenecen a ciudades con altas tasas de embarazos como son Iquitos, Ayacucho y Lima, a quienes se les aplicaron dos encuestas para la recolección de información. Los resultados mostraron que la edad de inicio a la vida sexual fue entre los 14 y 16 años, los principales motivos de esta iniciación en las mujeres fueron por presión de pareja o porque sus amistades ya lo hicieron, y en los varones fueron por deseo sexual. Asimismo, la persona con quien se iniciaron sexualmente fue en las mujeres, su enamorado y en los varones, una pareja ocasional. Las barreras individuales encontradas fueron la estabilidad de la pareja, la responsabilidad de la mujer al usar anticonceptivos, la limitada capacidad de negociación y temor al abandono del varón por exigir su uso, además de la reducción de la sensibilidad sexual generada por el uso del condón. En conclusión, dichas barreras limitan el empleo de métodos anticonceptivos, por lo que las autoras sugieren de desarrollar estrategias específicas para fortalecer las habilidades interpersonales del adolescente.

Como bien se puede notar, el inicio a la vida sexual se da a edades tempranas cuyas consecuencias son las alarmantes cifras de ITS y maternidad precoz (13.4% de adolescentes, de 15 a 19 años, fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez en aquel año) (INEI citado en el diario Perú 21, 2018). En la mayoría de los casos, los adolescentes tienen conocimientos preventivos; sin embargo, aun así, se niegan a utilizar los métodos anticonceptivos y la razón principal, en concordancia con los hallazgos del estudio de Carmona et.al. (2017), se debe a la limitada capacidad de negociar. Así, existe evidencia empírica que señala que la negociación de preservativo en varios casos depende de la disposición o no de los varones a utilizarlo, por ello, las mujeres no siempre pueden decidir cómo cuidarse de un embarazo no planificado o de una ITS; este hecho está fuertemente influenciado por el medio social y cultural en el que se desarrollen las personas (Bay-Cheng & Arras, citado por Patiño, 2018). Asimismo, en la cultura latina, el machismo influye en los comportamientos sexuales de riesgo y en el uso del preservativo, por lo que la virilidad de los varones está fuertemente asociado a la procreación y al sexo sin

protección, lo que afirma el control de los hombres sobre los encuentros sexuales, incluyendo la toma de decisión sobre el uso de condón (Sartre et.al. 2014, citado en Patiño 2018).

Por tanto, para contribuir a reducir estas cifras es necesario desarrollar la capacidad de negociar, siendo una de las dimensiones del asertividad sexual; teniendo así relación con los comportamientos sexuales saludables. El ser asertivos sexualmente nos permite ser libres de tomar las decisiones sobre nuestra sexualidad, de tal manera, que se cumplan nuestros derechos sexuales y reproductivos.

Blanc et al., (2012) mencionan en una de sus investigaciones derechos relevantes de la persona como son: ejercer la sexualidad independientemente de la reproducción, buscar afecto y relación sexual, ser libre en la intimidad, sentir placer sexual relacionado a la ternura, afecto y amor, conocer y amar el cuerpo y los genitales.

Es así que es importante obtener cierto grado de conocimiento sexual; es decir, saber sobre nuestro propio cuerpo de manera que podamos expresar lo que deseamos hacer en el momento del acto sexual y así también conocer sobre los métodos anticonceptivos y las consecuencias que trae la irresponsabilidad en este ámbito, dejando de lado aquellos mitos o creencias falsas que han sido impartidas a través de los años y así, tener una actitud sexual favorable y unas prácticas sexuales saludables.

Por lo expuesto en líneas anteriores se cree pertinente investigar ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de Salud Sexual y Reproductiva en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana?

- **Objetivo general**

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de Salud Sexual, Salud Reproductiva, VIH/SIDA/ITS y Uso de Condón en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.

- **Objetivos específicos**

- Determinar la confiabilidad de la Escala de Salud Sexual y Reproductiva.
- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la dimensión Salud Sexual en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.
- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la dimensión Salud Reproductiva en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.
- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la dimensión VIH/SIDA/ITS en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.
- Describir los conocimientos, actitudes y prácticas de la dimensión Uso de Condón en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.
- Analizar las respuestas a los ítems de cada dimensión en las sub-escalas de Salud Sexual, Salud Reproductiva, VIH/SIDA/ITS y Uso del Condón.

## **Método**

### **Tipo y diseño de investigación**

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) el estudio descriptivo tiene como finalidad medir o recolectar información de forma independiente o conjunta sobre las variables a las que se pretende analizar.

Para este estudio se utilizará una investigación de alcance descriptivo, ya que se busca describir a los estudiantes universitarios de acuerdo a la Escala CAP en Salud Sexual y Reproductiva.

Respecto al diseño de investigación, éste es de tipo no experimental ya que no se manipula ninguna variable de estudio, observándose así el comportamiento de las mismas en su contexto natural.

Cabe recalcar que este diseño se basa en la temporalización de la investigación, por eso es transversal. El método transversal implica la recolección de datos en un momento y tiempo determinado para la descripción de variables. En este caso, se aplicará en un solo momento el instrumento Escala CAP de Salud Sexual y Reproductiva en los estudiantes universitarios de Lima Metropolitana y luego se describirán los resultados.

### **Participantes**

La presente investigación utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia ya que los participantes debían cumplir con ciertos criterios específicos (Hernández et al., 2014). De la misma manera se empleó las técnicas de sujetos voluntarios, donde se convocó a personas especificando las características necesarias para participar de la investigación con el propósito de que lo hagan por su propia voluntad y no se sientan obligados o comprometidos si es que no tienen la intención; y la técnica de bola de nieve, ya que los participantes seleccionados previamente, pueden tener fácil acceso a la muestra que se necesita debido a los círculos sociales que frecuentan.

La muestra de la investigación inicialmente estuvo constituida por 290 participantes; sin embargo, por motivos de falsedad de respuestas y algunos ítems sin contestar, se redujo a 224, los cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

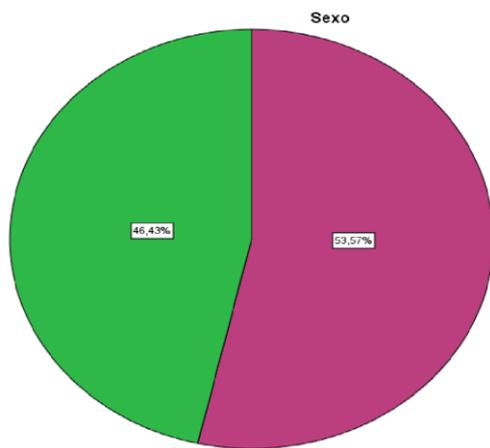
- Ser estudiantes de universidades de Lima Metropolitana matriculados actualmente en un ciclo académico.
- Haberse iniciado sexualmente.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes universitarios que dejaron la universidad por un tiempo.
- No haberse iniciado sexualmente.

En la figura 1 se presenta los participantes según sexo expresados en porcentajes. Se contó con un total de 224 personas de ambos sexos.

Específicamente 53.57% fueron mujeres (120) y 45.43 fueron hombres (104).



*Figura 1. Participantes según sexo*

En la figura 2 se muestra el rango de edades de los participantes de la muestra, oscilando entre los 17 y 30 años de edad. Se observa mayor población en la edad de 21 años (21.6%) y menor población en los 30 años (0.9%). Siendo de esta manera el promedio de edad los 21 años.

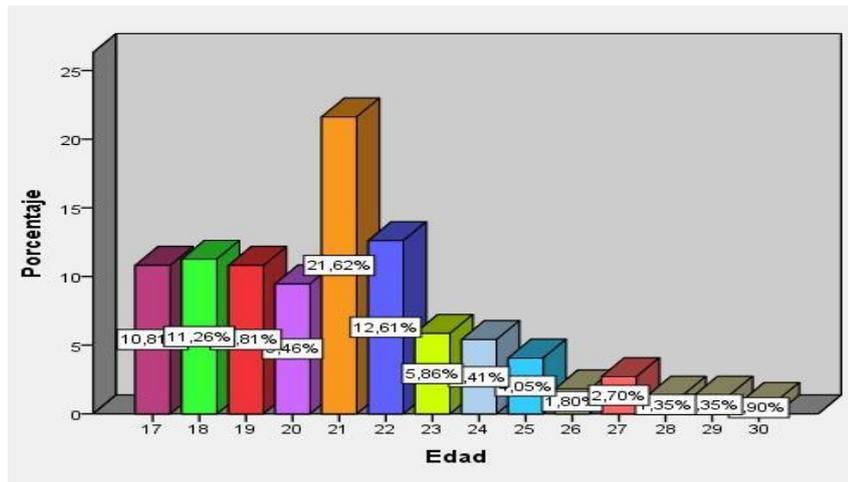


Figura 2. Edades de los participantes

Los participantes fueron estudiantes de 21 universidades de Lima Metropolitana, de los cuales el 89,7% pertenecen al sector privado y el 10,3% al sector público. (Tabla 1).

Tabla 1

*Universidades privadas y públicas*

Universidad	Frecuencia	Porcentaje
Privada	201	89,7
Pública	23	10,3
Total	224	100,0

Como se observa en la figura 3, la mayoría (54.02%) de los estudiantes pertenece a la religión católica y solo el 0.89% eran mormones. El 25% de los participantes no respondieron a esta pregunta. Así también se incluyen dentro de otras religiones a personas de la religión anticlerical, adventista, budista, testigo de jehová y pentecostales, teniendo 1 participante cada una.

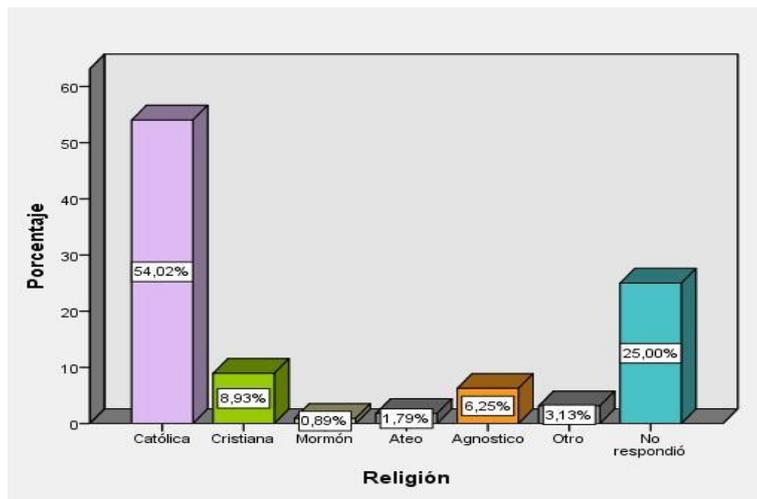


Figura 3. Religión a la que pertenecen los participantes

En la siguiente figura se muestran 4 grupos de orientación sexual con los que se identificaron los estudiantes. Siendo la mayoría heterosexuales (89.73%).

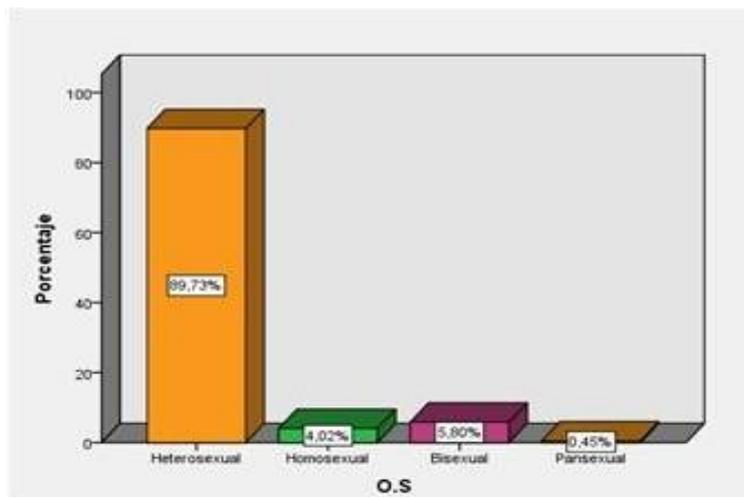


Figura 4. Orientación sexual de los participantes

En el gráfico 5, se muestra que, de un total de 224 participantes, el 49,11% tiene pareja (meses de relación) y el 50,45% están solteros (as).

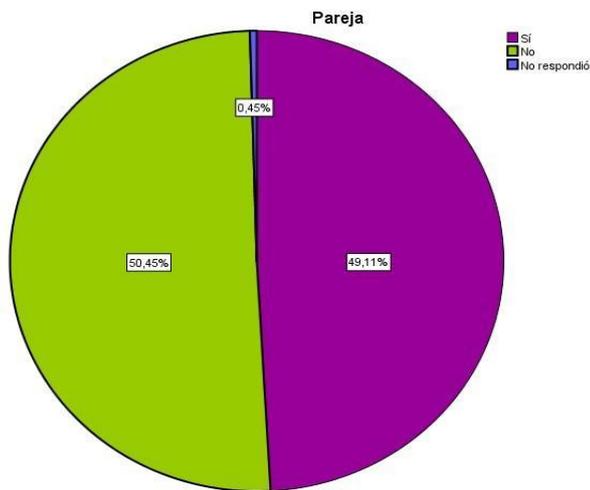


Figura 5. Pareja

En la figura 6, se observa que de un total de 224 participantes, el 73,66% tienen una vida sexual activa mientras que el 26,36% no son sexualmente activos, pero si han iniciado su actividad sexual.

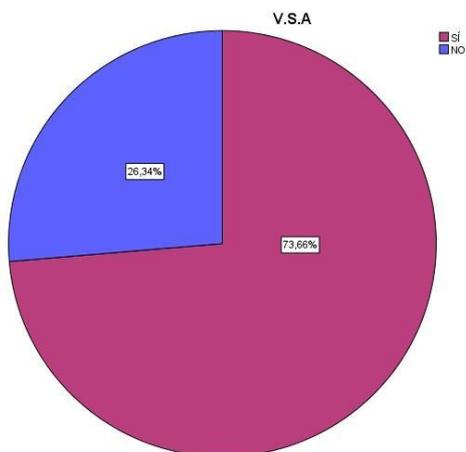


Figura 6. Vida sexual activa de los participantes.

En la figura 7, se observa que el método anticonceptivo más utilizado por los participantes es el preservativo (45.98%), seguido del método natural (32.59%), hormonal (20.98%) y por último, quirúrgico (0.45%).

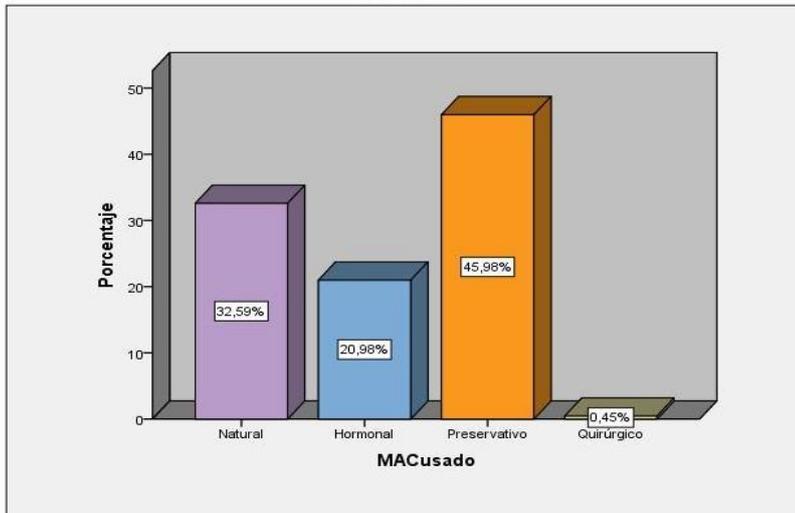


Figura 7. Métodos anticonceptivos que utilizan los participantes

En la figura 8, se muestra que la edad de inicio a la vida sexual de los participantes oscila entre los 13 y 23 años tanto para varones como para las mujeres. Siendo la edad promedio 16,93 años.

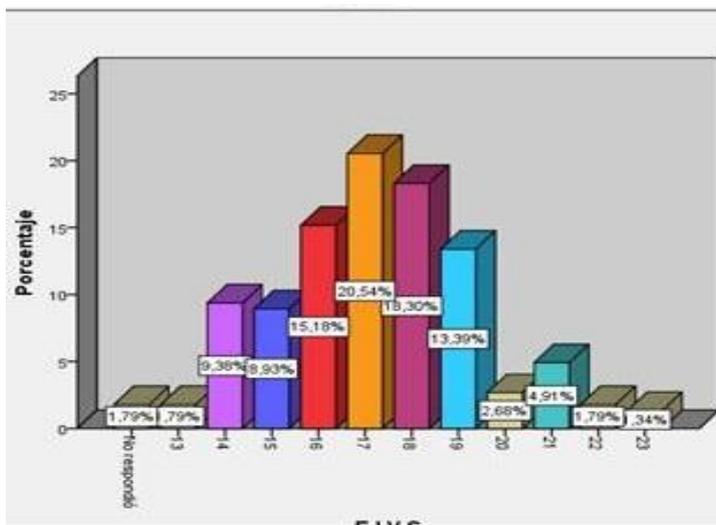


Figura 8. Edad de inicio a la vida sexual de los participantes

Asimismo, en las mujeres se observa que el debut sexual fue en mayor proporción a los 18 años (25.0%), 17 años (20.8%) y 19 años (18.3%). Mientras que en los varones fue a los 17 años (20.2%), 16 años (19.2%) y 14 años (17.3%).

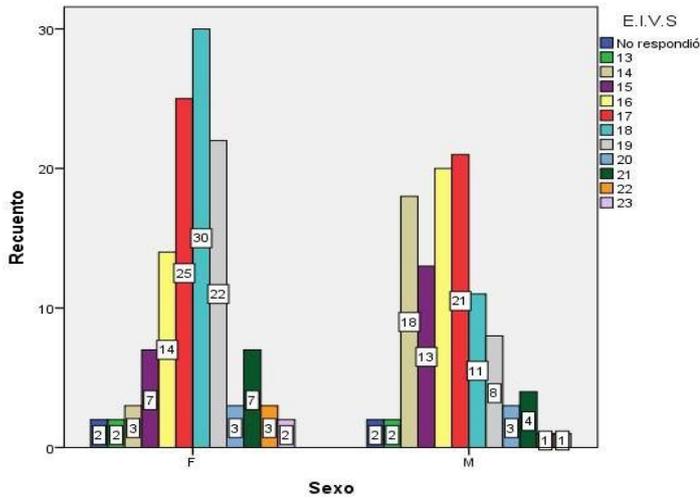


Figura 9. Edad de inicio de la vida sexual de los participantes según sexo

En la figura 10, se observa que el método anticonceptivo más utilizado por los participantes en su primera actividad sexual es el preservativo (49.55%). Asimismo, el 43.75% mencionan que no utilizaron ningún método; y el 6.70% indican que utilizaron la pastilla de emergencia.

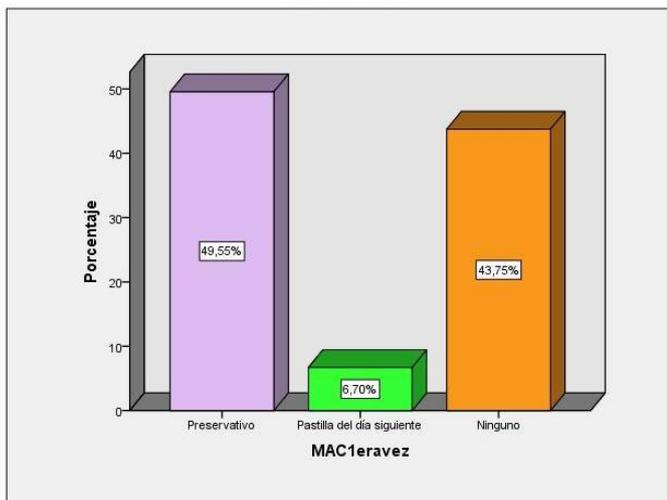


Figura 10. Métodos anticonceptivos utilizados por los participantes en su primera actividad sexual.

## Instrumento de investigación

Inicialmente se utilizó una ficha socio demográfica anónima elaborada por las autoras de la presente investigación, cuyas preguntas estaban enfocadas en algunos datos personales como sexo, edad, religión, universidad y carrera. De la misma manera se colocaron preguntas referentes a su vida sexual como si tiene o no pareja, edad de inicio de relaciones coitales, métodos anticonceptivos usados y su orientación sexual.

El instrumento que se empleó para la recolección de datos del CAP fue una escala psicométrica creada por Rodrigo Vargas Ruiz (2007). El instrumento tiene su origen en Costa Rica y su objetivo es medir conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. La escala se divide en 4 dimensiones: escala de salud sexual (30 ítems), escala de salud reproductiva (21 ítems), escala VIH/SIDA/ITS (31 ítems) y la escala del uso del condón (28 ítems). Cada escala posee la categoría de conocimientos, actitudes y prácticas. Teniendo así un total de 110 ítems.

El tipo de respuesta en este instrumento es Likert, pero varía dependiendo de lo que se mida, así tenemos:

- Conocimientos: 1 = Cierto, 2 = Falso, 8 = No sabe.
- Actitudes: 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = En desacuerdo, 5 = Totalmente en desacuerdo.
- Prácticas: 1 = Siempre, 2 = Casi siempre, 3 = A veces, 4 = Casi nunca, 5 = Nunca; o 1 = Sí, 2 = No.

Para la calificación de la escala, se puntúan las respuestas según los valores establecidos anteriormente y se ubica la sumatoria de puntajes en 3 niveles de intervalo: Bajo, medio y alto.

Para el empleo de los niveles mencionados, se observó detalladamente que los puntajes mínimos y máximos de la muestra estudiada eran los mismos que la prueba establecía. Por ello, no se procedió a realizar una baremación.

La escala posee validez por criterio de jueces y validez de constructo, ya que, gracias a ello, el instrumento se redujo en su cantidad de ítems. Inicialmente estuvo compuesta por 228 ítems, posteriormente se redujo a 128 y finalmente a 110. Presenta una adecuada confiabilidad interna ya que se obtuvo en la dimensión sobre

salud sexual un Alfa de Cronbach de 0.82, en la de salud reproductiva un valor de 0.82, en la de VIH/SIDA/ITS 0.86 y en la dimensión de uso del condón se obtuvo 0.77. El coeficiente de confiabilidad total de la escala es de 0.92 (Vargas, 2007).

Cabe mencionar que, para el análisis de validez, se emplearon dos pruebas estadísticas. La primera es el análisis factorial que consiste en identificar factores que den explicación a la configuración de las correlaciones dentro del grupo de las variables seleccionadas. Debido a que, las categorías de la escala se construyeron anteriormente, por ello, esta construcción fue validada por el análisis de factores. Por esta razón, se analizaron las cargas factoriales de los ítems de cada categoría. La segunda prueba fue el análisis de la correlación de cada ítem de la escala en cada una de las categorías a las que pertenecen. Para ello, se empleó el Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson (Vargas, 2007).

### **Procedimiento**

En primer lugar, para obtener el instrumento completo, se contactó al autor de la escala quien, por medio de una carta formal, brindó su material el cual no se encuentra publicado en internet, debido a que así, él considera generar mayor interés y más investigaciones. Así también mencionó el parámetro de no modificar la prueba.

En segundo lugar, se procedió a revisar el instrumento ítem por ítem para corroborar que no requiera de una adaptación lingüística, observándose que los términos usados en el instrumento eran similares y comprensibles en nuestro contexto ya que proviene de un país cercano como Costa Rica.

En tercer lugar, una vez otorgado el permiso, se procedió con el acceso a la muestra, por ello se contactó a las personas más cercanas que cumplan con los criterios establecidos, así mismo se les pidió a ellos que difundan la investigación a sus contactos y amistades para que también puedan participar, aplicando así la técnica de bola de nieve.

A su vez, se pasaron los instrumentos vía online para tener acceso a las personas que se les complicaba la aplicación presencial.

Los insumos que se necesitaron en la presente investigación fueron: 10 lapiceros, 300 fichas sociodemográficas, 300 consentimientos informados y 300 test para medir comportamiento sexual. Para la presentación ante los participantes se dio el saludo respectivo, se mencionó el motivo y objetivo de llevar a cabo tal investigación. Se les entregó el consentimiento informado para que lo firmen, luego

recibieron el test correspondiente, dando la libertad a los participantes de realizar cualquier pregunta sobre el estudio. Se les brindó también números de celulares establecidos en el consentimiento informado para aquellas personas que estén interesadas en conocer los resultados finales de la investigación, por último, se les agradeció por su colaboración. En el caso de la aplicación online, se envió el link a los contactos, en el cual se les adjuntó el consentimiento informado y la ficha sociodemográfica con toda la información necesaria.

## **Análisis de datos**

Para el análisis cuantitativo de los datos de esta investigación, se empleó el programa estadístico SPSS.

En primer lugar, se analizó la confiabilidad de cada dimensión y del instrumento en general, por medio del coeficiente  $\alpha$  (Cronbach, 1951), indicador de consistencia interna de los puntajes. Según Celina y Campo (2005), el valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0.7; cuando se obtiene un puntaje menor, se considera que la consistencia interna del instrumento empleado es baja. En este caso, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad aceptable para cada dimensión y para toda la escala.

En segundo lugar, no se optó por hacer el análisis factorial respectivo para obtener la validez de constructo debido a que se siguió el enfoque orientado a la proporción de personas por ítem (N/p). En este caso, la recomendación clásica es seguir la "regla de los 10". Esta consiste en que la muestra debe ser 10 veces mayor que el número de ítems (Velicer & Fava, 1998). Es así que normalmente, se recomienda alcanzar los 500 o más casos, siempre que sea posible (MacCallum et al. 1999).

Por ello, tomando en consideración que el instrumento posee 110 ítems se estima que para realizar un análisis factorial hubieran sido necesarios aproximadamente 1000 sujetos.

Algunas propuestas modernas refieren que se recomienda un tamaño muestral de al menos 200 casos como mínimo (Ferrando & Anguiano, 2010). Pero lógicamente cuanto mayor sea el tamaño de casos, habrá más confianza en el análisis realizado.

Por otro lado, no se consideró realizar validez de contenido dado a que el instrumento ya había sido empleado y contaba con evidencias de validez y

confiabilidad en un contexto Latinoamericano, donde se evidencia la pertinencia del lenguaje ya que se hizo una revisión cualitativa de la escala.

En tercer lugar, se obtuvieron los gráficos de barras y gráficos circulares con sus respectivos porcentajes de cada variable de la ficha sociodemográfica, para ser luego explicadas.

Posteriormente se procedió con el análisis descriptivo de cada sub escala y dimensión, así como también de cada ítem que las componen, usando niveles para ubicar a la muestra.

### **Consideraciones éticas**

En primer lugar, se contactó con el autor de la Escala Salud Sexual y Reproductiva para el permiso del uso del instrumento en nuestra investigación, y así también, para que nos brinde información sobre la calificación e interpretación respectiva. Asimismo, se respetó la decisión del autor de no realizar cambio alguno en su instrumento.

En segundo lugar, se entregó un consentimiento informado a los participantes, con el objetivo de que tengan conocimiento sobre la investigación en la que participarán. Dicho documento contenía el nombre y los objetivos del estudio, así como del procedimiento que se llevó a cabo, la confidencialidad de la información recopilada, las responsabilidades y beneficios que obtendrán de la investigación, la libertad del participante a negarse a participar o retirarse en cualquier momento del estudio, la firma y fecha de los participantes. Asimismo, contaba con el nombre y las firmas de las investigadoras, así como el número de teléfono o correo electrónico con el que los participantes se podrán contactar si es que requieren alguna información sobre el estudio. Todo ello para que haya evidencia de la participación voluntaria de la muestra.

En tercer lugar, una vez firmado el consentimiento, se aplicó el instrumento. Finalmente, se realizó la calificación respectiva, y se analizaron los datos en el programa SPSS.

## Resultados

### Confiabilidad de instrumentos

La confiabilidad fue aceptable para todas las dimensiones de la Escala de Salud sexual y reproductiva y para el instrumento en general; los valores fueron mayores a .75.

Tal y como se presenta en la tabla 2, para la dimensión “Salud sexual”, se obtuvo un alfa de 0.88, siendo el valor más alto de las dimensiones. En la dimensión “Salud Reproductiva”, se obtuvo un alfa de 0.77, siendo este el valor más bajo en cuanto a dimensiones. En la dimensión “VIH/SIDA E ITS” la confiabilidad tuvo un alfa de 0.81. Por último, en el “Uso del condón” el alfa de Cronbach fue de 0.80.

En líneas generales, la escala es confiable, ya que posee una confiabilidad de 0.93.

Tabla 2

*Confiabilidad de las dimensiones y de la escala total de Salud Sexual y Reproductiva*

Dimensiones	M	DE	Alfa de Cronbach
Salud Sexual	2.13	.44	.88
Salud Reproductiva	2.60	.36	.77
VIH/SIDA/SIDA	1.33	.22	.81
Uso de Condón	1.57	.33	.80
Total de escala	1.74	.28	.93

### Análisis descriptivos

A continuación, se muestra una descripción general de los puntajes obtenidos por los participantes en cada una de las dimensiones.

En la tabla 3 se aprecian los estadísticos descriptivos en relación a los puntajes de la dimensión Salud Sexual. En la variable conocimiento, la muestra obtuvo un promedio de 7.02 que la ubica en un nivel alto. El rango de puntuación oscila entre 1 y 9, considerando que la puntuación máxima alcanzable es 9. En la variable actitudes, se obtuvo como promedio 52.4, correspondiendo así a un nivel medio de actitudes favorables en salud sexual. El rango de puntajes va de 18 a 72. Finalmente, en la

variable prácticas, la media fue de 4.52, representando este promedio un nivel medio de prácticas saludables y seguras. La puntuación mínima es de 0 y la máxima de 9.

Tabla 3

*Estadísticos descriptivos de la Sub-escala Salud Sexual.*

Variables	Mínimo	Máximo	Media	DE	Nivel
CSS	1	9	7.02	1.712	Alto
ASS	18	72	52.41	11.729	Medio
PSS	0	9	4.52	2.117	Medio

La tabla 4 se muestra las puntuaciones de la dimensión salud reproductiva. La muestra obtuvo un conocimiento de nivel medio con un promedio de 5.44, con un rango de puntuación que oscila entre 0 y 7, considerando que la puntuación máxima alcanzable es 7. En la variable actitudes, la media fue de 15.2, teniendo así los participantes un nivel alto de actitudes favorables hacia la salud reproductiva. Los rangos de puntajes oscilan entre 8 y 20. En la variable prácticas el promedio fue de 18.5 y ubica a la muestra en un nivel medio de prácticas saludables y seguras. La puntuación mínima es de 2 y la máxima de 25.

Tabla 4

*Estadísticos descriptivos de la Sub-escala Salud Reproductiva.*

Variables	Mínimo	Máximo	Media	DE	Nivel
CSR	0	7	5.44	1.196	Medio
ASR	8	22	15.19	3.138	Alto
PSR	2	25	18.54	4.751	Medio

En la tabla 5 se aprecian los estadísticos descriptivos respecto a los puntajes de la dimensión VIH/SIDA/ITS. En la variable conocimiento se obtuvo un promedio de 14,5; considerando una puntuación máxima de 20, los participantes alcanzaron un nivel de conocimiento medio. En la variable actitudes, se obtuvo una media 22, 86; considerando una puntuación máxima alcanzable de 28, los participantes mostraron actitudes más favorables hacia el VIH/SIDA/ITS. Finalmente, en la variable prácticas se obtuvo una media de 3,80, siendo la puntuación máxima 4, los participantes manifestaron tener prácticas seguras.

Tabla 5

*Estadístico descriptivo de la Sub-escala VIH/SIDA/ITS.*

VARIABLES	Min	Max	Media	DE	Nivel
CVIH	1	20	14,45	3,932	Medio
AVIH	9	28	22,86	4,259	Alto
PVIH	0	4	3,80	,591	Alto

En la tabla 6 se muestran los estadísticos descriptivos respecto a los puntajes de la dimensión Uso del Condón. En la variable conocimiento se obtuvo un promedio de 10,98; considerando una puntuación máxima de 16, los participantes alcanzaron un nivel de conocimiento medio. En la variable actitudes, se obtuvo una media 25,45; considerando una puntuación máxima alcanzable de 32, los participantes manifestaron actitudes favorables hacia el uso del condón. Finalmente, en la variable prácticas se obtuvo una media de 10,55, siendo la puntuación máxima 16, los participantes mostraron prácticas regulares en la utilización del condón.

Tabla 6

*Estadístico descriptivo de la Sub-escala Uso de Condón.*

VARIABLES	Mínimo	Máximo	Media	DE	Nivel
CUC	1	16	10,98	3,154	Medio
AUC	2	32	22,45	6,299	Medio
PUC	0	16	10,55	3,781	Medio

Seguidamente, se presentan las tablas que muestran las respuestas de los participantes a cada ítem en las dimensiones y sub-escalas.

En la Sub-escala Salud Sexual se obtuvo las siguientes respuestas en la dimensión de conocimiento, actitudes y prácticas.

Se observa que más del 80% de la muestra respondió correctamente a los ítems que son verdaderos. El 94% de los participantes conoce que la salud sexual incluye comprender las consecuencias de sus acciones, el 82% sabe que distinguir las preferencias y deseos de la otra persona es parte de la salud sexual, el 80% tiene el conocimiento de que parte de la dimensión es promocionar la igualdad entre sexos, finalmente, el 95% considera que es importante conocer los gustos de su pareja en las relaciones sexuales.

Tabla 7

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems verdaderos de la dimensión conocimiento en la sub-escala Salud Sexual.*

ÍTEMS	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 4: La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen	Falso	14	6.3
	Cierto	210	93.8
	Total	224	100.0
Ítem 5: La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas	Falso	40	17.9
	Cierto	184	82.1
	Total	224	100.0
Ítem 6: La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombre y mujeres.	Falso	44	19.6
	Cierto	180	80.4
	Total	224	100.0
Ítem 8: En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja.	Falso	11	4.9
	Cierto	213	95.1
	Total	224	100.0

En la tabla 8 se aprecia que, tanto en el ítem 1 y 2, el 72% y el 68% respectivamente, sabe que la sexualidad no es únicamente la dimensión biológica.

Por otro lado, se observa que el 70% no considera que los hombres que tienen un pene más grande hagan gozar sexualmente más a las mujeres ni que el coito es mejor cuando se toma licor o cuando se consumen drogas. Acertando así en sus respuestas por ser dichas afirmaciones falsas.

Tabla 8

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems falsos de la dimensión conocimiento en la sub-escala Salud Sexual.*

ÍTEMS	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 1: La sexualidad está limitada a la genitalidad	Cierto	63	28.1
	Falso	161	71.9
	Total	224	100.0
Ítem 2: La sexualidad es sólo lo biológico o anatómico	Cierto	70	31.3
	Falso	154	68.8
	Total	224	100.0
Ítem 3: Los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres	Cierto	67	29.9
	Falso	157	70.1
	Total	224	100.0
Ítem 9: El acto sexual es mejor cuando se toma licor	Cierto	67	29.9
	Falso	157	70.1
	Total	224	100.0
Ítem 11: El acto sexual es mejor cuando se consumen drogas	Cierto	68	30.4
	Falso	156	69.6
	Total	224	100.0

En las tablas que se presentan a continuación, se muestran las actitudes de los participantes hacia la salud sexual.

En la tabla 9, se observa que aproximadamente el 68% de los estudiantes universitarios muestra actitudes en desacuerdo hacia las relaciones coitales prematrimoniales (ítem 2 y 3 respectivamente).

Más del 70% de la muestra estudiada tiene actitudes en desacuerdo con las afirmaciones relacionadas a que la masturbación causa acné y que es pecado (ítems 4 y 18 respectivamente).

Más del 75% no está de acuerdo con el mayor valor que se le pueda dar a la mujer o el varón si es virgen. Aproximadamente el 66% se muestra en desacuerdo con la afirmación que hace referencia a que el hombre tiene mayor necesidad que la mujer de tener relaciones sexuales. El 78.5% no considera que la masturbación sea una práctica exclusiva del hombre.

Aproximadamente solo el 31% de la muestra tiene actitudes de inseguridad a tener relaciones coitales por temor a tener un hijo y el 35% siente temor de adquirir alguna ITS (tabla 8).

Se observa también que las actitudes hacia los prejuicios de género son favorables por la mayoría de la muestra. Solo el 8.5% considera que los hombres que

se preocupan por su apariencia física son afeminados y en el caso de las mujeres, el 3.5% las considera marimachas si no se preocupan por su aspecto físico.

El 76% no tiene vergüenza hablar de sexo. El 43.8% de los participantes no están de acuerdo con la afirmación de que el acto sexual siempre debe terminar con la penetración. El 29.5% respondió que no prefiere que su pareja sea más experimentada sexualmente, el resto tiene dicha preferencia o simplemente no está de acuerdo ni en desacuerdo. Más del 60% muestra actitudes favorables a tener relaciones sexuales antes del matrimonio. Finalmente, solo un 5% de la muestra tiene actitudes favorables hacia la presión de grupo para tener relaciones sexuales.

Tabla 9

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems de actitudes desfavorables en la sub-escala Salud Sexual.*

ÍTEMS	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 2: Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para las mujeres	Totalmente de acuerdo	8	3.6
	De acuerdo	14	6.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	51	22.8
	En desacuerdo	68	30.4
	Totalmente en desacuerdo	83	37.1
	Total	224	100.0
Ítem 3: Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres	Totalmente de acuerdo	7	3.1
	De acuerdo	11	4.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	54	24.1
	En desacuerdo	67	29.9
	Totalmente en desacuerdo	85	37.9
Total	224	100.0	
Ítem 4: La masturbación causa acné	Totalmente de acuerdo	1	0.4
	De acuerdo	6	2.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	56	25.0
	En desacuerdo	67	29.9
	Totalmente en desacuerdo	94	42.0
Total	224	100.0	
Ítem 5: La mujer vale más cuando es virgen	Totalmente de acuerdo	9	4.0
	De acuerdo	13	5.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23	10.3
	En desacuerdo	30	13.4
	Totalmente en desacuerdo	149	66.5
Total	224	100.0	
Ítem 6: El hombre vale más cuando es virgen	Totalmente de acuerdo	8	3.6
	De acuerdo	10	4.5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	30	13.4
	En desacuerdo	32	14.3

	Totalmente en desacuerdo	144	64.3
	Total	224	100.0
Item 7: El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer	Totalmente de acuerdo	4	1.8
	De acuerdo	25	11.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	46	20.5
	En desacuerdo	49	21.9
	Totalmente en desacuerdo	100	44.6
	Total	224	100.0
Item 8: Siento temor de tener sexo porque pueden resultar en un embarazo	Totalmente de acuerdo	13	5.8
	De acuerdo	56	25.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	33	14.7
	En desacuerdo	53	23.7
	Totalmente en desacuerdo	69	30.8
	Total	224	100.0
Item 9: Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual	Totalmente de acuerdo	19	8.5
	De acuerdo	59	26.3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	47	21.0
	En desacuerdo	50	22.3
	Totalmente en desacuerdo	49	21.9
	Total	224	100.0
Item 10: Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA	Totalmente de acuerdo	25	11.2
	De acuerdo	56	25.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	49	21.9
	En desacuerdo	52	23.2
	Totalmente en desacuerdo	42	18.8
	Total	224	100.0
Ítem 11: Me da vergüenza hablar sobre sexo	Totalmente de acuerdo	4	1.8
	De acuerdo	13	5.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	36	16.1
	En desacuerdo	59	26.3
	Totalmente en desacuerdo	112	50.0
	Total	224	100.0
Item 12: La masturbación la practican exclusivamente los hombres	Totalmente de acuerdo	5	2.2
	De acuerdo	11	4.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	32	14.3
	En desacuerdo	59	26.3
	Totalmente en desacuerdo	117	52.2
	Total	224	100.0
Item 13: Los hombres que se preocupan por su apariencia física son "afeminados"	Totalmente de acuerdo	6	2.7
	De acuerdo	13	5.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	25	11.2
	En desacuerdo	58	25.9
	Totalmente en desacuerdo	122	54.5
	Total	224	100.0
Item 15: El acto sexual siempre debe culminar	Totalmente de acuerdo	18	8.0
	De acuerdo	33	14.7

con la penetración	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	75	33.5
	En desacuerdo	53	23.7
	Totalmente en desacuerdo	45	20.1
	Total	224	100.0
Ítem 16: Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo	Totalmente de acuerdo	10	4.5
	De acuerdo	42	18.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	106	47.3
	En desacuerdo	36	16.1
	Totalmente en desacuerdo	30	13.4
Ítem 17: No voy a tener relaciones sexuales hasta que me case	Total	224	100.0
	Totalmente de acuerdo	12	5.4
	De acuerdo	16	7.1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	47	21.0
	En desacuerdo	57	25.4
Ítem 18: Masturbarse es pecado	Totalmente en desacuerdo	92	41.1
	Total	224	100.0
	Totalmente de acuerdo	6	2.7
	De acuerdo	12	5.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	35	15.6
Ítem 19: Me siento presionado(a) por mis amistades para tener relaciones sexuales	En desacuerdo	50	22.3
	Totalmente en desacuerdo	121	54.0
	Total	224	100.0
	Totalmente de acuerdo	2	0.9
	De acuerdo	9	4.0
Ítem 20: Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son "marimachas" o "tortilleras"	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	9.8
	En desacuerdo	62	27.7
	Totalmente en desacuerdo	129	57.6
	Total	224	100.0
	Totalmente de acuerdo	3	1.3
	De acuerdo	5	2.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	26	11.6
	En desacuerdo	48	21.4
	Totalmente en desacuerdo	142	63.4
	Total	224	100.0

Por último, se observa las respuestas a las prácticas de los estudiantes universitarios.

Las prácticas que ejercen se inclinan a ser saludables ya que la mayoría se masturba en una frecuencia de punto medio (41.5%) y aproximadamente el 84% de los estudiantes practica sexo oral.

Tabla 10

*Análisis descriptivo de las respuestas a la dimensión prácticas en la sub-escala Salud Sexual.*

ÍTEMS		Frecuencia	Porcentaje
Ítem 1: Me masturbo	Nunca	49	21.9
	Casi nunca	39	17.4
	A veces	93	41.5
	Casi siempre	22	9.8
	Siempre	21	9.4
	Total	224	100.0
Ítem 2: Practico el sexo oral	Nunca	35	15.6
	Casi nunca	32	14.3
	A veces	87	38.8
	Casi siempre	40	17.9
	Siempre	30	13.4
	Total	224	100.0

En la Sub-escala Salud Reproductiva, las respuestas a las dimensiones de conocimiento, actitudes y prácticas fueron las siguientes:

En la tabla 11 se evidencia que el 61.6% no sabe que la abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo. Por su lado, el 62% conoce que las pastillas anticonceptivas son un método anticonceptivo que previene el embarazo.

Al ítem 9 acertó el 93%, conociendo así la mayoría sobre el periodo fértil de la mujer. El 86% sabe que el examen de próstata debe realizarse luego de los 40 años. Se muestra que más del 85% de los estudiantes universitarios conocen que tienen accesibilidad a información sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y el fácil acceso de estos últimos.

Tabla 11

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems verdaderos de la dimensión conocimiento en la sub-escala Salud Reproductiva.*

ÍTEMS	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 2: La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo	Falso	138	61.6
	Cierto	86	38.4
	Total	224	100.0
Ítem 5: Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos	Falso	85	37.9
	Cierto	139	62.1
	Total	224	100.0
Ítem 9: Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada	Falso	16	7.1
	Cierto	208	92.9
	Total	224	100.0
Ítem 10: Después de los 40 años todo hombre debe hacerse un examen de próstata anual	Falso	31	13.8
	Cierto	193	86.2
	Total	224	100.0
Ítem 11: Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos	Falso	17	7.6
	Cierto	207	92.4
	Total	224	100.0
Ítem 12: Tengo acceso a información sobre planificación familiar	Falso	33	14.7
	Cierto	191	85.3
	Total	224	100.0
Ítem 13: Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos	Falso	30	13.4
	Cierto	194	86.6
	Total	224	100.0

Por otro lado, en los ítems que son falsos, toda la muestra respondió incorrectamente en el ítem 3 ya que consideran que las píldoras anticonceptivas provocan cáncer y en el ítem 4, de la misma manera, el 100% creen saber que la ducha vaginal previene el embarazo.

Tabla 12

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems falsos de la dimensión conocimiento en la sub-escala Salud Reproductiva.*

ÍTEMS	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 3: Las píldoras anticonceptivas causan cáncer	Cierto	224	100.0
Ítem 4: La ducha vaginal previene el embarazo	Cierto	224	100.0

En la dimensión de actitudes en Salud reproductiva, las respuestas fueron las siguientes:

En la tabla 13 se muestra que, el 42% no tiene una respuesta determinada para el ítem 1 y aproximadamente el 50% muestra actitudes en desacuerdo con la afirmación planteada. El 54.9% tiene actitudes en contra hacia la afirmación del ítem 2.

En el ítem 4, el 63.9% muestra actitudes desfavorables ya que no consideran que solo sea la mujer quien deba cuidarse de los embarazos.

Tabla 13

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems de actitudes desfavorables en la sub-escala Salud Reproductiva.*

ÍTEMS	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 1: La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual	Totalmente de acuerdo	10	4.5
	De acuerdo	9	4.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	94	42.0
	En desacuerdo	46	20.5
	Totalmente en desacuerdo	65	29.0
	Total	224	100.0
Ítem 2: Cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella	Totalmente de acuerdo	11	4.9
	De acuerdo	22	9.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	68	30.4
	En desacuerdo	61	27.2
	Totalmente en desacuerdo	62	27.7
	Total	224	100.0
Ítem 4: La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada	Totalmente de acuerdo	13	5.8
	De acuerdo	17	7.6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	51	22.8
	En desacuerdo	55	24.6
	Totalmente en desacuerdo	88	39.3
	Total	224	100.0

En la tabla 14 se muestra que el 74% tiene actitudes a favor al saber que tienen derecho a decidir en qué momento quieren tener hijos. El 55% muestra actitudes favorables hacia el uso de los servicios de salud sin miedo alguno.

Tabla 14

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems de actitudes favorables en la sub-escala Salud Reproductiva.*

ÍTEMS	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 3: Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos	Totalmente en desacuerdo	2	0.9
	En desacuerdo	13	5.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	44	19.6
	De acuerdo	160	71.4
	Totalmente de acuerdo	5	2.2
	Total	224	100.0
Ítem 5: Puedo acudir a los servicios de salud sin temor	Totalmente en desacuerdo	5	2.2
	En desacuerdo	31	13.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	64	28.6
	De acuerdo	122	54.5
	Totalmente de acuerdo	2	0.9
	Total	224	100.0

Finalmente, en las prácticas, se observa que aproximadamente el 86% suele informarse sobre métodos anticonceptivos. En cuanto a la planificación familiar solo el 7% no suele informarse del tema. El 36% se informa siempre sobre enfermedades del aparato reproductivo y el 28% lo hace a menudo.

Se evidencia que aproximadamente el 92% revisa sus genitales con distinta frecuencia para detectar cambios en ellos. De manera general, el 50% de los estudiantes universitarios emplean siempre algún método anticonceptivo cuando tienen relaciones coitales. Solo el 11% no suele cuidarse casi nunca o simplemente no lo hace nunca.

Se observa que usualmente en promedio, el 89% de los participantes suelen hablar del uso de métodos anticonceptivos con la persona con quien tendrán relaciones sexuales.

Tabla 15

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems de prácticas en la sub-escala Salud Reproductiva.*

ÍTEMS	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 1: Me informo sobre métodos anticonceptivos	Nunca	7	3.1
	Casi nunca	27	12.1
	A veces	67	29.9
	Casi siempre	58	25.9
	Siempre	65	29.0
	Total	224	100.0
Ítem 2: Me informo sobre planificación familiar	Nunca	3	1.3
	Casi nunca	13	5.8
	A veces	50	22.3
	Casi siempre	73	32.6
	Siempre	85	37.9
	Total	224	100.0
Ítem 3: Me informo sobre enfermedades del aparato reproductivo	Nunca	2	0.9
	Casi nunca	15	6.7
	A veces	63	28.1
	Casi siempre	63	28.1
	Siempre	81	36.2
	Total	22	100.0
Ítem 4 :Reviso mis genitales para detectar cambios o anormalidades	Nunca	6	2.7
	Casi nunca	12	5.4
	A veces	43	19.2
	Casi siempre	79	35.3
	Siempre	84	37.5
	Total	224	100.0
Ítem 6: Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales	Nunca	8	3.6
	Casi nunca	17	7.6
	A veces	44	19.6
	Casi siempre	42	18.8
	Siempre	113	50.4
	Total	224	100.0
Ítem 7: Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales	Nunca	10	4.5
	Casi nunca	14	6.3
	A veces	31	13.8
	Casi siempre	48	21.4
	Siempre	121	54.0
	Total	224	100.0

En la tabla 16, se muestra que el 78% usó algún método anticonceptivo en su última relación sexual.

Tabla 16

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems de prácticas en la sub-escala Salud Reproductiva.*

ÍTEMS	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 5: Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual	No	49	21.9
	Si	175	78.1
	Total	224	100.0

En la Sub-escala VIH/SIDA/ITS se obtuvo las siguientes respuestas en la dimensión de conocimiento, actitudes y prácticas.

En la tabla 17 se aprecia que el 93,8% de los participantes conocen el significado de la sigla VIH y el 81,7% de la sigla SIDA. El 85,7% de los participantes conocen que el VIH mayormente se adquiere a través del acto sexual; el 76,3% conocen que la forma eficaz de prevenir el VIH/SIDA es usando el condón; el 90,2% conocen que el VIH afecta directamente al sistema inmunológico. El 27,2% creen que el SIDA tiene cura; el 88,4% afirman que existen medicamentos que ayudan a prolongar la vida de una persona que tiene VIH; el 23,7% piensan que infectarse con VIH no es para toda la vida. El 80,4% y el 77,7% de los participantes conocen que la sífilis y la gonorrea es un tipo de ITS. Sin embargo, el 77,7% de la muestra, desconocen que la Hepatitis B pertenece a este grupo. Finalmente, el 74,5% piensan que las ITS se pueden volver a contraer, aunque la persona se haya curado y el 70,1% afirman que la mayoría de las ITS pueden ser totalmente curadas con un tratamiento oportuno y adecuado.

Tabla 17.

*Análisis descriptivos de las respuestas a los ítems verdaderos en la dimensión conocimiento de la sub escala VIH/SIDA/ITS.*

ÍTEMS	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ítem1. VIH son las siglas para Virus del Inmunodeficiencia Humana.	Falso	14	6,3
	Verdadero	210	93,8
	Total	224	100,0
Ítem4. El VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual.	Falso	32	14,3
	Verdadero	192	85,7
	Total	224	100,0
Ítem5. SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.	Falso	41	18,3
	Verdadero	183	81,7
	Total	224	100,0
Ítem16. El uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección con el VIH/SIDA.	Falso	53	23,7
	Verdadero	171	76,3
	Total	224	100,0
Ítem18. El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo.	Falso	22	9,8
	Verdadero	202	90,2
	Total	224	100,0
Ítem19. El SIDA no tiene cura.	Falso	61	27,2
	Verdadero	163	72,8
	Total	224	100,0
Ítem20. Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de una persona con VIH/SIDA.	Falso	26	11,6
	Verdadero	198	88,4
	Total	224	100,0
Ítem22. Una vez que una persona se infecta con el VIH será para toda la vida.	Falso	53	23,7
	Verdadero	171	76,3
	Total	224	100,0
Ítem23. La gonorrea es una infección de transmisión sexual.	Falso	44	19,6
	Verdadero	180	80,4
	Total	224	100,0
Ítem24. La Hepatitis B es una infección de transmisión sexual.	Falso	174	77,7
	Verdadero	50	22,3
	Total	224	100,0
Ítem25. La sífilis es una infección de transmisión sexual.	Falso	50	22,3
	Verdadero	174	77,7
	Total	224	100,0

Ítem26. Las ITS se pueden volver a contraer aunque la persona se haya curado.	Falso	55	24,6
	Verdadero	169	75,4
	Total	224	100,0
Ítem27. La mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden ser totalmente curadas, con un tratamiento oportuno y adecuado.	Falso	67	29,9
	Verdadero	157	70,1
	Total	224	100,0

En la tabla 18 se observa que el 44,6% creen que el VIH y SIDA ocurren al mismo tiempo. Asimismo, un grupo reducido del 23,2% creen que el VIH está en el aire; el 33,5% creen que está en el agua; el 9,8% creen que se contagia a través de un abrazo o de un apretón de manos, el 38,8% creen que se transmite a través de la saliva o sudor y el 41,5% piensan que se contagia por medio de la tos o estornudos. Finalmente, el 54,5% de la muestra piensan que las personas infectadas con VIH/SIDA pueden curarse si reciben medicamento a tiempo.

Tabla 18.

*Análisis descriptivos de las respuestas a los ítems falsos en la dimensión conocimiento de la sub escala VIH/SIDA/ITS.*

ÍTEMS	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ítem6. El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo.	Verdadero	100	44,6
	Falso	124	55,4
	Total	224	100,0
Ítem8. El VIH es un virus que puede estar en el aire.	Verdadero	52	23,2
	Falso	172	76,8
	Total	224	100,0
Ítem9. El VIH es un virus que puede estar en el agua.	Verdadero	75	33,5
	Falso	149	66,5
	Total	224	100,0
Ítem11. El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona infectada.	Verdadero	22	9,8
	Falso	202	90,2
	Total	224	100,0
Ítem12. El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada.	Verdadero	87	38,8
	Falso	137	61,2
	Total	224	100,0
Ítem13. El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una	Verdadero	93	41,5
	Falso	131	58,5
	Total	224	100,0

persona infectada.

Ítem21. El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo.	Verdadero	122	54,5
	Falso	102	45,5
	Total	224	100,0

En la tabla 19 se aprecia las respuestas a los ítems sobre las actitudes desfavorables hacia el VIH/SIDA/ITS. El 52,7% de los participantes están totalmente en desacuerdo en que las personas infectadas con el VIH estén encerradas en algún lugar en especial; el 43,8% están totalmente en desacuerdo en negarse a tener algún contacto con una persona infectada con VIH; el 65,6% está totalmente en desacuerdo en que las personas que tienen VIH se lo merecen. Asimismo, el 62,9% están totalmente en desacuerdo en que el SIDA es una enfermedad de prostitutas y el 58,5% están totalmente en desacuerdo en que sólo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una ITS.

Tabla 19

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems sobre las actitudes desfavorables hacia el VIH/SIDA/ITS.*

ÍTEMS	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ítem1. Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en algún lugar especial.	Totalmente de acuerdo	4	1,8
	De acuerdo	11	4,9
	Ni de acuerdo o en desacuerdo	28	12,5
	En desacuerdo	63	28,1
	Totalmente en desacuerdo	118	52,7
	Total	224	100,0
Ítem2. Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH.	Totalmente de acuerdo	7	3,1
	De acuerdo	17	7,6
	Ni de acuerdo o en desacuerdo	38	17,0
	En desacuerdo	64	28,6
	Totalmente en desacuerdo	98	43,8
	Total	224	100,0
Ítem 4. La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece.	Totalmente de acuerdo	2	,9
	De acuerdo	9	4,0
	Ni de acuerdo o en desacuerdo	24	10,7
	En desacuerdo	42	18,8
	Totalmente en desacuerdo	147	65,6
Total	224	100,0	
Ítem 5. El SIDA es	Totalmente de acuerdo	2	,9

una enfermedad de prostitutas.	De acuerdo	8	3,6
	Ni de acuerdo o en desacuerdo	32	14,3
	En desacuerdo	41	18,3
	Totalmente en desacuerdo	141	62,9
	Total	224	100,0
Ítem 8. Sólo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual.	Totalmente de acuerdo	5	2,2
	De acuerdo	10	4,5
	Ni de acuerdo o en desacuerdo	31	13,8
	En desacuerdo	47	21,0
	Totalmente en desacuerdo	131	58,5
Total	224	100,0	

En la tabla 20 se observa que el 61,6% y el 48,7% de la muestra harían amistad y abrazarían sin ningún problema a una persona infectada con VIH.

Tabla 20

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems sobre las actitudes favorables de la Sub escala VIH/SIDA/ITS.*

ÍTEMS	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 3. Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH.	Totalmente en desacuerdo	15	6,7
	De acuerdo	138	61,6
	Totalmente de acuerdo	71	31,7
	Total	224	100,0
Ítem 7. Podría abrazar a una persona que tiene el VIH.	Totalmente en desacuerdo	10	4,5
	De acuerdo	105	46,9
	Totalmente de acuerdo	109	48,7
	Total	224	100,0

En la tabla 21 se aprecia que el 1,8% de los participantes aceptaron que tienen una ITS en la actualidad; el 6,7% reconocieron que tuvieron una ITS; el 6,3% admitieron haber tenido coito con personas desconocidas solo por presión de sus amistades y el 5,4% reconocieron haber pagado para tener acto sexual.

*Tabla 21*  
*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems sobre las prácticas de la dimensión VIH/SIDA/ITS.*

ÍTEMS	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ítem1. En la actualidad tengo una infección de transmisión sexual.	Sí	4	1,8
	No	220	98,2
	Total	224	100,0
Ítem2. He tenido alguna infección de transmisión sexual.	Sí	15	6,7
	No	209	93,3
	Total	224	100,0
Ítem3. He tenido sexo con personas desconocidas solo por presión de mis amistades.	Sí	14	6,3
	No	210	93,8
	Total	224	100,0
Ítem4. He pagado para tener relaciones sexuales.	Sí	12	5,4
	No	212	94,6
	Total	224	100,0

En la tabla 22 se observa el análisis descriptivo de las respuestas a los ítems verdaderos en la dimensión conocimiento de la sub escala Uso del Condón. El 77,7% de los participantes conoce que el condón sirve para prevenir la transmisión del VIH así como otras ITS (68,8%). El 34,4% de los participantes afirman que para una mayor lubricación cuando se usa condón siempre se debe usar gel a base de agua. El 81,3% de la muestra saben que el condón evita que organismos infecciosos ingresen al pene. El 91,55% de la muestra afirmaron que los condones deben ser guardados en lugares frescos; el 98,2% afirman que se tiene que revisar que el empaque del condón no esté roto, el 87,9% conocen que el condón tiene que ser abierto por una esquina con los dedos y el 82,1% de la muestra afirman saber cómo se usa correctamente el condón. El 74,6% afirman que el hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa condón y el 70,1% afirman que cuando se tienen relaciones sexuales anales siempre tienen que usar condón.

Tabla 22

Análisis descriptivos de las respuestas a los ítems verdaderos en la dimensión conocimiento de la sub escala Uso del Condón.

ÍTEMS	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ítem1. El condón es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH.	Falso	50	22,3
	Verdadero	174	77,7
	Total	224	100,0
Ítem3. Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base de agua.	Falso	147	65,6
	Verdadero	77	34,4
	Total	224	100,0
Ítem4. El material con que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.	Falso	70	31,3
	Verdadero	154	68,8
	Total	224	100,0
Ítem6. El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene.	Falso	42	18,8
	Verdadero	182	81,3
	Total	224	100,0
Ítem9. Los condones deben ser guardados en lugares frescos.	Falso	19	8,5
	Verdadero	205	91,5
	Total	224	100,0
Ítem10. Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto.	Falso	4	1,8
	Verdadero	220	98,2
	Total	224	100,0
Ítem13. El condón debe abrirse por una esquina con los dedos.	Falso	27	12,1
	Verdadero	197	87,9
	Total	224	100,0
Ítem14. Sé cómo se usa correctamente el condón.	Falso	40	17,9
	Verdadero	184	82,1
	Total	224	100,0
Ítem15. El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón.	Falso	57	25,4
	Verdadero	167	74,6
	Total	224	100,0
Ítem16. Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales.	Falso	67	29,9
	Verdadero	157	70,1
	Total	224	100,0

En la tabla 23 se aprecia el análisis descriptivo de las respuestas a los ítems falsos en la dimensión conocimiento de la sub escala Uso del Condón. El 54,9%

piensan que para lograr una mayor lubricación cuando se usa condón es bueno utilizar vaselina, crema de manos o aceite. No obstante, el 57,1% de la muestra piensan que al usar constantemente el condón puede ocasionar con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad. Por otro lado, el 44,2% de los participantes afirman que el material de látex del condón no puede soportar altas temperaturas; el 61,6% afirman que el condón no puede estar expuesto a la luz del sol; el 60,3% afirman que los condones no se pueden llevar en las billeteras y el 77,7% conocen que el condón no se puede abrir con los dientes ni con algún objeto punzo cortante.

Tabla 23

*Análisis descriptivos de las respuestas a los ítems falsos en la dimensión conocimiento de la sub escala Uso del Condón.*

ÍTEMS	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ítem2. Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una mayor lubricación.	Verdadero	123	54,9
	Falso	101	45,1
	Total	224	100,0
Ítem5. El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad.	Verdadero	128	57,1
	Falso	96	42,9
	Total	224	100,0
Ítem7. El material de látex del condón puede soportar altas temperaturas.	Verdadero	125	55,8
	Falso	99	44,2
	Total	224	100,0
Ítem8. El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol.	Verdadero	86	38,4
	Falso	138	61,6
	Total	224	100,0
Ítem11. Los condones se pueden llevar en las billeteras.	Verdadero	89	39,7
	Falso	135	60,3
	Total	224	100,0
Ítem12. El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzo cortante.	Verdadero	50	22,3
	Falso	174	77,7
	Total	224	100,0

En la tabla 24 se muestra las respuestas sobre las actitudes hacia el uso del condón. El 32,1% de los participantes no están ni de acuerdo ni en desacuerdo con la afirmación de que el condón se puede dejar cuando se está casado pero el 26,3% está en desacuerdo. El 44,2% de la muestra está totalmente en desacuerdo con la afirmación de que una persona al pedir a la otra usar condón se deba a que hay desconfianza. El 42,9% de los participantes está totalmente en desacuerdo en que no es necesario usar condón cuando hay amor de por medio y el 40,6% está totalmente

en desacuerdo en que no es necesario usar condón cuando se conoce bien a la persona. El 30,4% de la muestra está totalmente en desacuerdo en que al usar el condón no se siente nada. Mientras que el 44,7% de los participantes están totalmente de acuerdo con la frase “me gustan las relaciones sexuales cuando no uso condón”. El 52,2% de los participantes están totalmente en desacuerdo en decir que la mujer es “muy jugada” por pedir utilizar condón en una relación sexual. Sin embargo, el 5,8% y el 3,1% están de acuerdo con esta afirmación. Por otro lado, el 56,7% de la muestra están totalmente en desacuerdo en que es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar condón. No obstante, el 1,8% y el 3,1% están de acuerdo con esta afirmación.

Tabla 24

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems en la dimensión actitudes de la sub escala Uso del Condón.*

Ítems	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 1. Cuando se está casado (a) puede dejarse el uso del condón.	Totalmente de acuerdo	11	4,9
	De acuerdo	31	13,8
	Ni de acuerdo o en desacuerdo	72	32,1
	En desacuerdo	59	26,3
	Totalmente en desacuerdo	51	22,8
	Total	224	100,0
Ítem 2. Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza.	Totalmente de acuerdo	6	2,7
	De acuerdo	14	6,3
	Ni de acuerdo o en desacuerdo	35	15,6
	En desacuerdo	70	31,3
	Totalmente en desacuerdo	99	44,2
	Total	224	100,0
Ítem 3. Cuando se usa el condón no se siente nada.	Totalmente de acuerdo	12	5,4
	De acuerdo	31	13,8
	Ni de acuerdo o en desacuerdo	52	23,2
	En desacuerdo	61	27,2
	Totalmente en desacuerdo	68	30,4
	Total	224	100,0
Ítem 4. Si hay amor de por	Totalmente de acuerdo	7	3,1
	De acuerdo	11	4,9

medio no es necesario usar el condón.	Ni de acuerdo o en desacuerdo	45	20,1
	En desacuerdo	65	29,0
	Totalmente en desacuerdo	96	42,9
	Total	224	100,0
Ítem 5. Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón.	Totalmente de acuerdo	12	5,4
	De acuerdo	15	6,7
	Ni de acuerdo o en desacuerdo	46	20,5
	En desacuerdo	60	26,8
	Totalmente en desacuerdo	91	40,6
Total	224	100,0	
Ítem 6. La mujer que solicite que use el condón en una relación sexual con ella significa que es muy "jugada"	Totalmente de acuerdo	7	3,1
	De acuerdo	13	5,8
	Ni de acuerdo o en desacuerdo	32	14,3
	En desacuerdo	55	24,6
	Totalmente en desacuerdo	117	52,2
Total	224	100,0	
Ítem 7. Es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar condón.	Totalmente de acuerdo	4	1,8
	De acuerdo	7	3,1
	Ni de acuerdo o en desacuerdo	26	11,6
	En desacuerdo	60	26,8
	Totalmente en desacuerdo	127	56,7
Total	224	100,0	
Ítem 8. Me gustan más las relaciones sexuales cuando no uso condón.	Totalmente de acuerdo	49	21,9
	De acuerdo	51	22,8
	Ni de acuerdo o en desacuerdo	59	26,3
	En desacuerdo	25	11,2
	Totalmente en desacuerdo	40	17,9
Total	224	100,0	

En la tabla 25 se aprecia las respuestas de los participantes acerca de las prácticas seguras de la sub escala Uso del Condón. El 25% de la muestra reconocieron que a veces utilizan el condón en sus relaciones sexuales. El 50,9% afirman que siempre comprueban que el paquete no esté roto antes de utilizarlo. Finalmente, el 47,3% afirman que antes de usar el condón revisan la fecha de vencimiento.

Tabla 25

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems de prácticas acerca de la sub escala Uso del Condón.*

Ítems	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Ítem1. Uso el condón en mis relaciones sexuales.	Nunca	19	8,5
	Casi nunca	36	16,1
	A veces	56	25,0
	Casi siempre	48	21,4
	Siempre	65	29,0
	Total	224	100,0
Ítem3. Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto.	Nunca	21	9,4
	Casi nunca	13	5,8
	A veces	34	15,2
	Casi siempre	42	18,8
	Siempre	114	50,9
	Total	224	100,0
Ítem4. Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo.	Nunca	30	13,4
	Casi nunca	26	11,6
	A veces	25	11,2
	Casi siempre	37	16,5
	Siempre	106	47,3
	Total	224	100,0

En la tabla 26 se aprecia que el 56,3% afirman que a veces tienen relaciones sexuales sin usar condón.

Tabla 26

*Análisis descriptivo de las respuestas a los ítems de prácticas acerca de la sub escala Uso del Condón.*

ÍTEMS	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Ítem 2. Tengo relaciones sexuales sin usar el condón.	Siempre	19	8,5
	A veces	126	56,3
	Casi nunca	31	13,8
	Nunca	48	21,4
	Total	224	100,0

## Discusión

El presente estudio tiene las limitaciones propias de los estudios transversales ya que no se puede realizar causalidad entre las variables investigadas. En segundo lugar, por lo extensa que es la escala y por el tema que aborda, se vio limitado el número de la muestra. En tercer lugar, hay posibilidad de que algunas respuestas de los participantes hayan sido sesgadas por la deseabilidad social; sin embargo, el hecho de que la aplicación de la escala fue anónima pudo haber influido en la veracidad de la información.

A pesar de estas limitaciones, la presente investigación contribuye a actualizar la información sobre cómo está la población universitaria de Lima Metropolitana en conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual, Salud Reproductiva, VIH/SIDA/ITS y Uso del Condón; siendo un estudio novedoso y enriquecedor ya que no se han encontrado investigaciones que abarquen estas cuatro dimensiones.

En la Sub escala Salud Sexual, los estudiantes universitarios presentan un nivel de conocimiento alto, actitudes regularmente favorables y prácticas seguras. En lo que respecta a la dimensión de conocimiento, más del 80% de la muestra respondió adecuadamente. Se observa que los universitarios conocen de asertividad sexual (ítem 5 y 8) al igual que los jóvenes en Colombia (Martínez et al., 2015) donde los varones muestran mayor porcentaje que las mujeres.

El 70% sabe que el acto sexual no es mejor cuando se toma licor o cuando se consumen drogas. Sin embargo, en Cajamarca suelen ser los varones los que presentan mayor consumo de alcohol previo al coito, lo cual puede suceder porque piensan o consideran saber que el coito es mejor si se consume alcohol (Rodríguez et al., 2016). En la dimensión de actitudes, al hablarse de prejuicios de género (ítem 13 y 20), la muestra tiene actitudes favorables que evidencian que la mayoría no posee prejuicios de género, lo que se puede plasmar también en Portugal, donde son las mujeres quienes tienen resultados más positivos hacia el análisis de género (Reis et al., 2013). En el estudio realizado en Huancayo, los estudiantes mostraron actitudes riesgosas en salud sexual y reproductiva no coincidiendo con los resultados del estudio.

Finalmente, en la variable prácticas, el 41% practica la masturbación a veces y solo el 21.9 % nunca lo hizo. Aproximadamente el 84% practica el sexo oral. En Jaén, el 96% de los hombres practica la masturbación frente al 19% de las mujeres. Así mismo, son las mujeres las que practican más el sexo oral (Rodríguez et al., 2016).

En la sub escala de Salud Reproductiva, los resultados muestran que los participantes poseen un conocimiento de nivel medio, actitudes altamente favorables y prácticas seguras. Existiendo así diferencias entre estudiantes ecuatorianos y peruanos, ya que, en los primeros, el conocimiento sobre salud reproductiva es medio bajo (Ordoñez, 2017). Así también hay distintos resultados con la población colombiana, puesto que el 65.6% conoce sobre métodos anticonceptivos, lo cual involucra la salud reproductiva (Bahamón et al., 2014). En ese sentido, los participantes parecen no saber mucho acerca de métodos anticonceptivos ya que el 62% no sabía que la abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo, pero sí sabía de las pastillas anticonceptivas. El 100% considera erróneamente que las píldoras anticonceptivas provocan cáncer y que la ducha vaginal previene el embarazo.

Estos datos impulsan a pensar que, debido a estas falencias en métodos anticonceptivos, la tasa de embarazos no planificados es del 52%.

En cuanto a actitudes, Pernaz y Cárcamo (2015) mencionaron que vivir en zonas urbanas está asociado con actitudes favorables sobre sexualidad, lo cual se cumple en este estudio que se realizó en Lima Metropolitana. El 13.4% considera que solo sea la mujer quien deba cuidarse de los embarazos. Porcentaje que no se aleja mucho del estudio hecho en Huancayo, donde el 20%, responsabiliza a la mujer en el proceso de anticoncepción (Orihuela, 2016).

El 74% muestra actitudes positivas hacia el derecho sexual de decidir en qué momento la persona desea tener hijos. Siendo esta una manifestación de la asertividad sexual ya que permite tomar decisiones sobre nuestra sexualidad y hacer que se cumplan nuestros derechos sexuales y reproductivos. Por ello, en próximas investigaciones se sugiere que realicen un estudio correlacional entre asertividad sexual y el CAP, ya que este constructo juega un papel importante en la sexualidad humana.

Por último, en la dimensión prácticas, los resultados discrepan de alguna manera entre sí ya que aproximadamente el 86% refiere informarse sobre métodos anticonceptivos; sin embargo, en sus respuestas no se demuestra conocimiento sobre algunos métodos en específicos.

Por otro lado, el 50% de los estudiantes universitarios emplean siempre algún método anticonceptivo cuando tienen relaciones coitales. Cifra que se asemeja con la población colombiana donde el 54.7% utiliza métodos anticonceptivos (Bahamón et al., 2014). El 78% menciona haber utilizado algún método anticonceptivo en su última relación sexual. Concluyendo así que en la muestra estudiada no hay prácticas de alto riesgo.

Tanto para salud sexual y salud reproductiva, no se cumple a cabalidad la teoría que supone que el conocimiento es primordial para influir en la actitud, ya que posteriormente ésta será puesta en práctica. (Meillier, Lund & Kok citado por Laza & Sánchez, 2012). Esto debido a que los conocimientos y actitudes tienen puntajes medios y altos, lo cual debería influir en las prácticas de manera positiva, pero estas últimas en ambas sub escalas, tienen puntuaciones medias.

En la Sub escala VIH/SIDA/ITS se obtuvo como resultado un nivel de conocimiento medio, actitudes más favorables y practicas seguras. Dentro del conocimiento, se encontraron varias falencias en las respuestas de los estudiantes universitarios respecto al significado de las siglas VIH/SIDA, en responder que el VIH y SIDA ocurren al mismo tiempo y que tienen cura. Asimismo, sobre las diferentes vías de transmisión del VIH/SIDA y las otras ITS, el 85,7% refirieron que se adquiere por vía sexual. Sin embargo, es preocupante que un pequeño grupo piensen que estas infecciones se contagien mediante el agua, en el aire, por un apretón de mano o abrazo, por estornudos, saliva o sudor. Así también, que la Hepatitis B no la consideren como una infección de trasmisión sexual. Por otro lado, los estudiantes universitarios mostraron actitudes favorables en interactuar con personas que tengan VIH/SIDA/ITS y sólo un pequeño porcentaje mostraron tener prejuicios respecto a estas personas. Finalmente, los participantes respondieron tener prácticas seguras. No obstante, un pequeño grupo reconoció que tuvo relaciones coitales con personas desconocidas por presión de grupo y también afirmaron que pagaron para tener acto sexual.

Similares resultados se encontraron en el estudio realizado en Ecuador por Real et al., (2017) donde los universitarios de la facultad de odontología manifestaron que las vías de transmisión del VIH son a través del acto sexual y también sanguínea, y solo el 15% conocía que de madre a hijo también se transmitía, denotando una insuficiencia información en este sentido. De igual manera, en los tipos de ITS, el 65% mencionaron que sí saben, más no respondieron cuáles, demostrando desconocimiento sobre esto.

A diferencia del estudio realizado por Jiménez en el 2016, donde los estudiantes universitarios mostraron mayores conocimientos en las vías de transmisión del VIH y los factores de riesgo ante el VIH. Sin embargo, las actitudes fueron regulares ya que manifestaron que se sentirían incómodos de interactuar o compartir baño con una persona que tenga VIH; el saber si su pareja tiene VIH, la dejaría y en considerar que las personas con VIH se contagiaron por comportamientos irresponsables. Así también, mostraron deficiencias (59%) en las prácticas de riesgo ante el VIH, siendo el problema principal el uso del preservativo.

Éstos datos nos podrían explicar de algún modo la elevada cifra (alrededor de 70000) de personas que tienen VIH en nuestro país (MINSA citado en el diario El Correo, 2018). Por ello, es sumamente importante que este grupo etario conozca sobre VIH/SIDA y otro tipo de ITS, cuáles son las vías de transmisión, cómo prevenir y acerca del tratamiento. Esto, sumado a las actitudes favorables hacia el VIH dará lugar a tener una vida sexual saludable.

Por otro lado, en la sub escala Uso del Condón se obtuvo como resultado un nivel medio de conocimiento, actitudes favorables y prácticas regulares. En la dimensión conocimiento, los universitarios afirmaron que el condón es el método eficaz para prevenir el VIH así como otras ITS. También reconocieron saber usar correctamente el condón. Sin embargo, un poco más de la mitad de los participantes piensan que el usar constantemente el condón puede conllevar a padecer alguna enfermedad. En lo que refiere la dimensión actitudes los resultados fueron regularmente favorables respecto al uso del condón con una pareja estable o respecto al no utilizar condón en sus relaciones sexuales. Finalmente, en la dimensión práctica, el 56,3% de los estudiantes reconocieron que a veces tienen relaciones sexuales sin usar condón, datos preocupantes que ponen en evidencian los riesgos a los que se exponen los propios estudiantes.

Resultados semejantes se encontraron en Cuba en el estudio realizado por Cortés et al., en el 2015 donde el 19,0% de los universitarios que tienen una vida sexual activa manifestaron estar en desacuerdo de utilizar el condón con su pareja estable y el 15,5% estuvieron indecisos ante esta misma pregunta.

De la misma manera, en Colombia Martínez et al., realizaron en el 2015 un estudio donde encontraron que el 15% de las mujeres reconocen no haber utilizado condón a pesar de ser sexualmente activas.

Ante ello, como lo menciona Sausa (2018), no es de sorprender que en nuestro país la tasa de embarazos no planificados es del 52% a comparación con el promedio mundial que es de 40%.

Para entender estas preocupantes cifras, tomaremos la Teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen y Madden (1986) citado por Martín et al., en el 2011. Ésta teoría señala que la intención conductual tiene tres procesos principales: actitudes sociales, norma subjetiva y control conductual percibido. Los jóvenes que no utilizan condón en sus relaciones sexuales tienen mitos de que al utilizarlo tendrán menor placer sexual (actitudes sociales). Asimismo, muchos de ellos (as) se sienten presionado por sus amistades y por buscar aceptación o admiración del grupo al que pertenecen, realizan lo mismo que hacen ellos (norma subjetiva). También, a muchos les cuesta negociar el uso del preservativo, esto en mayor

medida se observa en las mujeres; o sino, desconocen el uso correcto del mismo por lo que prefieren no tomarlo en cuenta (control conductual percibido), dando lugar a los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS).

En este sentido, se puede concluir que para lograr que los jóvenes adquieran el adecuado conocimiento, actitudes favorables y prácticas seguras en sexualidad, el tema debería ser abordado en el entorno familiar mediante conversaciones que contenga un lenguaje adecuado de acorde a la edad de los hijos. Asimismo, todo ello debería enriquecerse en la escuela, especialmente desde el nivel inicial, de lo contrario la instrucción sexual se iniciará de forma tardía, trayendo muchas veces consecuencias definitivas en la etapa de la juventud al momento de formar sus relaciones amorosas.

A su vez, se sugiere que luego de los resultados obtenidos, los programas estudiantiles se enfoquen en la problemática actual encontrada en el estudio, abordando la sexualidad en su totalidad, sin limitarla solo a lo biológico. Así mismo, desarrollar talleres que potencialicen la habilidad de la asertividad sexual ya que es un factor importante para llevar una vida sexual saludable.

De igual manera, se cree pertinente que las universidades implementen programas o talleres relacionados a la Salud Sexual y Reproductiva ya que es un tema que cobra mayor relevancia en este grupo.

Por otro lado, se recomienda que se lleve a cabo un estudio comparativo según sexo, religión, orientación sexual y otras variables a considerar.

Para los siguientes estudios, se considera relevante obtener la validez del instrumento empleado en el estudio.

Finalmente, sería adecuado que se construyan más instrumentos en nuestro contexto vinculados a la sexualidad en su totalidad, pero con una menor cantidad de ítems.

## Conclusiones

- Se concluye que los estudiantes universitarios de Lima Metropolitana presentan un nivel de conocimiento alto en salud sexual. Más del 80% de la muestra respondió adecuadamente a las implicancias que tiene la salud sexual; sin embargo, existe aún falsas ideas sobre la sexualidad en una pequeña parte de los jóvenes (30%).
- A su vez, las actitudes de los estudiantes son regularmente favorables hacia la salud sexual. Es probable que la variable religión haya influido en el 10 % que afirma que el hombre y la mujer valen más cuando son vírgenes o castos. El 30 % siente temor de vivir una vida sexual saludable ya que tienen temor de contraer enfermedades o de tener hijos. Ante lo cual se deberían tomar medidas que brinden información veraz y que les permita vivir una sexualidad libre de temores. Aún se observan falencias respecto a prejuicios que mantienen los jóvenes. En cuanto a prácticas, estas resultaron ser saludables ya que la mayor parte de la muestra suele practicar la masturbación y el sexo oral.
- Los jóvenes estudiantes poseen conocimientos de nivel medio, notándose la mayor carencia en los métodos anticonceptivos ya que el 62% no sabía que la abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo, a su vez, todos los participantes consideran erróneamente que las píldoras anticonceptivas provocan cáncer y que la ducha vaginal evita el embarazo.
- Las actitudes de la muestra estudiada son altamente favorables, puesto que la mayoría conoce acerca de sus derechos sexuales y de la asertividad sexual. Pese a ello, una pequeña parte (13.4%) considera que solo sea la mujer quien deba cuidarse de los embarazos.
- Las prácticas que poseen los estudiantes universitarios resultaron ser seguras y saludables. Pese a ello, existe discrepancia con la dimensión conocimiento ya que ellos refieren informarse sobre métodos anticonceptivos, pero sus conocimientos no plasman esto ya que sus resultados son regulares y en algunos casos carentes sobre el tema. Así mismo, sólo la mitad de la muestra emplea siempre algún método anticonceptivo cuando tienen relaciones coitales, siendo esto un riesgo bastante alto en los jóvenes universitarios.
- Respecto a la Sub escala VIH/SIDA/ITS, los resultados arrojan que los estudiantes universitarios poseen un nivel de conocimiento regular, poniendo en manifiesto que todavía desconocen temas importantes como los Tipos de ITS, las diferentes vías de Transmisión de ITS, prevención y tratamiento.

Ahora bien, a pesar que tanto actitudes como prácticas los resultados fueron positivos, se pone en duda la veracidad de la información debido a que muchas afirmaciones de la escala son cuestiones personales pudiendo verse influenciado por deseabilidad social.

- Por último, en la Sub escala Uso del Condón, tanto en conocimiento, actitudes como en prácticas los resultados fueron regulares, notándose que todavía persiste la creencia de que el uso del preservativo disminuye el placer sexual, por lo que muchos tienden a no utilizarlo exponiéndose a contraer alguna ITS o tener embarazos no planificados.

## Referencias

- Bahamón, M., Vianchá, M. & Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 1(2), 327-353. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21331836009.pdf>
- Blanc, A., De Sosa, M., Díaz, L., Pinto, E. & Scolara, M. (2012). *Asertividad sexual en mujeres y hombres heterosexuales en pareja*. Instituto Kinsey. (Tesis para optar el título de posgrado en sexualidad humana Terapia y Educación Sexual), Rosario, Argentina.
- Cada día quedan embarazadas 4 adolescentes menores de 15 años en Perú. (24 de junio del 2018). *Perú 21*. Recuperado el 4 de agosto, 2018 de <https://peru21.pe/peru/inei-dia-quedan-embarazadas-4-adolescentes-menores-15-anos-peru-411389>
- Carmona, G., Beltrán, J., Calderón, M., Piazza, M. & Chávez, S. (2017). Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(4), 601-10. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n4/a04v34n4.pdf>
- Celina, H. & Campo, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (4), 572-580. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>
- Cortés, A., García, R. & Ochoa, R. (2015). Comportamiento sexual y uso del condón en estudiantes de la facultad de tecnología de la salud. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 67(2), 202-212. Cuba. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-07602015000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602015000200007)
- El 13% de adolescentes peruanas quedan embarazadas, según informe del UNFPA. (27 de octubre del 2017). *RPP Noticias*. Revisado el 30 de julio, 2018 de <https://rpp.pe/peru/actualidad/el-13-de-adolescentesperuanas-quedan-embarazadas-segun-informe-del-unfpa-noticia1085541>
- Embarazos en niñas y adolescentes se incrementó en 11 regiones del país. (12 de junio del 2018). *RPP Noticias*. Revisado el 30 de julio, 2018 de <https://rpp.pe/lima/actualidad/embarazo-en-ninas-y-adolescentes-seincremento-en-11-regiones-del-peru-en-el-2017-noticia-1128817>
- Europa, única región donde aumentan los casos de VIH según la OMS. (26 de julio del 2018). *El Global*. Recuperado el 8 de agosto, 2018 de <http://www.elglobal.net/politica-sanitaria/europa-unica-region-donde-aumentan-los-casos-de-vih-segun-la-oms-CX1671163>
- Fernández, Z. (28 de mayo del 2018). El VIH afecta con mayor incidencia a jóvenes de 18 a 24 años en Arequipa. *El Correo*. Recuperado el 04 de junio del 2018, de <https://diariocorreo.pe/edicion/arequipa/el-vih-afecta-con-mayorincidencia-jovenes-de-18-24-anos-en-arequipa-821340/>
- Ferrando, P. & Anguiano, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>
- Fundación UNAM. (2014). *Prácticas Sexuales de Riesgo*. Blog de la Fundación UNAM. México. Recuperado el 12 de setiembre, 018 de <http://www.fundacionunam.org.mx/ciencia/practicas-sexuales-de-riesgo/>

- Gómez, I. & Arévalo, I. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes de pregrado de una universidad de Colombia. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología*, 20(3), 63-69. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/287200510\\_Conocimientos\\_actitudes\\_y\\_practicas\\_sobre\\_salud\\_sexual\\_y\\_reproductiva\\_en\\_estudiantes\\_de\\_pregrado\\_de\\_una\\_universidad\\_de\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/287200510_Conocimientos_actitudes_y_practicas_sobre_salud_sexual_y_reproductiva_en_estudiantes_de_pregrado_de_una_universidad_de_Colombia)
- González, T. & Rosado, A. (2000). Uso del condón en estudiantes de enseñanza técnica y profesional. *Revista Cubana Enfermer*, 16(1), 40-45. Recuperado de: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol16\\_1\\_00/enf07100.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol16_1_00/enf07100.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación. 6ta edición*. México: McGRAW-HILL Education. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Inicio temprano en las relaciones sexuales incrementa el riesgo de las ITS. (14 de febrero del 2017). *RPP Noticias*. Revisado el 04 de junio, 2018 de <http://vital.rpp.pe/salud/inicio-temprano-en-las-relaciones-sexualesincrementa-el-riesgo-de-its-noticia-1030828>
- Jiménez, D. (2016). Conocimiento, actitudes y prácticas frente al VIH en estudiantes de quinto año de Medicina de Universidad Católica, junio-septiembre de 2016. *Revista Senderos Universitarios*, 4(2), 38-47. Recuperado de: <http://www.revistasnicaragua.net.ni/index.php/senderosu/article/view/3654>
- Kornblit, A. & Sustas, S. (2015). Actitudes y prácticas sexuales de los jóvenes escolarizados en el Nivel Medio de la enseñanza pública argentina ¿nuevos patrones? *Revista Educación, Lenguaje y Sociedad*, 12 (12), 1-27. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6432830>
- Laza, C. & Sánchez, G. (2012, 26 de abril). Enfermería y perspectiva de género. *Revista electrónica Enfermería Global*, 408-415. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/enfermeria3.pdf>
- Lewin, M. (1985). Unwanted intercourse: The difficulty of saying no. *Psychology of Women Quarterly*, 9(1), 184-192. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1471-6402.1985.tb00871.x>
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S. & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84-99. doi: 10.1037/1082-989X.4.1.84
- Martín, M., Martínez, J. & Rojas, D. (2011). Teoría del Comportamiento Planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana Salud Pública*, 29(6), 433-443. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n6/433-443/>
- Martínez, L., Vianchá, M. & Uribe, I. (2015). Prácticas sexuales y uso del condón en jóvenes de Boyacá, Colombia. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2), 761-790. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num2/Vol18No2Art14.p>
- Martínez, R., Tuya, L., Martínez, M., Pérez, A. & Cánovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X2009000200017&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000200017&lng=es&tlng=es).

- Mendoza, M. & Olvera, J. (2013). Conocimiento y Actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 16(1), 258-68. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num1/Vol16No1Art15.pdf>
- Ministerio de Salud (2013). *Planifica tu futuro. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 04 de junio, 2018 de <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/planfam/introduccion.asp>
- Muehlenhard, C. & Cook, S. (1988). Men's self reports of unwanted sexual activity. *The Journal of Sex Research*, 24(1), 58-72. doi: 10.1080/00224498809551398.
- Narváez, J. (01 de diciembre del 2017). En Perú, Lima y Callao concentran el 75% de casos de VIH. *La República*. Recuperado el 04 de junio, 2018 de <https://larepublica.pe/sociedad/1152477-lima-y-callaoconcentran-el-75-de-casos-de-vih>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Infecciones de Transmisión Sexual*. Recuperado el 29 de setiembre, 2018 de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud (2018). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado el 29 de setiembre, 2018 de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Panamericana de Salud (2018). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*. Recuperado el 29 de setiembre, 2018 de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es)
- Ordoñez, J., Real, J., Gallardo, J., Alvarado, H & Roby, A. (2017). Conocimientos sobre salud sexual y su relación con el comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 419-423. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14264>
- Orihuela, J. (2016). *Conocimiento, actitudes y prácticas sobre sexualidad asociado al embarazo en adolescentes de instituciones educativas de la provincia de Huancayo-2013*. (Tesis para optar el grado de Magister en Gerencia Social). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Patiño, T. (2018). *Niveles de asertividad sexual en estudiantes universitarios de la ciudad de Cuenca*. (Tesis para optar el título de licenciada en psicología clínica). Cuenca, Ecuador.
- Pareja, E. & Sánchez, A. (2016). *Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de 14 y 17 años de la Institución educativa secundaria 19 de abril de Chupaca, periodo 2016*. (Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia). Huancayo, Perú.
- Pérez, Y. (2016). Consentimiento sexual: un análisis con perspectiva de género. *Revista Mexicana de Sociología*, 78(4), 741-767. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v78n4/0188-2503rms-78-04-00741.pdf>
- Pernaz, G. & Cárcamo, C. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer peruana sobre la información por VIH/SIDA. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(4), 667-672. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000400006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400006&lng=es&tlng=es).

- Profamilia (2015). *Conéctese con el tema más delicioso del mundo. Guía temática en Salud sexual y Salud reproductiva para periodistas*, 9-22. Recuperado el 23 de agosto, 2018 de <http://profamilia.org.co/wpcontent/uploads/2015/05/Guia%20tematica%20para%20periodistas.pdf>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2008). *Información básica sobre el VIH*. Recuperado el 29 de setiembre, 2018 de [http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519\\_fastfacts\\_hiv\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf)
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2018). *Hoja Informativa: Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA*. Recuperado el 29 de setiembre del 2018, de [www.unaids.org/es/resources/factsheet](http://www.unaids.org/es/resources/factsheet)
- ¿Qué anticonceptivos son los más usados por jóvenes peruanos? (01 de mayo del 2014). *El Comercio*. Recuperado el 3 de junio, 2018 de <https://elcomercio.pe/lima/anticonceptivos-son-usados-jovenes-peruanos-315527>
- Real, J., González, J., Irrazabal, A., Ramírez, J., Roby, A. & Hernández, M. (2017). Conocimiento sobre el VIH/Sida en estudiantes de Odontología de la Universidad de Guayaquil. *EDUMECENTRO*, 9(4), 6-18. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742017000400002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742017000400002&lng=es&tlng=es)
- Rodríguez, M., Muñoz, R., & Sánchez, I. (2016). Conocimiento y actitudes sobre sexualidad en adolescentes de primer curso de Grado en Educación Infantil y Primaria de la Universidad de Jaén. *Enfermería global*, 15, 167-173. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000100009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100009)
- Sausa, M. (28 de abril del 2018). Perú a la cola de Latinoamérica en uso de anticonceptivos modernos. *Perú 21*. Recuperado el 04 de junio, 2018 de <https://peru21.pe/peru/peru-cola-latinoamericaanticonceptivos-modernos-informe-405105>
- Solo 3 de 10 jóvenes usan preservativo en el Perú. (11 de febrero del 2018). *Diario Uno*. Recuperado el 3 de junio, 2018 de <http://diariouno.pe/solo-3-de-10jovenes-usan-preservativo-en-el-peru/>
- Tovar, J. (2012). Los adolescentes frente al sexo. *Plataforma virtual EFE SALUD*. Recuperado el 27 de octubre, 2018 de <https://www.efesalud.com/los-adolescentes-frente-al-sexo/>
- Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2014). Actitudes: definición y medición componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. *Psicología social, cultura y educación*, 10(1). Recuperado de: <https://docplayer.es/17613762-Capitulo-x-actitudes-definicion-y-medicion-componentes-de-la-actitud-modelo-de-la-accion-razonada-y-accion-planificada.html>
- Vargas, R. (2007). Conocimientos, actitudes y prácticas en la salud sexual y la salud reproductiva: propuesta de una escala psicométrica. Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO), 135-167. Recuperado el 12 de octubre, 2018 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4792260>
- Velásquez (s/f). *Sexualidad responsable. Programa Institucional de Actividades de Educación para una vida saludable*, 2(1). Recuperado el 19 de mayo, 2016 de [https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI\\_Presentaciones/licenciatura\\_en\\_mercadotecnia/fundamentos\\_de\\_metodologia\\_investigacion/PRES44.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf)

- Velicer, W. & Fava, J. (1998). Effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychological Methods*, 3(2), 231-251. doi: 10.1037/1082-989X.3.2.231
- Villanueva, J. (2018). *Características, conocimientos y actitudes en estudiantes de dos instituciones educativas superiores tecnológicas estatal y privada sobre sexualidad en la ciudad de Chiclayo junio-noviembre 2016*. (Tesis para optar el título profesional de cirujano). Chiclayo, Perú.

## Anexos

### Anexo 1

#### Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de la presente investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como el rol que cumplirán como participantes de esta.

La presente investigación es conducida por Debora Fabiola Garbozo Meza y Allyson Keith Rodríguez Utia. El objetivo de este estudio es describir y comparar los conocimientos, actitudes y prácticas de Salud Sexual y Reproductiva en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.

Si usted acepta participar en este estudio, se le aplicará la Escala de salud sexual y reproductiva que consiste en contestar una serie de preguntas cuyas respuestas son de tipo Likert. Esto tomará aproximadamente entre 20 minutos. La prueba dará a conocer sus conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los resultados serán codificados usando un número de identificación y serán reportados según el interés de cada participante, teniendo acceso a los números telefónicos brindados.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede contactar a Debora Garbozo Meza al celular 948477329 y a Allyson Keith Rodríguez Utia al celular 952666857.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Autorizo mi participación en esta investigación, conducida por Debora Fabiola Garbozo Meza y Allyson Keith Rodríguez Utia. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es describir y comparar los conocimientos, actitudes y prácticas de Salud Sexual y Reproductiva en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana.

Me han indicado también que responderé a una serie de preguntas cuyas respuestas son de tipo Likert, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información obtenida en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida sin que esto acarree perjuicio alguno.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

-----

Firma del Participante

-----

Fecha

## Anexo 2

### Ficha de datos sociodemográficos

A continuación, se te presentan algunas preguntas generales sobre tu sexualidad. Recuerda que tus respuestas son confidenciales y anónimas por lo que se te pide tu total sinceridad.

1. **Sexo:** **Femenino** **Masculino**
  
2. **Edad:** .....
3. **Religión:** .....
  
3. **Universidad / Carrera / ciclo** .....
  
4. **Tiene pareja:** **Si** **No**
5. **Si marcó "Sí", ¿Cuánto tiempo de relación tienen?**  
.....
  
6. **Si marcó "No", ¿Hace cuánto terminaron? ¿Cuánto tiempo duraron?**  
.....
  
7. **Métodos anticonceptivos que utiliza (puede marcar más de 1 opción):**  
  
Natural (método del ritmo, coito interrumpido)  
Hormonal (píldoras anticonceptivas, parches, etc.)  
Barrera (preservativos)  
Quirúrgicos (ligadura de trompas o vasectomía) **Ninguno**
  
8. **Orientación sexual**  
  
Heterosexual  
Homosexual  
Bisexual  
  
Otros
  
9. **Tiene vida sexual activa:** **Si** **No**
  
10. **Edad de inicio de vida sexual:** .....
  
11. **¿Utilizaste algún método anticonceptivo en tu primera vez?** **Sí** **No**  
  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

### Anexo 3

#### Escala de Salud Sexual y Salud Reproductiva (Vargas, 2007)

**Instrucciones:**

1. No escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario.
2. Marque con una "X" en la celda que refleje más su forma de pensar o de sentir.
3. Recuerde que esto no es un examen, por lo que no existen respuestas malas ni buenas.
4. **Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.**
5. **Responda a las afirmaciones de forma individual. Por favor, no consulte con nadie.**
6. Si tiene alguna duda, por favor resuélvala con la persona que está a cargo de la entrega y recolección de los cuestionarios.

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si son ciertas, falsas o no sabe.

			Ciert o	Fals o	No Sabe
	SRC04.	La ducha vaginal previene el embarazo			
	VSC23.	La gonorrea es una infección de transmisión sexual			
	SRC02.	La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo			
	SSC05.	La salud sexual incluye distinguir entre los deseos personales y los de las otras personas			
	COC13.	El condón debe abrirse por una esquina con los dedos			
	COC07.	El material de látex del condón puede soportar altas temperaturas			
	COC11.	Los condones se pueden llevar en las billeteras			
	SRC03.	Las píldoras anticonceptivas causan cáncer			
	VSC01.	VIH son las siglas para Virus de Inmunodeficiencia Humana			
	VSC09.	El VIH es un virus que puede estar en el agua			
	COC04.	El material con que está hecho el condón (látex) ofrece seguridad contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual			
	VSC08.	El VIH es un virus que puede estar en el aire			
	VSC20.	Existen medicamentos disponibles que ayudan a prolongar la vida de una persona con VIH/SIDA			

VSC18.	El VIH ataca al sistema inmunológico, es decir, a las defensas que produce nuestro organismo			
SSC04.	La salud sexual incluye comprender las consecuencias de las acciones que se tomen			
COC02.	Cuando se usa un condón es bueno usar vaselina, crema de manos o aceite para lograr una mayor lubricación			
VSC25.	La sífilis es una infección de transmisión sexual			

**Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si son ciertas, falsas o no sabe.**

		<b>Ciert o</b>	<b>Falso</b>	<b>No Sabe</b>
SSC03.	Los hombres que tienen un pene más grande hacen gozar sexualmente más a las mujeres			
VSC12.	El VIH se puede transmitir por medio del sudor o de la saliva de una persona infectada			
VSC04.	El VIH se adquiere con mayor frecuencia por la vía sexual			
SSC06.	La salud sexual incluye la promoción de la igualdad entre hombre y mujeres			
VSC26.	Las infecciones de transmisión sexual se pueden volver a contraer aunque la persona se haya curado			
SRC13.	Tengo acceso a lugares donde puedo conseguir métodos anticonceptivos			
SRC12.	Tengo acceso a información sobre planificación familiar			
SRC10.	Después de los 40 años todo hombre debe hacerse un examen de próstata anual			
SSC01.	La sexualidad está limitada a la genitalidad			
VSC11.	El VIH se puede transmitir a través de un abrazo o de un apretón de manos con una persona infectada			
COC15.	El hombre puede tener relaciones sexuales placenteras cuando usa el condón			
COC01.	El condón es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH			

	SRC09.	Hay días en que una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada			
	SRC11.	Tengo acceso a información sobre métodos anticonceptivos			
	COC05.	El uso constante del condón puede traer con el tiempo el padecimiento de alguna enfermedad			
	VSC05.	SIDA son las siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida			
	COC06.	El condón evita que organismos infecciosos presentes en la vagina y en el ano ingresen al pene			
	SSC08.	En una relación sexual es importante saber qué le gusta a la pareja			
	VSC21.	El VIH/SIDA se puede curar si la persona infectada recibe medicamentos a tiempo			
	VSC06.	El VIH y el SIDA ocurren al mismo tiempo			
	VSC19.	El SIDA no tiene cura			
<b>Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si son ciertas, falsas o no sabe.</b>			<b>Ciert o</b>	<b>Falso</b>	<b>No Sabe</b>
	SSC02.	La sexualidad es sólo lo biológico o anatómico			
	COC12.	El condón se puede abrir con los dientes o con algún objeto punzocortante			
	SRC05.	Las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para prevenir embarazos			
	COC10.	Siempre hay que asegurarse de que el empaque del condón no esté roto			
	SSC11.	El acto sexual es mejor cuando se consumen drogas			
	COC08.	El material de látex del condón puede estar expuesto directamente a la luz del sol			
	SSC09.	El acto sexual es mejor cuando se toma licor			
	VSC16.	El uso del condón es una forma eficaz de prevenir la infección con el VIH/SIDA			
	VSC13.	El VIH se puede transmitir por medio de la tos y los estornudos de una persona infectada			

	COC03.	Si se desea una mayor lubricación cuando se usa el condón siempre se debe usar gel a base de agua			
	COC14.	Sé cómo se usa correctamente el condón			
	COC09.	Los condones deben ser guardados en lugares frescos			
	COC16.	Siempre hay que usar el condón cuando se tienen relaciones sexuales anales			
	VSC27.	La mayoría de las infecciones de transmisión sexual pueden ser totalmente curadas, con un tratamiento oportuno y adecuado			
	VSC22.	Una vez que una persona se infecta con el VIH será para toda la vida			
	VSC24.	La Hepatitis B es una infección de transmisión sexual			

**Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.**

			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
	SSA14.	Las mujeres que no se preocupan por su apariencia física son “marimachas” o “tortilleras”					
	SSA11.	Siento temor de las relaciones sexuales porque puedo infectarme con el VIH/SIDA					

**Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.**

			Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
	SSA06.	La mujer vale más cuando es virgen					

SSA15.	Los hombres que se preocupan por su apariencia física son “afeminados”					
SRA05.	Puedo acudir a los servicios de salud sin temor					
VSA08.	Solo las trabajadoras del sexo pueden transmitir una infección de transmisión sexual					
VSA07.	Podría abrazar a una persona que tiene el VIH/SIDA					
SSA05.	La masturbación causa acné					
COA05 .	Si se conoce bien a la persona no es necesario usar el condón					
SSA04.	Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para los hombres					
COA07 .	Es un insulto para el hombre que una mujer le pida usar el condón					
VSA01.	Todas las personas infectadas con el VIH deberían estar encerradas en algún lugar especial					
SSA07.	El hombre vale más cuando es virgen					
SRA03.	Tengo derecho a decidir en qué momento deseo tener hijos					
SRA01.	La vasectomía deja al hombre con menos deseo sexual					
COA03 .	Cuando se usa el condón no se siente nada					
SSA08.	El hombre necesita las relaciones sexuales más que la mujer					
COA04 .	Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón					

	SSA13.	La masturbación la practican exclusivamente los hombres					
	VSA03.	Me resultaría fácil hacer amistad con una persona infectada con el VIH					
	COA08	Me gustan más las relaciones sexuales cuando no uso el condón					
<b>Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si está totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.</b>			<b>Totalment e de acuerdo</b>	<b>De acuerdo o</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
	SRA04.	La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada					
	SRA02.	Cuando una mujer está menstruando no se debe tener contacto sexual con ella					
	VSA02.	Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH					
	COA06	La mujer que solicita que se use el condón en una relación sexual con ella significa que es muy jugada”					
	SSA20.	Masturbarse es pecado					
	SSA02.	Las relaciones sexuales prematrimoniales son perjudiciales para las mujeres					
	COA02	Pienso que cuando una persona le pide a la otra que use el condón es porque no hay confianza					
	SSA21.	Me siento presionado(a) por mis amistades para tener relaciones sexuales					

VSA04.	La gente que se infectó con el VIH es porque se lo merece					
SSA19.	Voy a tener relaciones sexuales hasta que me case					
SSA18.	Preferiría que mi pareja sea más experimentada que yo					
COA01	Cuando se está casado (a) puede dejarse el uso del condón					
SSA17.	El acto sexual siempre debe culminar con la penetración					
SSA10.	Siento temor de tener sexo porque puedo adquirir una infección de transmisión sexual					
SSA12.	Me da vergüenza hablar sobre sexo					
SSA09.	Siento temor de tener sexo porque puede resultar en un embarazo					
VSA05.	El SIDA es una enfermedad de prostitutas					

**Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si lo hace siempre, casi siempre, a veces, casi nunca o nunca.**

		Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
SRP04.	Reviso mis genitales para detectar cambios o anormalidades					
SRP02.	Me informo sobre planificación familiar					
SSP01.	Me masturbo					
SRP01.	Me informo sobre métodos anticonceptivos					
SRP03.	Me informo sobre enfermedades del aparato reproductivo					

	Ya he tenido relaciones sexuales	1. Sí 2. NO (PASE A LA PREGUNTA XXX)
--	----------------------------------	---

Para cada una de las siguientes afirmaciones, indique si lo hace siempre, casi siempre, a veces, casi nunca o nunca.

			Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
	SSP02.	Practico el sexo oral					
	COP01.	Uso el condón en mis relaciones sexuales					
	SRP07.	Hablo del uso de anticonceptivos con la persona con la que voy a tener relaciones sexuales					
	COP03.	Antes de usar el condón compruebo que el paquete no esté roto					
	SRP06.	Uso algún método anticonceptivo cuando tengo relaciones sexuales					
	COP02.	Tengo relaciones sexuales sin usar el condón					
	COP04.	Me fijo en la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo					

Por favor, responda afirmativa o negativamente a lo siguiente.

			Sí	No
	SSP03.	Soy una persona sexualmente activa		
	VSP02.	He tenido alguna infección de transmisión sexual		
	SRP05.	Usé algún método anticonceptivo en mi última relación sexual		
	VSP03.	He tenido sexo con personas desconocidas sólo por presión de mis amistades		
	VSP04.	He pagado para tener relaciones sexuales		
	VSP01.	En la actualidad tengo una infección de transmisión sexual		

**MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y PARTICIPACIÓN**