

Cómo citar el artículo

Uribe Rodríguez, A. F. (2016). Salud sexual, apoyo social y funcionamiento familiar en universitarios. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 49, 206-229. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/805/1325>

Salud sexual, apoyo social y funcionamiento familiar en universitarios*

Ph. D. Ana Fernanda Uribe Rodríguez

Psicóloga

Especialista en Gestión en Salud

Magíster en Educación y Prevención en SIDA

Magíster en Prevención de Riesgos Laborales

Doctora en Psicología Clínica y de la Salud

Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga

Integrante del Grupo de Investigación Psicología Clínica y de la Salud

anafernanda.uribe@upb.edu.co

auribe@gmail.com

Recibido: 13 de abril de 2016.

Evaluado: 3 de agosto de 2016

Aprobado: 8 de agosto de 2016

Tipo de artículo: investigación científica y tecnológica

* Este artículo es resultado del proyecto: Conocimientos, actitudes y prácticas presentes en los procesos de comunicación sobre salud sexual y reproductiva entre padres e hijos/as universitarios en instituciones educativas privadas de Bucaramanga, Cali y Cúcuta. Código: 095-0614-3100. El cual fue financiado por la Dirección de Investigaciones y Transferencia de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga.

Resumen

La salud sexual y reproductiva ha estado enfocada en los factores de riesgo, y se debe transformar esa perspectiva hacia la promoción de la salud y el fortalecimiento de los factores de protección. El objetivo fundamental es identificar la relación entre factores psicosociales como el apoyo social y el funcionamiento familiar, y las conductas sexuales como un factor predictivo y protector de la salud sexual y reproductiva. La muestra estuvo conformada por 473 universitarios de tres ciudades colombianas; el 30,4% eran hombres y el 65,3% mujeres de las facultades de psicología, comunicación, ingenierías y derecho de tercero y sexto semestres. El diseño fue correlacional de corte transversal. Se utilizaron tres instrumentos: el *Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa* (CCVSA) diseñado por el Ministerio de Salud de Colombia (1997, citado por Uribe, 2005); el *Cuestionario de apoyo Social Medical Outcomes Study – Social Support Survey* (MOS), diseñado en 1991 por Sherbourne y Stewart (Londoño et al., 2012); y el *APGAR de Funcionamiento Familiar* (Smilkstein, 1978). Se logra evidenciar una correlación entre el apoyo social y las conductas sexuales de los universitarios como la edad de inicio y las conductas sexuales; de igual forma, se identifica la falta de redes de apoyo en temas en salud sexual y reproductiva y la presencia de conflictos familiares y pocas redes de apoyo, correlacionándolas con las conductas de riesgo. Se concluye que la comunicación familiar es un factor de protección frente a las conductas sexuales de riesgo en la población juvenil. Tanto las familias como las instituciones de educación superior deben contribuir a la salud sexual y reproductiva generando estrategias y espacios de socialización y formación para un desarrollo saludable, responsable y placentero en los jóvenes universitarios.

Palabras clave

Salud sexual, Universitarios, Apoyo social, Funcionamiento familiar.

Sexual Health, Social Support and Family Functioning in University Students

Abstract

Sexual and reproductive health has been focused in risk factors and this perspective must be changed for health promotion and the strengthening of protection factors. The objective of this article is to identify the relation among psychosocial factors such as social support and family functioning and sexual behavior as predictive and protection factors

of sexual and reproductive health. The sample is constituted by 473 second-and-third-year university students from three Colombian cities; 30.4% men and 65.3% women of psychology, communication, engineering, and law faculties. The design is transverse-type and correlational. Three instruments were used: the confidential survey about active sexual life (CCVSA for its acronym in Spanish) designed for the Health Ministry of Colombia, the Medical Outcomes Study-Social Support Survey designed in 1991 by Sherbourne and Stewart and the APGAR family functioning. We have verified a correlation between the social support and the sexual behavior of the university students in aspects such as the sexual initiation, the lack of support networks for sexual and reproductive health issues was found, and the presence of family conflicts. Family communication is a protection factor in relation to the risky sexual behavior in young people. Both family and higher education institutions must contribute to the sexual and reproductive health by promoting strategies and socialization and education scenarios for a healthy, responsible and pleasant sexual development in university students.

Keywords

Sexual health, University students, Social support, Family functioning.

Santé sexuelle, soutien social et fonctionnement familiale chez étudiants universitaires

Résumé

La santé sexuelle et reproductiva a été focalisée sur les facteurs de risque mais actuellement c'est nécessaire de transformer cette perspective vers la promotion de la santé et le renforcement des facteurs de protection. L'objectif de cet article est d'identifier les relations entre les facteurs psychosociaux comme le soutien social et le fonctionnement familiale avec les conduites sexuelles comme facteurs prédictifs et pour la protection de la sante sexuel et reproductiva. On a utilisé un échantillon de 473 étudiants universitaires de trois villes colombiennes ; 30.4% hommes et 65.3% femmes des facultés de psychologie, communication, génie et droit de deuxième et troisième année. Le dessin est corrélational et de type transversal, on a utilisé le questionnaire confidentiel sur la vie sexuelle active dessiné par le ministère de sante colombien, le questionnaire de soutien *Social Medical Outcomes Study-Social Support Survey* (MOS) et le APGAR de fonctionnement familial. On a trouvé une corrélation

entre le soutien social et les conduites sexuelles des étudiants universitaires comme l'âge d'initiation, on a identifié aussi le manque de réseaux de soutien dans sujets liés à la santé sexuelle et reproductive et on a trouvé des conflits familiales liés aux conduites de risque. La communication familiale est un facteur de protection par rapport aux conduites sexuelles de risque chez les jeunes. Les familles et les institutions d'éducation supérieure doivent d'aider à la santé sexuelle et reproductive en promouvant des

stratégies et des espaces de socialisation et éducation pour un développement bon pour la santé, responsable et agréable chez les jeunes étudiants universitaires.

Mots-clés

Santé sexuelle, Étudiants universitaires, Soutien social, Fonctionnement familial.

Introducción

A pesar de las diferentes estrategias a nivel público y privado desde los diferentes sectores para la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, se mantienen las conductas de riesgo y las consecuencias de las mismas como infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis, y el virus de papiloma humano (VPH); y problemáticas públicas como los embarazos precoces y/o no deseados, abortos, etc.). Las diferentes investigaciones identifican los factores implicados en la salud sexual con especial énfasis en lo biológico o en la conducta sexual; sin embargo, los factores psicosociales como la vulnerabilidad, el apoyo social y, sobre todo, el funcionamiento familiar, se han convertido en una variable de estudio como posible estrategia de prevención e intervención en la salud sexual y reproductiva.

208

Según los reportes epidemiológicos, cerca de 30 millones de personas han fallecido a causa del VIH según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (Onusida, 2014); y a su vez, se siguen infectando personas y falleciendo a causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Se estima que el 45% de las personas infectadas con VIH en el mundo son jóvenes de 15 a 24 años de edad, lo cual constituye casi la mitad de aproximadamente cinco millones de casos nuevos que se presentan cada año en el mundo por infección de este virus (Rivera, Caballero, Pérez & Montero, 2013; Ministerio de Protección Social, 2003; Ministerio de Protección Social-Onusida, 2008; UNFPA, 2003). Así mismo, más de 530 millones de personas son portadoras del virus que provoca el herpes genital tipo 2 (HSV2), y más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH). Según el Ministerio de Salud (2011), las principales infecciones de transmisión sexual (ITS) son de tipo ulcerativo, facilitando la infección por VIH, al igual que se ha dado un incremento en otras infecciones como la clamidia, el herpes, la hepatitis B y el VPH (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Con base en lo anterior, una aproximación psicosocial a la problemática en salud pública orienta hacia los comportamientos de las personas superando el paradigma de grupos de riesgo, sobre todo en la salud sexual y reproductiva. Por tanto, se entenderán como conductas de riesgo aquellas que "implican una exposición de la

persona a una situación que pueda generar algún daño sobre su salud o sobre la de otra persona, especialmente por la posibilidad de transmitir enfermedades como el VIH/SIDA" (Antón & Espada, 2009, p. 344). Ese daño también está orientado hacia el desarrollo de la persona, y afecta el bienestar y la salud integral del individuo (González, Better, Navarro, Silvera, Bolívar & Villegas, 2004 como se citó en Uribe & Ocasita, 2009). Es así que la mayoría de las definiciones sobre conductas sexuales de riesgo tienen en cuenta aspectos como el inicio de la vida sexual a temprana edad, la falta de uso del preservativo en las relaciones sexuales, las prácticas sexuales bajo efectos de sustancias psicoactivas (SPA), mantener relaciones sexuales con diferentes parejas, embarazos no deseados y aborto (Forcada, Pacheco, Pádua, Pérez, Todd & Pulido, 2013; Huitrón-Bravo et al., 2011; So, Wong & De Leon, 2005; Uribe & Ocasita, 2009). A ello también pueden sumarse, el desconocimiento y la falta de información sobre temas como el autocuidado, las relaciones sexuales seguras y los métodos de protección ante ITS y VIH/SIDA, que traen consecuencias negativas a corto plazo (Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis & Zhou, 2007; Goncalvez, Castellá & Carlotto, 2007; Orcasita, Uribe, Castellanos & Gutiérrez, 2012; Paramo, 2011; Rodríguez & Álvarez, 2006; Uribe, Carreño, Espinosa & Sastoque, 2011; Uribe, Carreño, Espinosa & Sastoque, 2014)

La mayoría de las investigaciones realizadas en población universitaria en el tema de la salud sexual incluyen como variable de estudio el inicio de las relaciones sexuales y las infecciones de transmisión sexual (Uribe, Orcasita & Vergara, 2010). Las investigaciones evidencian que las principales conductas de riesgo están relacionadas con el inicio a temprana edad de las relaciones genitales, encontrándose como media de inicio 13 años en adolescentes colombianos (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Dane], 2013). Campo-Cabal et al. (2006) hallaron como media de inicio de las relaciones sexuales en estudiantes universitarios 15,8 años en los hombres y 17,8 en las mujeres. Así mismo, Uribe y Orcasita (2009) hallaron que la edad promedio de inicio de la vida sexual de los universitarios es de 16,36 años, con una desviación típica de 2,34; esta media coincide con diferentes investigaciones sobre el inicio de las relaciones sexuales en universitarios (Arias, Vázquez, Dueñas, García & Tejada, 2011).

En un estudio realizado en 2010 con universitarios se identificó que más del 50% de los estudiantes tiene vida sexual activa, y es predominante en hombres (Díaz, Arrieta & González, 2010); de igual forma, en estudiantes de México se identificó que el 39,13% de los participantes tenía una vida sexual activa. Esta actividad implica mayor probabilidad de enfermedades sexuales si no se tiene el autocuidado adecuado; se ha identificado que un 1,43% de los universitarios tuvo una ITS como gonorrea, sífilis, candidiasis y tricomoniasis (Hernández & Cruz, 2008; Sánchez-Alemán, Uribe-Salas & Conde-González, 2002). Y en otro estudio, el 8,36% de los estudiantes que mantenían relaciones sexuales tuvo una ITS (Forcada et al., 2013). Otra situación posible como consecuencia del inicio de la vida sexual se relaciona con los embarazos: el 9,3% de las universitarias reporta embarazos no deseados, y el 65,52% habían estado preocupadas por la posibilidad de estar embarazadas

(Pulido et al., 2013). En un estudio similar se identifica que el 24% de las universitarias ha tenido un embarazo no deseado, y se resalta que el 12,38% tuvo un aborto (Forcada et al., 2013).

De igual forma, la baja utilización de métodos anticonceptivos y de barrera, como el preservativo, es otra conducta de riesgo en jóvenes. En la investigación realizada por González (2004) se evidencia conocimiento sobre los métodos de planificación, principalmente el del ritmo; sin embargo, el uso del preservativo es muy bajo. A su vez, consideran que otra de las formas de prevención es conocer la vida sexual de su pareja o tener un compañero sexual estable (70,8%) (González, 2004). En 2009, Uribe y Orcasita demostraron que los jóvenes en su primera relación sexual hacían uso del preservativo (52,8%); pero a través del tiempo, su uso en las relaciones sexuales disminuye (47,7%). Adicionalmente, el 34% de los estudiantes no usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual; y en la última conducta sexual, el 36,5% los omitió. En cuanto a las conductas sexuales en los últimos doce meses, más de la mitad (57,9%) afirmó que nunca hizo uso del preservativo y solo el 28,4% usó la píldora del día después.

Posteriormente, se fortaleció la investigación anterior al establecerse que los estudiantes de medicina y de derecho en la ciudad de Bogotá reportaron no haber utilizado preservativo (44,9%), y 177 (31%) afirmaron no haber utilizado ningún método de planificación efectivo en las conductas sexuales (Arias et al., 2011; Ruiz-Sternberg, Beltrán-Rodríguez, Latorre-Santos & Ruiz-Sternberg, 2010). Con relación al uso de protección sexual frente a infecciones y/o embarazos, se identifica que el 62,22% de los participantes mantenían relaciones sexuales sin usar preservativo (Forcada et al., 2013).

Otro factor importante en los comportamientos que afectan a los universitarios en su salud sexual es el número de parejas sexuales. Se observa que el aumento de las relaciones sexuales es directamente proporcional a la edad; es decir, a mayor edad, mayor actividad sexual (Dane, 2013). Por su parte, Cañón et al. (2011) resaltan que la media del número de parejas sexuales que han tenido desde el inicio de las relaciones sexuales es de 5,4 personas y el promedio de relaciones sexuales al mes es de 9,54. Y a su vez, son los hombres los que con más frecuencia presentan mayor número de parejas sexuales, las cuales en su mayoría pueden ser ocasionales; este tipo de conducta es otro aspecto que pone de manifiesto el alto índice de vulnerabilidad en los jóvenes ante una ITS y problemas en la salud sexual y reproductiva (Arias et al., 2011; Ballesteros, 2007; Cañón et al., 2011; Díaz, Arrieta & González, 2010; Hernández & Cruz, 2008; Ospina & Manrique-Abril, 2007). Para ser más específicos, se ha logrado identificar riesgos en función de las conductas sexuales o tipo de relaciones sexuales en los universitarios (vaginal, anal y oral), identificándose riesgos diferentes en cada una según la exposición a factores infectantes (Cañón et al., 2011; Padilla & Díaz, 2011; Uribe & Orcasita, 2009).

Los diferentes aspectos mencionados llevan a que Onusida (2008) plantee la vulnerabilidad como una variable fundamental en la salud sexual, ya que se

relaciona con los factores personales, la calidad y cobertura de los servicios y los factores sociales (como se citó en Orcasita, Uribe, Castellanos & Gutiérrez, 2012). Partiendo de estos factores, hace varios años surgió el interés de investigar la relación entre los factores psicosociales y las conductas sexuales de riesgo (Orcasita, Uribe, Castellanos & Gutiérrez, 2012; Orcasita & Uribe, 2010; Uribe, 2005; Uribe, Orcasita & Aguillón, 2012; Orcasita, Peralta, Valderrama & Uribe, 2010), los cuales son fundamentales; los más pertinentes en esta investigación son el apoyo social y el funcionamiento familiar, ya que son una variable para generar redes de apoyo y mejorar los sistemas de apoyo para la salud (Cassel & Caplan 1974, como se citó en Fernández, 2005).

En consonancia con lo anterior, Uribe et al. (2012) establecieron que el apoyo social familiar contribuye de manera significativa en la salud sexual de los jóvenes, ya que desde el nacimiento las personas cuentan con el apoyo de su grupo primario. Con el tiempo, los grupos de apoyo cambian y de igual forma se modifica el apoyo social, no solo por el cambio de la red sino porque, de acuerdo a la etapa del ciclo vital, cada una de las personas requiere un apoyo diferente (Orcasita, Peralta, Valderrama & Uribe, 2010). Por tanto, este apoyo se fundamenta en interacciones desde lo afectivo, lo material y lo instrumental, y potencializa la calidad de vida de las personas.

Por esta razón, el concepto del apoyo social puede entenderse desde tres perspectivas: *estructural*, *funcional* y *contextual*. Desde la primera se lo define como "provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos" (Lin, Dean & Ensel 1986, como se citó en Barrón & Sánchez, 2001, p. 17). Esas aportaciones se operacionalizan en la integración social, a las redes sociales y las relaciones interpersonales más íntimas y vinculantes que contribuyen al tamaño de la red (Fernández, 2005). Desde la segunda, el apoyo social "hace referencia al conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social" (Gracia, Herrero & Musitu, 1995 como se citó en Musitu & Cava, 2003, p.2). Y desde la tercera, el apoyo social debe "considerar los aspectos situacionales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido, todo ello con el fin de relacionar con un carácter predictivo, el apoyo social con el bienestar de las personas" (Fernández, 2005, p. 12). Por tal motivo, en este enfoque se consideran aspectos como las características de los participantes, el momento en que se da el apoyo, la duración y la finalidad; es decir, de acuerdo al problema, la persona requiere un apoyo diferente. A esto también se añaden las características individuales del receptor y del emisor, como son género, personalidad, roles, creencias, y la percepción del momento en que el individuo necesita el apoyo, todo es relevante para la efectividad del soporte (Barrón, 1996). Al integrar las dos perspectivas, el apoyo social tiene un enfoque multidimensional en el que se prioriza el apoyo emocional, material e informacional (Barrón, 1996). Por tanto, el hecho de contar con el apoyo influye sobre la salud del individuo (Chimpén, Llorca & Díez, 2007), ya sea para el afrontamiento de la enfermedad y

el proceso de la enfermedad misma (Barra, 2004; Durá & Garcés, 1991; Riquelme, Buendía & Rodríguez, 1993), o para la reducción del estrés (Cumsille & Martínez, 1994; Feldman et al., 2008).

Con base en lo anterior, se ha establecido la relación entre la influencia social y los hábitos, evidenciada en el aprendizaje observacional, donde se adquieren hábitos y se internaliza la conducta en función del entorno en el que se encuentre (Fernández, 2005). Por tanto, las personas con mayor apoyo fortalecen su autoestima y tienen una salud integral, especialmente aquellas que cuentan con el apoyo de la familia, los amigos y la pareja (Barra, 2011; Chávez & Álvarez, 2012; Fernández, 2005; Orcasita et al., 2012; Padilla & Díaz, 2011). Para Ortego, López y Álvarez (2010), contar con el apoyo familiar trae beneficios a la persona a nivel físico y psíquico, tanto en personas enfermas como en aquellas que simplemente necesitan algún tipo de ayuda (Uribe, 2005). Habitualmente, este apoyo es brindado por miembros de la familia, amigos íntimos y compañeros sentimentales (Carrobles, Remor & Rodríguez, 2003).

Ahora bien, la calidad de vida y la formación integral de un joven depende de la educación universitaria, del conocimiento adquirido en esta etapa de la vida y de los recursos que le sean brindados por las redes de apoyo con las que cuenta, así como también de la interacción constante con el otro y el medio que lo rodea (Martínez-López et al., 2014). Por tal motivo, la familia es una pieza clave en la formación del autoconcepto y en la toma de decisiones en todos los aspectos de la vida de los jóvenes (Acevedo & Bonces, 2014; Musitu & Cava, 2003; Padilla & Díaz, 2011; Uribe, 2005). El apoyo social percibido por los universitarios es relevante, ya que puede tener un efecto protector sobre el bienestar de los mismos en situaciones críticas —principalmente, frente a la ayuda que perciben— (Rodríguez, Martínez, Tinajero, Guisande & Páramo, 2012). En este sentido, Barra (2011) halló una relación significativa entre el apoyo social percibido y el bienestar psicológico en universitarios, al considerar que el apoyo recibido les permite manejar mejor las diferentes situaciones. A su vez, el apoyo social cuenta con factores afectivos y relacionales que influyen en el desarrollo de determinadas conductas, las cuales se convierten en modelo de comportamiento para los jóvenes (Uribe, Orcasita & Aguillón, 2012).

Existen pocas investigaciones que relacionen el apoyo social con la salud sexual y reproductiva, ya que los estudios están más enfocados en la red con la que cuentan las personas diagnosticadas de VIH y su proceso de adaptación al diagnóstico (Carrobles et al., 2003). Uno de los estudios más cercanos al tema de la presente investigación es el realizado por Orcasita et al. (2010) con adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/ SIDA de la ciudad de Cali: en dicho trabajo se encontró mayor nivel de apoyo emocional en el grupo de adolescentes no diagnosticados que en el de diagnosticados; es decir, los adolescentes no diagnosticados cuentan con más personas que les brindan apoyo. Para Mendoza et al. (2012), el inicio de la actividad sexual en adolescentes es cada vez más temprana

y con bajo uso de preservativos, lo cual guarda relación con el escaso control de los padres en la adolescencia de sus hijos y por las presiones del entorno social. Al respecto, los resultados de la investigación de Cañón et al. (2011) afirma que los universitarios que presentan buena función familiar tienen preferencias por el sexo vaginal y se preocupan por los riesgos que puedan tener al sostener prácticas sexuales con su pareja en un 80,7%. Igualmente, en el estudio hecho por Orcasita et al. (2012) sobre las conductas sexuales de riesgo y el apoyo social en estudiantes de 12 a 18 años, se encontró que la familia y los amigos son las principales fuentes de apoyo, a la vez que se evidenciaron diferencias significativas en el apoyo emocional e instrumental entre los estudiantes que habían iniciado su vida sexual y los que no lo habían hecho aún; es decir, los estudiantes que habían tenido relaciones sexuales percibieron un apoyo emocional e instrumental mucho más bajo que quienes no habían iniciado su vida sexual.

En razón de lo anterior, en el presente estudio se destacaron el apoyo social y el funcionamiento familiar como factores psicosociales relacionados con la salud sexual y reproductiva como posible estrategia de prevención de la enfermedad y promoción de la salud sexual y reproductiva de los universitarios.

Método

213

Muestra

La muestra contó con la participación de 473 estudiantes universitarios de tres ciudades principales de Colombia: Bucaramanga (142 estudiantes), Cúcuta (120 estudiantes) y Cali (211 estudiantes). 29,2% fueron de tercer semestre, 43,2% de sexto semestre y 26,7% corresponden a otras carreras. El 65,3% de los participantes fueron mujeres y el 30,4% hombres (un 4,2% corresponde a datos perdidos). La media de edad fue de 19,84 años, con una desviación típica de 2,629. Los estudiantes pertenecían a los programas académicos de Psicología (44,4%), Derecho (31,5%), Administración de Empresas (7,6%), Ingeniería de Sistemas (5,5%) y Comunicación Social y Periodismo (11%).

Se utilizó un muestreo probabilístico al seleccionar las tres ciudades según los datos epidemiológicos de salud sexual y reproductiva. A su vez, se seleccionaron aleatoriamente los semestres; se escogieron universidades que contaran con los mismos programas académicos; y se verificó que estuvieran activos los estudiantes en pregrado y fueran mayores de edad.

Diseño

El diseño de la investigación fue transversal de corte correlacional, ya que se establecieron las interacciones entre las variables estudiadas.

Instrumentos

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

El *Cuestionario de Apoyo Social: Medical Outcomes Study-Social Support Survey- MOS*: diseñado en 1991 por Sherbourne y Stewart. Inicialmente, este cuestionario fue diseñado para medir la percepción del apoyo social en personas con enfermedad crónica. Sin embargo, fue validado en Colombia por Londoño et al. (2012) en población que no presentaba ningún tipo de enfermedad. Este cuestionario cuenta con una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,94 para el total de la misma, y para los componentes el alfa oscila entre 0,92 y 0,74. La interpretación de los resultados se realizó teniendo en cuenta las conclusiones en la validación hecha por Londoño et al. (2012) que se resume en la tabla 1, en la cual se concluye un Alfa de Cronbach de 0,94.

214

Tabla 1. Interpretación MOS según puntuaciones

| Factores | Puntuación baja | Puntuación media | Puntuación alta |
|-----------------------------|---------------------|------------------|----------------------|
| Apoyo emocional | Menor o igual 19,6 | 32,8 | Mayor o igual a 46 |
| Apoyo instrumental | Menor o igual a 9,8 | 16,6 | Mayor o igual a 34 |
| Interacción social positiva | Menor o igual a 9,9 | 16,5 | Mayor o igual a 23,1 |
| Apoyo afectivo | Menor o igual a 7,7 | 12,7 | Mayor o igual a 17,7 |

APGAR de Funcionamiento Familiar: busca explorar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros. El APGAR familiar, diseñado en 1978 por el

doctor Gabriel Smilkstein, evalúa cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por su autor. Su nombre es un acróstico, por lo que cada una de las letras que lo componen se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada (Smilkstein, 1978). El instrumento consta de 5 reactivos que miden la adaptabilidad, la cooperación, el desarrollo emocional, la afectividad y la capacidad de resolución (Villanueva et al., 2011). La evaluación de cada ítem se efectúa con una escala Likert, donde se obtiene una puntuación de 0 a 10, identificando el nivel de disfuncionalidad familiar (Orcasita et al., 2012). La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0,80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index). Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0,71 y 0,83 para diversas realidades.

Procedimiento

En primera instancia, se realizó una búsqueda de información bibliográfica y referentes teóricos de estudios realizados sobre el tema y relacionado con la población de estudio. En un segundo momento, se realizaron las respectivas cartas para los directores de los programas académicos de cada una de las tres universidades que participaron; esto con el fin de dar a conocer el propósito de la investigación, los instrumentos a emplear y el consentimiento informado que fue entregado a los estudiantes. Así mismo, se dejó claridad frente a la privacidad de la información que suministrara cada uno de los estudiantes. Posteriormente, se acordó el horario de aplicación de los instrumentos y el tiempo de aplicación. Como tercer momento, se procedió a la aplicación de los instrumentos, la cual duró aproximadamente de 45 minutos a 60 minutos por cada salón. La presentación de los instrumentos fue de forma colectiva, personal, voluntaria y anónima. Para la participación fue indispensable haber firmado el consentimiento informado. En un cuarto momento, se procedió con la elaboración de la base de datos y análisis de los datos a través del *software* estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0; con el fin de extraer los resultados obtenidos en la investigación, se realizó un análisis estadístico descriptivo y correlacional. Finalmente, se discuten los resultados con el marco teórico y se elaboran las conclusiones de la investigación en la entrega de un informe general y por cada una de las universidades y sus respectivas facultades participantes.

Resultados

El objetivo principal de la investigación fue identificar la relación existente entre los factores psicosociales relacionados con la salud sexual y reproductiva de los universitarios y el apoyo y funcionamiento familiar. Los resultados se presentan en función de los objetivos de investigación, inicialmente con un apartado descriptivo de cada variable y posteriormente las correlaciones entre las mismas.

Como se dijo, se contó con la participación de 473 estudiantes universitarios de Bucaramanga (142 estudiantes), Cali (211 estudiantes) y Cúcuta (120 estudiantes). El 29,9% fueron de tercer semestre y el 43,2% de sexto semestre (el 26,7% corresponde a otros semestres), de los cuales el 65,3% fueron mujeres y el 30,4% hombres (el 4,2% corresponden a datos perdidos). El rango de edad de los estudiantes fue de 16 a 34 años, con una media de 19,84 (DT= 2,629); igualmente, y como se había mencionado, pertenecían a los programas académicos de Psicología (44,4%), Derecho (31,5%), Administración de Empresas (7,6%), Ingeniería de Sistemas (5,5%) y Comunicación Social (11%) (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la muestra según datos sociodemográficos

| Variable | Bucaramanga | | Cali | | Cúcuta | |
|----------------------------------|-------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| | Media | DT | Media | DT | Media | DT |
| Edad | 20,31 | 2,682 | 19,56 | 2,445 | 20,07 | 2,012 |
| Edad de inicio de la vida sexual | 12,3592 | 7,17693 | 13,876 | 6,5800 | 13,45 | 6,601 |
| | Fi | % | Fi | % | Fi | % |
| Relaciones Sexuales | | | | | | |
| SI ha tenido relaciones sexuales | 111 | 79,9 | 189 | 90,4 | 89 | 80,2 |
| Sexo | | | | | | |
| Hombre | 52 | 36,6 | 63 | 29,9 | 27 | 24,3 |
| Mujer | 79 | 55,6 | 147 | 69,7 | 80 | 72,1 |
| Perdidos | 11 | 7,7 | 1 | 0,5 | 4 | 3,6 |
| Semestre | | | | | | |
| Tercero | 50 | 35,2 | 92 | 43,6 | 47 | 42,3 |
| Sexto | 91 | 64,1 | 64 | 30,3 | 44 | 39,6 |
| Otro | 1 | 0,7 | 55 | 26,1 | 19 | 17,1 |

| | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|-----|
| Perdidos | - | - | - | - | 1 | 0,9 |
|----------|---|---|---|---|---|-----|

Personas con las que viven los universitarios

| | | | | | | |
|----------------|-----|------|-----|------|----|------|
| Madre | 116 | 81,7 | 186 | 89,0 | 95 | 85,6 |
| Padre | 84 | 59,6 | 122 | 59,8 | 62 | 55,9 |
| Madrastra | 4 | 2,9 | 8 | 4,3 | 0 | 0 |
| Padrastra | 12 | 8,8 | 20 | 10,3 | 9 | 8,1 |
| Abuelos | 22 | 16,1 | 35 | 18,2 | 16 | 14,4 |
| Tíos | 13 | 9,6 | 23 | 12,2 | 12 | 10,8 |
| Hermanos | 94 | 66,7 | 124 | 61,7 | 79 | 71,2 |
| Hermanastros | 4 | 2,9 | 124 | 61,7 | 99 | 89,2 |
| Hijos propios | 7 | 5,1 | 5 | 2,7 | 8 | 7,2 |
| Otras personas | 20 | 15,3 | 31 | 16,8 | 20 | 18,0 |

Cuantos hijos hay en la familia incluyéndose

| | | | | | | |
|------------------------|----|------|----|------|----|------|
| Soy hijo único | 13 | 101 | 47 | 24,4 | 9 | 8,1 |
| Hay dos hijos | 53 | 39,8 | 83 | 42,3 | 47 | 42,3 |
| Hay tres hijos | 50 | 36,6 | 52 | 27,2 | 28 | 25,2 |
| Hay cuatro hijos | 12 | 9,3 | 16 | 8,5 | 14 | 12,6 |
| Hay cinco hijos | 6 | 4,7 | 7 | 3,7 | 4 | 3,6 |
| Hay seis hijos | 5 | 3,8 | 3 | 1,6 | 3 | 2,7 |
| Hay siete hijos | 1 | 0,8 | - | - | 2 | 1,8 |
| Hay ocho hijos | - | - | - | - | 1 | 0,9 |
| Hay nueve hijos | 1 | 0,8 | - | - | - | - |
| Hay más de nueve hijos | - | - | 1 | 0,5 | 1 | 0,9 |

Con relación a las conductas sexuales de los universitarios se puede evidenciar que el 85,6% ha iniciado su vida sexual con una media de edad de 13,24 años y una desviación típica de 6,447. De igual forma, el 62,9% de los participantes usó el preservativo en su primera relación sexual, en su mayoría con conductas sexuales de tipo vaginal (83,2%), seguidas por la oral (71,3%) y la anal (29,6%). A su vez, algunos universitarios han mantenido conductas sexuales bajo efectos de sustancias

psicoactivas (SPA) como alcohol (26,4%), alcohol y marihuana (6,6%), solo marihuana (1,7%) y cocaína (1,7%).

Al establecer el nivel percibido de apoyo social se incluyen los porcentajes de las puntuaciones por cada uno de los tipos. Principalmente, se evidencia que el 96,9% de la muestra cuenta con un nivel medio en el apoyo emocional; el 93,9% percibe un nivel medio de apoyo tanto instrumental como de interacción social positiva; y 7,6% percibe bajo apoyo afectivo. Sobre esto es importante establecer que las puntuaciones se encuentran en el nivel medio y bajo; ningún tipo de apoyo social fue percibido como alto.

Para el cumplimiento del objetivo principal de la investigación se estableció un comparativo en las variables conductas sexuales (inicio, vaginal, oral, anal) en función de quienes han tenido o no relaciones sexuales y el nivel del apoyo social percibido (ver tabla 3). Como se puede evidenciar, en términos generales el apoyo social es percibido en un nivel medio, independiente de si se han tenido o no conductas sexuales. Sin embargo, se evidencian diferencias mínimas entre quienes han iniciado su vida sexual y aquellos que no lo han hecho: el apoyo instrumental es mayor para los segundos, mientras que para los primeros es mayor el afectivo.

Se logra evidenciar una correlación entre la edad de inicio, las conductas sexuales, el apoyo instrumental y afectivo, y el funcionamiento familiar; salvo en el funcionamiento afectivo, es una relación inversa. A su vez, se encuentra una correlación directa entre la conducta sexual, el bajo consumo de sustancias psicoactivas y el funcionamiento familiar (ver tabla 4).

Tabla 3. Descripción del apoyo social de acuerdo al tipo de relaciones sexuales practicadas y no practicadas por los universitarios (sí)

| Tipo de relación sexual | | Apoyo emocional | | Apoyo instrumental | | Interacción social | | Apoyo afectivo | |
|--------------------------------------|----|-----------------|------------|--------------------|------------|--------------------|------------|----------------|------------|
| | | Media | Desviación | Media | Desviación | Media | Desviación | Media | Desviación |
| Relaciones sexuales | Sí | 32,12(M) | 6,374 | 16,96(M) | 3,243 | 16,93(M) | 2,750 | 13,17(M) | 2,307 |
| | No | 32,61(M) | 6,343 | 18,17(M) | 2,563 | 16,31(M) | 3,118 | 12,52(M) | 2,862 |
| Relaciones sexuales vaginales | Sí | 32,13(M) | 6,377 | 16,97(M) | 3,251 | 16,95(M) | 2,713 | 13,17(M) | 2,311 |
| | No | 32,57(M) | 6,248 | 17,87(M) | 2,802 | 16,46(M) | 2,963 | 12,80(M) | 2,724 |
| Relaciones sexuales orales | Sí | 32,26(M) | 6,445 | 16,99(M) | 3,275 | 16,93(M) | 2,757 | 13,21(M) | 2,308 |
| | No | 31,92(M) | 6,257 | 17,38(M) | 3,091 | 16,62(M) | 2,815 | 12,79(M) | 2,570 |
| Relaciones sexuales anales | Sí | 31,54(M) | 6,811 | 17,00(M) | 3,230 | 16,91(M) | 2,864 | 13,22(M) | 2,263 |
| | No | 32,32(M) | 6,350 | 17,19(M) | 3,166 | 16,79(M) | 2,783 | 12,98(M) | 2,529 |

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

Tabla 4. Correlación de Pearson entre conductas sexuales de riesgo, apoyo social (sí) y funcionamiento familiar

| Variables | Edad de inicio | Conducta sexual vaginal | Conducta sexual oral | Conducta sexual anal | Conductas sexuales bajo SPA | Número de parejas sexuales | Apoyo emocional | Apoyo instrumental | Interacción social positiva | Apoyo afectivo | Funcionamiento Familiar |
|-----------------------------|----------------|-------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------|
| Edad de inicio | - | .828** | .543** | .213** | - | - | - | -.122** | - | .100* | -.101* |
| Conducta sexual vaginal | .828* | - | .604** | .222** | - | - | - | .106* | - | - | - |
| Conducta sexual oral | .543* | .604** | - | .352** | - | - | - | - | - | - | - |
| Conducta sexual anal | .213* | .222** | .352** | - | .193* | - | - | - | - | - | - |
| Conductas sexuales bajo SPA | - | - | - | .193* | - | - | - | - | - | - | .209* |
| Número de parejas sexuales | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Apoyo emocional | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | .433** |
| Apoyo instrumental | .122* | .106* | - | - | - | - | .439** | - | .408** | .440* | .396** |
| Interacción social positiva | - | - | - | - | - | - | .757** | .408** | - | .718* | .372** |
| Apoyo afectivo | - | - | - | - | - | - | .633** | .440** | .718** | - | .406** |
| Funcionamiento familiar | .101* | - | - | - | .209* | - | .433** | .396** | .372** | .406* | - |

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

Adicionalmente, se halló una correlación inversamente proporcional entre la edad de inicio de la vida sexual y las conductas sexuales vaginal (-.828**), oral (-.543**) y anal (-.213**). Finalmente, se identificaron correlaciones entre el apoyo social y el funcionamiento familiar (ver Tabla 4).

Discusión y conclusiones

La salud sexual y reproductiva es un tema de gran interés en la salud pública, principalmente por las implicaciones epidemiológicas y sociales que se han generado a partir de los comportamientos de riesgo en diferentes poblaciones. En el caso de la población juvenil, es de gran relevancia el estudio de los conocimientos, prácticas y actitudes en la salud sexual y la percepción tanto del funcionamiento como el apoyo social. Estos temas son claves en los procesos de comunicación familiar con énfasis en la salud sexual ya que se han identificado relaciones entre las variables. Aspectos como la edad de inicio de las relaciones sexuales, el uso de SPA, el no uso de preservativos, la ausencia de redes de apoyo funcionales y la falta de comunicación sobre la sexualidad son algunos temas instigados (Arias et al., 2011; Padilla & Díaz, 2011; Uribe & Orcasita, 2009), los cuales son evidenciados en la investigación sobre todo en el bajo autocuidado por parte de los universitarios.

221

Estos resultados son similares a los encontrados en diferentes investigaciones donde el riesgo no radica solo que se inicie la vida sexual a tan temprana edad, sino que no se cuente con la información, las estrategias y la formación para tener una salud sexual sana, responsable y placentera (Albarracín et al., 2000; Arnold, Fletcher & Farrow, 2002; Espada & Quiles, 2002 como se citaron en Antón & Espada, 2009). A su vez, es importante identificar los principales métodos de protección empleados por la población joven (Bimbela & Cruz, 1997; Planes et al., 2002 como se citó en Antón & Espada, 2009) con el fin de generar procesos de información, formación y ampliación de conductas de protección en los universitarios y sus padres (Arias et al., 2011; Uribe & Orcasita, 2009). Se suma a esto el riesgo de la adquisición de las infecciones de transmisión sexual (Arias et al., 2011; Cañón et al., 2011) y exponerse a embarazos no deseados por buscar sensaciones (en el caso de los universitarios) y no usar barreras de protección como el preservativo (Hernández & Cruz, 2008).

La diversidad de las conductas y la exposición a los diferentes riesgos cuestionan el nivel de apropiación del conocimiento teniendo en cuenta la formación en sexualidad en la secundaria y los programas nacionales de educación sexual, de los cuales se esperaría que contribuyeran al autocuidado. De igual forma, se evidenció el incremento de la actividad sexual en los universitarios, lo cual lleva a intervenciones pedagógicamente útiles y de impacto para la sexualidad sana, segura y responsable.

Con base en lo anterior, una de las estrategias que se ha identificado como factor de protección es la comunicación y el apoyo familiar para la educación sexual de los hijos, la cual aporta a su desarrollo integral (Orcasita & Uribe, 2010; Uribe & Rodríguez, 2013). Las investigaciones evidencian que las conductas sexuales de riesgo representan un tema de relevancia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Es evidente el escaso uso del preservativo como método de protección ante las ITS, a lo que se suman las edades de inicio de la vida sexual cada vez menores, así como el consumo de SPA, especialmente de alcohol; estas son variables que se asocian, en mayor medida, al aumento de las conductas sexuales de riesgo en población universitaria (Hernández & Cruz, 2008; Orcasita et al., 2012).

El apoyo social percibido por las personas en situaciones de crisis es fundamental para superar las situaciones adversas que transcurren durante cualquier momento de la vida, a la vez que contribuye al bienestar de las personas (Barra, 2004; Durá & Garcés, 1991; Cumsille & Martínez, 1994; Feldman et al., 2008). Por tal motivo, se incluyó esta variable en el estudio y su relación con la salud sexual. Entre los resultados de los universitarios se evidencia una percepción favorable sobre el apoyo social, sobre todo en diversión, distracción y afecto; sin embargo, frente a las dificultades y problemas la percepción de ese apoyo se reduce de forma significativa. Al relacionar la posibilidad de diálogo sobre los temas sexuales se identifican barreras en algunos temas relacionados con prácticas y exposición a riesgos; es importante tener presente que un porcentaje significativo de universitarios ya ha iniciado su vida sexual y necesita orientación y apoyo. De igual forma, se encontró una correlación entre variables como la edad de inicio, el funcionamiento familiar y el apoyo instrumental (Uribe-Rodríguez & Maclay-Muñiz, 2016).

Teniendo en cuenta lo mencionado por los universitarios, existe una amplia gama de aspectos por intervenir en la población y, sobre todo, en la vinculación de la familia como agente educador y socializador de diferentes procesos, incluidos la salud sexual y reproductiva. Por el contrario, quienes no experimentan apoyo pueden ser propensos al aumento de niveles de estrés, sentimiento de soledad y falta de estrategias para afrontar situaciones con alto impacto emocional (Ortego, López & Álvarez, 2010). El apoyo social constituye un factor protector importante en las personas porque aumenta el bienestar personal, al tiempo que permite afrontar de mejor forma las situaciones estresantes de la vida (Barra, 2004). Por ende, los efectos negativos del estrés se relacionaron con un apoyo social bajo. A su vez, se halla que el alto apoyo social percibido proviene principalmente de la familia y de los amigos, ya que ellos son con quienes los estudiantes comparten sus problemas académicos y personales.

En otro sentido, Padilla y Díaz (2011) señalan que las interacciones en el sistema familiar pueden establecer una serie de factores personales, profesionales, sociales y de salud en sus integrantes, y a su vez determinan actitudes, atribuciones y roles hacia diversos aspectos de la vida en general. En este sentido, el buen funcionamiento familiar es fundamental en la formación del individuo, puesto que

parte de ello es la formación integral de la persona; por lo tanto, una familia funcional, actuará como un pilar fundamental para el apoyo de sus miembros (Cañón et al., 2011). En los resultados obtenidos por Padilla y Díaz (2011), evidencian que los pocos aspectos funcionales negativos familiares, contribuyen a un mayor cuidado y responsabilidad de los universitarios en el sexo seguro. A su vez, se identifica una relación negativa entre el funcionamiento familiar y las conductas sexuales de riesgo, puesto que exponerse a situaciones de riesgo en relaciones sexuales ocasionales depende de la forma en que el universitario percibe los aspectos afectivos y las interacciones con la familia. Por tal motivo, se evidencia la importancia del apoyo familiar como principal fuente de apoyo social para disminuir los índices de conductas de riesgo en los jóvenes.

Por lo anterior, las estrategias de intervención no solo pueden estar relacionadas por procesos informativos; aun cuando la mayoría de los jóvenes conoce diferentes métodos de protección, se siguen presentando altos índices de riesgo por el escaso uso del preservativo y por el inicio temprano de las relaciones sexuales, factores que aumentan la vulnerabilidad frente a consecuencias como las ITS (Bahamón, Vianchá & Tobos, 2014; Hurtado de Mendoza & Olvera, 2013). Como se ha mencionado, los jóvenes requieren programas de promoción en salud sexual y reproductiva que los lleven a asumir su sexualidad con autonomía, responsabilidad e información adecuadas, en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos (Acota et al., 2010). De forma general, el apoyo social, en cualquiera de sus expresiones, resulta relevante para el desarrollo de las personas como seres sociales, más aún cuando el apoyo social contribuye de manera positiva al desarrollo de la persona en su aspecto psicológico y físico, así como a la prevención de cualquier tipo de riesgo al que pueda exponerse. En este sentido, la principal estrategia para la prevención de las ITS, del VIH y los embarazos no planeado entre adolescentes ha radicado en las intervenciones para modificar comportamientos sexuales de riesgo (inicio temprano de relaciones sexuales, múltiples parejas y el no uso —o uso inconsistente— de anticonceptivos) (Kirby, 2002). Un enfoque alternativo en la educación sexual de los adolescentes es involucrar a los padres de familia como educadores en sexualidad (Donenberg, Palkoff & Pequegrat, 2006).

Finalmente, surge una oportunidad y un reto para las instituciones de educación superior para continuar con este proceso de formación integral de los universitarios, superando las cátedras y pasando a espacios de socialización, comunicación y formación sobre la salud sexual y reproductiva como un tema de derechos y deberes fundamentales.

Referencias

- Acevedo, M. & Bonces, M. (2014). Actitudes y apoyo familiar en la comunicación sobre la sexualidad entre padres e hijos/as jóvenes estudiantes de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga (Tesis de pregrado). Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Acosta, S., Ibáñez, E., Alfonso, A., Cifuentes, L., Gamba, S., Mojica, C. & Patiño, E. (2010). Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. *NOVA*, 8(13). Recuperado el 8 de febrero de 2016, en: <http://unicolmayor.edu.co/publicaciones/index.php/nova/article/view/148/297>
- Antón, F. A. & Espada, J. P. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 25(2), 344-350.
- Arias, L. M., Vazquez, M., Dueñas, E., García, L. & Tejada, E. (2011). Comportamiento sexual y erotismo en estudiantes universitarios, Cali, Colombia. *Colombia Medica*, 42(3), 309-318.
- Bahamón, M. J., Vianchá, M. A. & Tobos, A. R. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: Una perspectiva de género. *Psicología Desde el Caribe*, 31(2), 327-353.
- Ballesteros, J. (2007). Enfermedades de transmisión sexual: Actualización de su abordaje. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 31, 39-54.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Barra, E. (2011). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 8(1), 29-38.
- Barrón, A. (1996). Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Campo-Cabal, G., Becerra, L., Cedeño, M., Uribe, G., Villa, L., Vargas, A. & Echandía, C. (2006). Conducta sexual y anticonceptiva en estudiantes de medicina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(3), 327-339.
- Cañón, S., Castaño, J., Díaz, S., Hernández, J., Hoyos, Y., López... & Ortega, A. (2011). Prácticas y comportamientos sexuales de estudiantes de la Universidad de Manizales (Colombia). *Revista Psicología Desde el Caribe*, 28, 77-106.

- Carrobbles, J., Remor, E. & Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Chávez, M. & Álvarez, J. (2012). Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. *Psicología y Salud*, 22(1), 89-98.
- Chimpén, C., Llorca, G. & Díez, M.A. (2007). Apoyo social en pacientes de cáncer digestivo. *Perspectivas en Psicología*, 4(1), 82-87.
- Donenberg, G., Palkoff, R. & Pequegnat, W. (2006). Introduction on the Special section on families, youth, and HIV: Family- Based Intervention Studies. *J. Pediatr. Psychol*, 31(9), 869-873.
- Cumsille, P. & Martínez, M. (1994). El efecto del estrés y el apoyo social sobre el bienestar psicosocial de los adolescentes: Revisión de la literatura. *Psykhé*, 3(2), 115-123.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane) (2013). Boletín de Prensa. Encuesta de comportamientos y actitudes sobre sexualidad en niñas, niños y adolescentes escolarizados. Recuperado el 8 de febrero de 2016, en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ecas/bol_ecas_2012.pdf
- Díaz, A., Arrieta, K. & González, F. (2010). Comportamiento sexual y factores asociados en estudiantes de odontología. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(2), 65-70.
- Durá, E. & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Aprendizaje, Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia: Revista de Recerca I Investigación en Antropología*, (3), 1-16.
- Forcada, P., Pacheco, A., Pádua, E., Pérez, P., Todd, N. & Pulido, M. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: Factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 23-46.
- Gallegos, E., Villarruel, A., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. & Zhou, Y. (2007). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes. Un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública México*, 50(1), 59-66.
- Goncalvez, S., Castellá, J. & Carlotto, S. (2007). Predictores de conductas de riesgo entre adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 161-166.

- González, F. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del Sisbén de un municipio del Departamento de Cundinamarca. *Colombiana de Psicología*, (12), 59-68.
- Hernández, Z. & Cruz, A. (2008). Conductas sexuales riesgosas y adictivas en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 18, 227-236.
- Huitrón-Bravo, G., Denova-Gutiérrez, E., Halley-Castillo, E., Santanderrigollet, S., Bórquez-Puga, M., Zapata-Pérez, L... & Villarroel-Del-Pino, L. (2011). Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: Un estudio comparativo. *Papeles de Población*, 17(70), 33-47.
- Hurtado de Mendoza, M. & Olvera, J. (2013). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 6(1), 241-251.
- Kirby, D. (2002). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Sex Res*, 39, 27-33.
- Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M. A. & Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Martínez-López, Z., Páramo, M., Guisando, M., Tinajero, C., da Silva, L. & Rodríguez, M. (2014). Apoyo social en universitarios españoles de primer año: Propiedades psicométricas del Social Support Questionnaire-Short Form y el Social Provisions Scale. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 102-110.
- Mendoza, L., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, C. & Acuña, M. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: Problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista Chilena de Ginecología y Ginecobstetricia*, 77(4), 271-279.
- Ministerio de Protección Social. (2003). Política nacional de salud sexual y reproductiva. Recuperado el 10 de febrero de 2016, en: <https://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/colombia.reprohealth.03.pdf>
- Ministerio de Protección Social-ONUSIDA. (2008). Plan nacional de respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011. Recuperado el 10 de febrero de 2016, en: <http://www.col.ops-oms.org/images/PLAN%20VIH%20DEFINITIVO.pdf>
- Ministerio de Salud. (2011). Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH. Colombia 2009-2011. Recuperado el 8 de febrero de 2016, en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20ODE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf
- Musitu, G. & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.

- Orcasita, L. & Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82.
- Orcasita, L., Peralta, A., Valderrama, L. & Uribe, F. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 31, 155-195.
- Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, L. & Gutiérrez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología*, 30(2), 371-406.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2013). Infecciones de transmisión sexual. Recuperado el 8 de febrero de 2016, en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Ortego, M., López, S. & Álvarez, M. (2010). Tema 13. El apoyo social. En Autores (Eds.), *Ciencias psicosociales I* (pp. 1-24). Recuperado el 8 de febrero de 2016, de http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_13.pdf
- Ospina, J. & Manrique-Abril, F. (2007). Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Avances de Enfermería*, 25(2), 101-111.
- Padilla, N. & Díaz, R. (2011). Funcionamiento familiar, locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 309-322.
- Paramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (ONUSIDA, 2014). Datos estadísticos mundiales. Recuperado el 8 de marzo de 2016, en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_es_0.pdf
- Pulido, M. A., Ávalos, C., Fernández, J. C., García, L., Hernández, L. & Ruiz, A. K. (2013). Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1), 25-32.
- Riquelme, A., Buendía, J. & Rodríguez, M. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personajes con estrés económico. *Psicothema*, 5(1), 83-89.
- Rivera, A., Caballero, P., Pérez, I. & Montero, L. (2013). Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Universitas Psychologica*, 12(1), 105-118.
- Rodríguez, A. & Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 23(1), 1-9.

Rodríguez, M., Martínez, Z., Tinajero, C., Guisande, A. & Páramo, M. (2012). Adaptación española de la Escala de Aceptación Percibida (PAS) en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 24(3), 483-488.

Ruiz-Sternberg, A., Beltrán-Rodríguez, J., Latorre-Santos, C. & Ruiz-Sternberg, J. (2010). ¿Existe asociación entre los comportamientos de riesgo en salud sexual y reproductiva y el ser estudiante de medicina? Estudio de corte transversal: Bogotá (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(2), 121-128.

Sánchez-Alemán, M., Uribe-Salas, F. & Conde-González, C. (2002). La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Publica de México*, 44(5), 442-447.

Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.

So, D. W., Wong, F. Y. & De Leon, J. M. (2005). Sex, HIV, and substance use among asian american college students. *AIDS Education and Prevention*, 17(5), 457-468.

United Nations Population Fund. (UNFPA, 2003). El estado de la población mundial 2003: El VIH/SIDA y los adolescentes. Recuperado el 5 de noviembre de 2015, en: <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch3/>

Uribe, A. F. (2005). Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/sida en adolescentes colombianos (Tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada.

Uribe, A.F., Carreño, D., Espinosa, M. & Sastoque, L. (2011). Actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en adolescentes del nororiente colombiano. *Revista Mexicana de Psicología*, 1, 928-930.

Uribe, A. F., Carreño, D., Espinosa, M. & Sastoque, L. (2014). Comparación de factores psicosociales de riesgo en adolescentes de Bucaramanga y su área metropolitana en función del género. *Revista de Investigaciones UNAD*, 13(2), 189-206.

Uribe, A. & Orcasita, L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, 1-31.

Uribe, A. F., Orcasita, L. & Aguillón, E. (2012). Bullying, redes de apoyo social y funcionamiento familiar en adolescentes de una institución educativa de Santander, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 6(2), 83-99.

Uribe, A. F., Orcasita, L. & Vergara, T. (2010). Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 11-24. Infecciones.

Uribe, A. F. & Rodríguez, L. (2013). Sexualidad y comunicación entre padres e hijos. Una revisión teórica. En Uribe, A. F. (Ed.), *Salud, comunicación y familia* (pp. 83-107). Bucaramanga: Futura.

Uribe-Rodríguez, A. F. & Maclay-Muñiz, C. (2016). Apoyo social y funcionamiento familiar: ¿reciprocidad en jóvenes universitarios? *Lasallista de Investigación* (en evaluación)

Villanueva, I., Guzmán, P., Alonso, M., Beltrán, F., Gómez, Y. & Pérez, I. (2011). Funcionamiento familiar en familias víctimas de abuso sexual intrafamiliar-inceto. *Psicogente*, 14(25), 100-121.