



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS FACTORES DE RIESGO
EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE
PRESENTAN LAS JÓVENES UNIVERSITARIAS DE LA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTA:
SAYURI BERENICE PALACIOS DE LA ROSA

DIRECTORA Y ASESORA DE TESIS:
DRA. IRMA ARACELI ABURTO LÓPEZ

DRA. AZUCENA OJEDA SÁNCHEZ

CDMX, 2023





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Para mi pequeño Ian, siempre es por ti...

Agradezco y dedico esta tesis a mi familia, quienes siempre han estado a mi lado; mamá eres el mejor ejemplo de perseverancia, trabajo y amor, gracias por tu inmenso apoyo; abue gracias por ser como mi segunda mamá; gracias papá por apoyar mis sueños; hermana no hay mejor compañía que la tuya, agradezco tenerte en los momentos difíciles, pero sobre todo en los que están llenos de alegría.

Jesús eres un gran compañero de vida, médico y papá, gracias por cada alegría y cada logro compartido.

También agradezco a quienes físicamente ya no están conmigo, pero siempre vivirán en mi.

Gracias familia por creer en mi. Los amo.

Y finalmente quiero expresar mi más profundo agradecimiento a la Dra. Azucena Ojeda y a la Dra. Irma Aburto por su gran apoyo y paciencia al realizar este trabajo, sin ustedes no habría sido posible.

ÍNDICE

I.	Resumen	3
II.	Introducción	5
III.	Marco teórico	7
IV.	Planteamiento del problema	24
V.	Pregunta de investigación	24
VI.	Objetivos	25
VII.	Material y métodos	26
VIII.	Técnicas, fuentes e instrumentos de recolección	27
IX.	Resultados	41
X.	Discusión	52
XI.	Conclusiones	62
XII.	Perspectivas	67
XIII.	Referencias	69

RESUMEN

Objetivo general: Describir los factores de riesgo en salud sexual y reproductiva de las jóvenes universitarias que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva de Universidad Saludable durante el periodo de febrero a diciembre 2017.

Material y métodos: Tipo de estudio: Estudio descriptivo, transversal, observacional y cualicuantitativo. **Universo:** Alumnas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. **Muestreo:** Aleatorio. **Muestra:** 246 alumnas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Resultados: Se encontró que los principales factores de riesgo asociados al contagio de Infecciones de transmisión sexual es el consumo de alcohol (como conducta de riesgo), el número de parejas sexuales y posteriormente la edad de inicio de vida sexual con factores de riesgo relativo de 4.2, 2.69 y 1.28 respectivamente. En cuanto a embarazo precoz el factor de riesgo con mayor asociación fue la edad de inicio de vida sexual con un riesgo relativo de 3.38, seguido del número de parejas sexuales donde el riesgo relativo fue de 1.95. En tanto que en la interrupción del embarazo el riesgo relativo del consumo de alcohol es de 2.44, seguido de el no uso de métodos anticonceptivos con un riesgo relativo de 1.92.

Conclusión: El consumo de alcohol presenta una importante asociación como conducta de riesgo en salud sexual y reproductiva, lo cual cobra importancia ya que de manera reciente esta conducta ha presentado una mayor aceptación social,

permitiendo que incrementen el número de consumidores de alcohol. Otros factores de riesgo que mostraron mayor asociación son el número de parejas sexuales y el inicio de vida sexual activa, el cual se presenta cada vez en edades más tempranas, probablemente secundario a la secularización de la sociedad.

Palabras clave: salud sexual, salud reproductiva, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva se define como el estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. Según el Consejo Nacional de Población de México, la calidad de vida de las y los jóvenes representa un parámetro de medición en términos de desarrollo de un país, por lo que para este organismo son prioritarias las investigaciones que describan su situación.

La salud sexual y reproductiva es un tema muy amplio que no implica únicamente cuestiones de salud, requiere ser estudiado desde diferentes ámbitos (sociales, psicológicos, legales, por mencionar algunos) por lo que durante este estudio se realizó un abordaje multifactorial.

El propósito de este estudio es determinar bajo qué factores de riesgo se desarrolla la población universitaria; entendiéndose como factor de riesgo a aquella característica, condición o comportamiento que incrementa la posibilidad de sufrir o desarrollar una enfermedad. La finalidad es que a partir de este conocimiento se identifiquen áreas de oportunidades y se generen estrategias que permitan modificar las situaciones riesgosas encontradas y fomentar mediante el autocuidado acciones que mejoren la calidad de vida de la población joven.

El desarrollo de esta investigación lo realicé durante el servicio social en el programa “Universidad Saludable” de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, en el área de salud sexual y reproductiva; en donde se llevaron a cabo 5 jornadas de colocación de DIU hormonal, fue aquí donde pude observar la problemática que

enfrentan las universitarias ante el ejercicio de su sexualidad. Por un lado, el rechazo a la promoción del uso de métodos anticonceptivos, lo cual resulta alarmante, ya que son algunos profesores quienes externan a las alumnas que la promoción de campañas de salud sexual y reproductiva trae consigo promiscuidad sexual. Por otra parte, la responsabilidad del uso de métodos anticonceptivos es depositada en las mujeres; durante las 5 jornadas únicamente acudieron 2 alumnos en busca de asesoría, sin embargo, en ninguno de los casos con la finalidad de contribuir en la anticoncepción, sí no para conocer como sus parejas podrían prevenir un embarazo. Es por esto que considero importante dar a conocer la información que se obtuvo durante este estudio.

La mayor parte de las investigaciones en las que se aborda el tema de la salud sexual y reproductiva se realizan en jóvenes a nivel bachillerato, minimizando el riesgo en el que se encuentran las universitarias; sin embargo, sí conocemos la situación actual y necesidades de las universitarias, podemos generar estrategias y programas que nos permitan fomentar el sano ejercicio de su vida sexual y reproductiva.

Se realizó un estudio con metodología cualitativa. El total de la muestra fue de 246 personas. El 100 % de la muestra son mujeres alumnas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (ya que el estudio se desarrolló durante jornadas de colocación de métodos anticonceptivos). Muestreo aleatorio. El objetivo fue describir los factores de riesgo que presentan las alumnas que acuden a los Servicios de Universidad Saludable.

MARCO TEÓRICO

El concepto de Salud sexual y reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”.¹ Actualmente organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Asociación Mundial de la Salud Sexual coinciden en definirla como un estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; libre de coerción, discriminación y violencia; de procrear y tener la libertad para decidir hacerlo o no y con qué frecuencia.^{1,2,3,4}

La salud sexual y reproductiva así definida tiene su origen en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo en el año de 1994; hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por salud sexual y reproductiva, nunca había estado como tal en los documentos ni en las iniciativas internacionales.¹ En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.^{1,4}

1. Salud Sexual y Reproductiva en el marco internacional

La salud sexual y reproductiva se define como el estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad.

Desde hace ya 24 años que se celebró la CIPD y sin embargo ha sido reafirmado en diversos foros internacionales, como la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Pekín en 1995, la adopción en 2004 de una estrategia mundial para la salud reproductiva por parte de la Asamblea Mundial de la Salud, en el informe de 2005 del Proyecto del Milenio de la ONU en el que se menciona que la ampliación al acceso a la información y servicios de salud sexual y reproductiva son una solución rápida en la estrategia de reducción de la pobreza; además, la Cumbre Mundial de la Asamblea General de las Naciones Unidas renovó en 2005 su compromiso con el objetivo de la CIPD de conseguir el acceso a la salud reproductiva en el año 2015. ⁵

De acuerdo al Informe de los objetivos de desarrollo sostenible 2017, existe mejoría en los indicadores de salud reproductiva, sin embargo, se estima que 303,000 mujeres en todo el mundo murieron debido a complicaciones durante el embarazo y el parto en 2015. Esto se traduce en una proporción de la mortalidad materna mundial de 216 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. La mayoría de las muertes maternas pueden evitarse proporcionando atención prenatal durante el embarazo y atención especializada durante el parto y puerperio. Se estima que, en 2017, 78% de las adolescentes y mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) en todo el mundo que están casadas o mantienen una unión estable, han satisfecho sus necesidades

de planificación familiar a través de métodos anticonceptivos modernos. En cuanto a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se reporta que 2,1 millones de personas en todo el mundo se infectaron recientemente con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en 2015. Esto se traduce en 0.3 nuevas infecciones por cada 1000 personas no infectadas, una disminución de 46% desde el año 2000. La incidencia en América Latina y el Caribe es de 0.17 por cada mil habitantes no infectados.⁶

2. La Salud Sexual, un derecho para todas y todos

Para que la salud sexual y reproductiva se logre y se mantenga desde una visión integral, es imprescindible que se base en un estado de derecho, donde los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud, permitiendo así que se disminuyan conductas sexuales riesgosas.^{7,8} La validez de los derechos sexuales y reproductivos en México no está en duda, a continuación se mencionan algunos de los instrumentos legales en los que se fundamenta: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos menciona en su artículo 4° “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.”⁹. Por su parte la Ley General de Salud en su capítulo VI hace referencia a los Servicios de Planificación Familiar y su carácter prioritario,¹⁰ mientras que la NOM 005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación Familiar busca unificar los criterios para la prestación de los servicios de planificación familiar en México.¹¹ En la Ley Federal para Prevenir la Discriminación el hecho de negar o limitar información sobre

derechos sexuales y reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas se considera discriminatorio.¹²

La atención de las ITS es parte fundamental de la salud sexual y reproductiva, es por ello que la Ley General de los Derechos de niñas, niños y adolescentes, el Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 y la NOM-010-SSA-1993, Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, por mencionar algunos, hablan de la importancia de impulsar programas de información y prevención.¹³

3. La Salud Sexual y Reproductiva. Un problema de Salud Pública

La agenda de salud mundial tiene hoy un desafío innegable: disminuir las conductas sexuales de riesgo ante la creciente prevalencia en los más jóvenes. Las conductas sexuales de riesgo han despertado gran interés debido a que son acciones que hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para el sujeto. Tener relaciones sexuales sin condón o habiendo consumido licor, o la promiscuidad, hacen vulnerables a las personas frente a las amenazas referidas. La subestimación de los riesgos es común en los adolescentes.^{14,15,16}

En el año 2015, la Encuesta Intercensal del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), mostró que el monto de la población joven de 15 a 29 años en nuestro país ascendió a 30.6 millones, que representan poco más de la cuarta parte (25.7%) de la población a nivel nacional.⁸ En la Ciudad de México 2.1 millones se encuentran entre los 15 a 29 años, lo que significa que poco menos de una cuarta parte (23.7%) es adolescente o joven.¹⁷ Es en la etapa de la juventud en la que

ocurren grandes cambios en la vida de los individuos, se presenta el inicio de las relaciones sexuales y de pareja, que pueden originar situaciones como embarazos no deseados y el contagio de ITS que repercuten en el desarrollo de los jóvenes.¹⁸ En ocasiones fomenta abandono escolar y por lo tanto rezago educativo y disminución de oportunidades laborales por lo que la educación en anticoncepción no solo implica un tema en salud, sino también en materia social.^{15,19}

3.1 Inicio de vida sexual

La actividad sexual ocurre cada vez a más temprana edad, registrando promedios de inicio de 13,5 - 16 años, con edades tan tempranas como los 11 años. En América Latina y El Caribe, aproximadamente 50% de los adolescentes menores de 17 años son sexualmente activos y 53 - 71% de mujeres tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. Son varios los determinantes que se han asociado con el inicio de la actividad sexual temprana, incluyendo los individuales (sexo masculino, consumo de alcohol, tabaco y drogas); familiares (ausencia de uno o ambos padres, convivir con familias reconstituidas, pobre educación o mala comunicación en temas de sexualidad en el hogar); entre los determinantes socio culturales y políticos se menciona el estado socioeconómico, sin embargo, varios estudios multivariados longitudinales coinciden en resaltar que el estado socioeconómico tiene muy poco efecto independiente sobre el momento del inicio de la actividad sexual.^{15,18,20}

Algunas investigaciones han identificado que, mediante modelos de conducta y grupos de apoyo, las prácticas religiosas promueven y reflejan una visión

tradicionalista, además de normas morales que permiten retrasar el inicio de la vida sexual en los jóvenes.^{21,22}

El inicio de la vida sexual implica riesgos como embarazo adolescente y de alto riesgo, ITS y en el caso de las mujeres aborto, que no siempre es en condiciones de seguridad.^{18,20} De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, 62.3% de las mujeres jóvenes de 15 a 29 años han iniciado su vida sexual; de ellas una de cada dos (49.9%), no utilizó un método anticonceptivo durante su primera relación sexual, a diferencia de la ENADID 2009 en la que solo 38 % utilizó algún método de control natal en su primera relación sexual, lo cual contrasta con el conocimiento casi universal de métodos anticonceptivos entre mujeres de este grupo de edad; 98.6% de las jóvenes de 15 a 29 años conoce o ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo y 94.4% conoce funcionalmente al menos uno. La razón principal declarada por las jóvenes que no usaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual fue: porque no planeaba tener relaciones sexuales (30.6%); 22.0% deseaba embarazarse; 20.3% no conocía métodos anticonceptivos o no sabía cómo usarlos; 15.9% no creyó que podía embarazarse, y 11.2% mencionó diferentes razones.^{19,23} Ya que la prevención es el tema central en la problemática actual, la creación de programas de Salud Sexual y Reproductiva que empoderen, capaciten e informen a la población adulta joven es fundamental.⁸

3.2 Planificación familiar

Dentro del concepto de la salud reproductiva, la planificación familiar es un derecho que lleva implícito el que las personas tengan acceso a información, consejería y uso de métodos anticonceptivos de su elección, que además sean seguros y eficaces. Entre los beneficios que trae consigo la promoción de la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos destacan el apoyo a las personas en la toma de decisiones bien informadas sobre su salud sexual y reproductiva; lo cual contribuye a evitar hasta una tercera parte de las muertes maternas ya que disminuye el número de embarazos no planeados y de alto riesgo, reduce el número de abortos, mejora la condición y el empoderamiento de las mujeres, ya que al poder controlar su reproducción, se les facilita su desarrollo personal, e incrementa la posibilidad de ingresar a la fuerza laboral.^{24,25}

3.3 Métodos anticonceptivos

Dos intervenciones han sido eficaces en la reducción de embarazos entre adolescentes, la abstinencia sexual y el mejor uso de anticonceptivos, con los cuales se reduce un 38% el riesgo global de embarazos, un 86% de esta caída se atribuye al uso de anticonceptivos, dejando a los anticonceptivos como el mejor método de prevención.²⁰ La organización Center for Disease Control and Prevention (CDC) define la abstinencia como la ausencia de sexo oral, vaginal y anal. Sin embargo, una encuesta realizada a 1101 adolescentes y adultos jóvenes, mostró que un 37, 24 y 10% considera que el sexo oral, el sexo anal y sexo vaginal

respectivamente, son prácticas de abstinencia.²⁶ Estos reportes muestran que los adolescentes tienen conceptos erróneos en relación a la sexualidad.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, una de cada dos (50.1%) mujeres de 15 a 29 años ha sido usuaria de métodos anticonceptivos en algún momento de su vida; 33.9% es usuaria actual y 16.2% ex usuaria.²³ Entre las usuarias de 15 a 19 años de edad, 39.1% usa el condón; 23.2% el dispositivo intrauterino (DIU); 10.4% los hormonales orales, 10.4% hormonales inyectables; 5.7% el implante subdérmico; el 7.7% métodos tradicionales y el 3.6% restante, algún otro método. Llama la atención que el 0.8% usa la anticoncepción de emergencia como método anticonceptivo.⁷

La anticoncepción forma parte de los servicios de salud amigables para jóvenes y adolescentes; es muy importante que aquí se otorgue atención de calidad, con consejería y prescripción de anticonceptivos en forma fácil y explícita, ya que la mayoría de los adolescentes obtienen información acerca de los anticonceptivos por una intervención escolar y, en gran parte, de la familia, los amigos y en farmacias comerciales, en las que no se consideran aspectos como la aceptabilidad, seguridad del método y las características propias de la adolescente para lograr mejores tasas de uso y continuidad.^{27,28} En un estudio realizado en Guadalajara, se encontró que la fuente de información más importante fue en orden decreciente: la escuela (51%), el médico (14%), los amigos (13%), la televisión (11%), las revistas (5%), internet (2%) y la familia (2%).²⁸

Actualmente, los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) se consideran como opciones ideales para la prevención del embarazo en mujeres

adultas jóvenes y adolescentes. Su uso en este grupo poblacional es seguro y efectivo, ya que requiere poca manutención. Existe evidencia nacional e internacional de que los ARAP son aceptables para adolescentes; sin embargo, al igual que en otros países, su uso se ve afectado por barreras al acceso y por el desabasto en las unidades de salud, así como por una baja adherencia al tratamiento,^{19,29} estos son factores que también influyen en la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos, la cual representa el porcentaje de mujeres en edad fértil que no hacen uso de algún método anticonceptivo a pesar de su deseo expreso de limitar o espaciar su fecundidad. La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos se presenta principalmente en mujeres adolescentes de 15 a 19 años, edad en la que un embarazo implica riesgos para la madre y el producto.⁷

3.4 Embarazo precoz y de alto riesgo

El término "precoz" se refiere a la correlación que existe entre la edad temprana y el mayor riesgo de consecuencias adversas sociales y para la salud de la madre y su recién nacido. El término "no planificado" se refiere a embarazos no previstos o inesperados. No existe una definición estándar para el "embarazo precoz", sin embargo, las directrices de la OMS utilizan el término para definir cualquier embarazo antes de los 20 años de edad.³⁰

En México el embarazo adolescente ha cobrado importancia en los últimos años; de acuerdo a la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM 2015) en coordinación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Instituto Nacional de Salud Pública, nuestro país ocupa el primer lugar en embarazo

adolescente entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad.³¹ La tasa más baja de embarazo adolescente la tienen países europeos de los cuales el que presenta mayor incidencia es Reino Unido con 26 embarazos por cada mil habitantes, el de menor incidencia son los Países Bajos con 4 por cada mil habitantes, en donde la educación sobre sexualidad se realiza desde la educación primaria.³²

El embarazo precoz y no planificado es una preocupación mundial que afecta tanto a los países de ingresos altos como medios y bajos;³⁰ al grado de ser considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales.³³

El embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las mujeres de 20 años y más; para las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor.³⁴ Las morbilidades y complicaciones maternas que se pueden presentar en el embarazo temprano son, infecciones durante el embarazo, anemia, preeclampsia - eclampsia, endometritis puerperal, parto pretérmino, parto instrumental y desgarros del canal vaginal, aumento de probabilidad de hemorragia post - parto, así como muerte materna.^{20,35,36}

Para una adolescente, experimentar un embarazo mientras aún está en la escuela, a menudo significa enfrentar duras sanciones sociales y decisiones difíciles que tienen consecuencias de por vida. Quedar embarazada podría significar la expulsión del hogar y de la escuela; ser humilladas y estigmatizadas por la familia, por los miembros de la comunidad y compañeros; mayor vulnerabilidad a la violencia y

abuso; y una mayor pobreza y dificultades económicas.³⁰ Por otra parte, el hecho de asumir responsabilidades en momentos inadecuados, así como actitudes propias de la adolescencia en la maternidad, pueden provocar desequilibrios y crisis físicas, emocionales o sociales. Entre las consecuencias psicológicas del comportamiento sexual de las jóvenes se encuentran: represión, restricciones, sensación de aprisionamiento y disfuncionalidad en el seno familiar.³²

3.5 Aborto

El aborto inducido, y con frecuencia inseguro, pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres y los sistemas de salud. En México, una de cada diez hospitalizaciones obstétricas se origina por abortos inseguros. La atención de mujeres con aborto incompleto-inducido, con o sin complicaciones, se efectúa en hospitales donde se recurre a técnicas quirúrgicas inadecuadas y esquemas de tratamiento médico ineficaces.³⁷ Un aborto es seguro cuando en él se aplica un método recomendado por la OMS, adaptado al tiempo de embarazo y cuando la persona que lo practica o secunda cuenta con la debida formación. Estos abortos pueden consistir en la toma de comprimidos (aborto médico) o en una sencilla intervención practicada en atención ambulatoria. Un aborto sin condiciones de seguridad es una intervención destinada a interrumpir un embarazo, practicada por una persona que carezca de la preparación necesaria o en un entorno que no reúna las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas.³⁸

El embarazo no deseado representa un riesgo entre las mujeres, incluidas las adolescentes, ya que suelen recurrir a un aborto sin condiciones de seguridad

cuando no tienen acceso a un aborto seguro.^{34,38} Lo cual recobra especial importancia ya que el 59% de los embarazos terminan en nacimientos y 41% en abortos, 14% de ellos abortos involuntarios.³⁷ En comparación con las mujeres adultas, las adolescentes recurren a la interrupción del embarazo en etapas avanzadas del embarazo, aumentando el riesgo reproductivo.³⁴

Los obstáculos para acceder a un aborto seguro son: leyes restrictivas, servicios poco disponibles, costo elevado, estigmatización, objeción de conciencia del personal de atención sanitaria y requisitos innecesarios, tales como: períodos de espera obligatorios; asesoramiento, suministro de información engañosa, autorización de terceros.³⁸ Una legislación menos restrictiva puede modificar las condiciones que propician la interrupción del embarazo en condiciones inseguras.³⁴

En 2007, la Asamblea Legislativa del Gobierno del Distrito Federal implementó el Programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), lo cual, significó igualar el acceso de todas las habitantes de la ciudad a un aborto seguro.^{39,25} Las cifras de los primeros 3 años indican que 5.1% de las usuarias tienen entre 11-17 años y 12% entre 18-19. Se trata principalmente de mujeres solteras (84%) y sin hijos (75%); el 52% acudió en etapas tempranas del embarazo (< 9 semanas) y los principales motivos para solicitar la interrupción del embarazo fueron la falta de recursos (34%) y el deseo de posponer la maternidad (32%).³⁴ De acuerdo a un estudio realizado en la Cd. de México otras de las razones por las que las mujeres solicitan la ILE son embarazo no planeado, uso inconsistente de métodos anticonceptivos, situaciones de violencia en la pareja, agotamiento debido a la crianza de otras/os hijas/os, y deseo de continuar con otros proyectos personales (educativos y laborales,

principalmente).²⁵ Las cifras reportadas por la Secretaría de Salud hasta agosto del 2018 indican que en la Ciudad de México se presentan la mayor cantidad de casos de interrupción legal del embarazo, 46 % de ellas se encuentran en el grupo de edad de 18 a 24 años, hasta 53.5% de ellas son solteras y un 28% acudió dentro de las primeras 4 semanas de gestación.⁴⁰ Estudios recientes demuestran que al atender tanto la demanda en planificación familiar como de servicios de salud materna, el número de abortos podría disminuir en cerca de tres cuartas partes.²⁴

La legalización del aborto marcó un cambio, no sólo en la práctica del aborto sino en la concepción que tiene de sí misma quien toma esa decisión. Inmediatamente después de la reforma, las mujeres pasaron de ser delincuentes a usuarias legítimas de un servicio público, lo cual fue interpretado por las mujeres como un respaldo y legitimación social de su derecho a decidir sobre su reproducción, que puede facilitar las condiciones para el ejercicio de su autonomía y autodeterminación como personas de derechos.^{25,39}

3.6 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las ITS son un grupo de enfermedades caracterizadas por agentes etiológicos que se transmiten casi exclusivamente por contacto sexual y tienen como único reservorio los órganos sexuales humanos.⁴¹ Las ITS se transmiten generalmente mediante el contacto con fluidos corporales infectados como sangre, semen, secreciones vaginales o saliva (hepatitis B); a través de la contigüidad de la piel por medio de heridas micro o macro o membranas mucosas como, por ejemplo, mediante una

úlceras en la boca, pene, ano o vagina, o por el edema causado por secreciones patógenas en esos mismos sitios y por medio de juguetes sexuales contaminados.⁴²

Se estima, de acuerdo a cifras de la OMS que todos los años se registran 357 millones de nuevos casos de ITS en personas de 15 a 49 años de edad, en las que la prevalencia varía de acuerdo a la región y sexo.⁴³ En México, las ITS ocupan los primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las primeras causas de morbilidad en la población en edad reproductiva. En 2012 se registraron en el país 13 mil 782 casos nuevos de ITS en adolescentes de 10 a 19 años de edad, predominando la tricomoniasis urogenital y el VPH.⁷ Estas epidemias tienen un impacto profundo en la salud y la vida de los niños, los adolescentes y los adultos de todo el mundo.⁴² El grupo de adolescentes es uno de los más vulnerables para adquirir este tipo de infecciones, dada la inmadurez genital, el riesgo de abuso sexual, y ciertas condiciones socioculturales;^{7,44} Algunos factores que incrementan la incidencia de las ITS son la mayor libertad de las prácticas sexuales, tener relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras drogas, tener varias parejas sexuales de forma simultánea o cambiar de pareja sexual de manera frecuente, mantener contacto sexual con trabajadoras o trabajadores sexuales, tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia.^{30,42,44} Dado que las ITS representan un grave problema de salud pública es obligación del Estado y de la sociedad en su conjunto trabajar para garantizar que todas las personas puedan acceder a servicios de salud que ofrezcan prevención y tratamiento de las ITS mediante intervenciones eficaces.^{42,44}

4. Consumo de alcohol y drogas como conductas de riesgo

En los últimos años se ha producido un incremento del consumo de alcohol en los jóvenes, en forma de ingesta de elevadas cantidades concentradas en pocas horas, con el objetivo de alcanzar un nivel de embriaguez significativo. Esta forma de consumo, que se asocia al ocio y a frecuentes pérdidas de control, se conoce internacionalmente como Binge Drinking o Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) y ha pasado de ser un acto fortuito y ocasional a ser el objetivo en sí mismo y que los jóvenes aceptan como un hecho normal.^{45,46}

De acuerdo con datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT); en la población femenina el patrón de consumo excesivo de alcohol ha incrementado de 4.1 % (en el 2011) a 10.3 % (en el periodo 2016 - 2017) de acuerdo con la mencionada encuesta la bebida más consumida es la cerveza, seguida de bebidas enlatadas y destilados.⁴⁷

La intoxicación aguda por alcohol afecta las áreas corticales frontales lo que explica la euforia, incoordinación y alteraciones de las funciones como el juicio, el raciocinio y la conducta desinhibida. Estas alteraciones se presentan cuando las cifras de alcoholemia alcanzan de 50 – 100 mg/dL (aproximadamente 2 copas de vino o 2 cervezas pueden producir una concentración sérica de etanol ≥ 40 mg/dL)^{46, 48}

5. Educación Sexual Integral

La evidencia a nivel internacional demuestra que la educación sexual integral se asocia con mejores conocimientos y resultados en salud sexual y reproductiva, así como con menos prácticas de riesgo. La educación sexual integral no fomenta la

actividad sexual, sino que aplaza la edad de inicio de vida sexual, reduce el número de parejas sexuales y mejora las prácticas de protección contra ITS, con lo cual ha demostrado ser una estrategia efectiva para reducir los riesgos asociados con el VIH y aumentar la autoeficacia para el uso de condón.⁸

Con respecto a la educación y asesoría en materia de salud sexual y reproductiva, en México, ésta ha carecido de una visión integral; se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos; también, se ha mostrado que existe una carencia de información basada en evidencia científica relevante y actualizada.³⁴ En los indicadores de salud de los adolescentes se observan las consecuencias de su insuficiencia.

6. Servicios amigables de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes

La adolescencia es una fase del desarrollo que requiere de un enfoque específico en sus necesidades, inquietudes y carencias. Es por esto que resulta fundamental que los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva sean adecuados para ellos y que la atención sea con calidez, accesible y de calidad; es así como surgen los servicios amigables de salud reproductiva para adolescentes y jóvenes, ya que es en esta etapa de la vida en la que la prevención puede redituar más que en cualquier otra.¹³

Al disminuir la transmisión de enfermedades, se reducen los casos de complicaciones y secuelas y por lo tanto los costos de atención. Es por ello que se

han creado estrategias que fomenten la Promoción de la Salud y el Autocuidado, una de estas estrategias es Universidad Saludable que surge con la finalidad de promover la salud en la población universitaria y crear un entorno saludable⁴⁹ haciendo énfasis en el autocuidado, el cual se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son “destrezas” aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.⁵⁰

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza forma parte de las Universidades Promotoras de Salud y cuenta con el Proyecto de Universidad Saludable en el que tuve la oportunidad de ser partícipe y en donde tras realizar 6 jornadas de “Colocación de DIU hormonal” pude observar los principales problemas que afectan a la comunidad estudiantil en cuanto a salud sexual y reproductiva, por ello considero es importante dar a conocer la situación actual para poder promover estrategias que mejoren la salud de la comunidad Zaragozana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México ocupa el primer lugar en embarazo en adolescentes entre países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, lo cual repercute en la vida de estas jóvenes, exponiéndolas a situaciones que van desde el abandono o rezago escolar hasta embarazos no deseados o de alto riesgo. También se ha encontrado que el inicio de vida sexual se presenta en edades tan tempranas como son los 12 años y con tendencia a presentarse en edades menores.

La aceptación social en el consumo de drogas y alcohol permite que los jóvenes tengan un fácil acceso a estas, el consumo de drogas y alcohol repercute en la conducta de quienes las consumen, lo cual podría generar conductas de riesgo en el ámbito sexual como son situaciones de abuso, violencia o incapacidad de prevenir el contagio de ITS mediante el uso del preservativo.

Existen pocos estudios en materia de salud sexual y reproductiva realizados en universitarias, lo cual limita la creación de estrategias, planes o programas que permitan dar atención a la problemática actual. El presente estudio realizado en la FES Zaragoza no cuenta con precedentes, lo cual es importante ya que este tema se trata de una importante demanda de atención médica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la situación actual de los factores de riesgo en salud sexual y reproductiva que presentan las jóvenes universitarias de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva de Universidad Saludable?

OBJETIVO GENERAL

Describir los factores de riesgo en salud sexual y reproductiva de las jóvenes universitarias que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva de Universidad Saludable durante el periodo de febrero a diciembre 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo en salud sexual y reproductiva de las alumnas de FES Zaragoza.
- Describir la situación actual de los factores de riesgo en salud sexual y reproductiva: edad, estado civil, ocupación, religión, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, gesta (embarazo temprano), aborto electivo, método de planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, consumo de alcohol, consumo de drogas y detección oportuna de cáncer cervicouterino
- Describir sí la práctica religiosa influye en el inicio de vida sexual de las jóvenes
- Registrar cuáles son las ITS que presenta la población estudiada.
- Identificar las situaciones que inducen a las jóvenes a someterse a un aborto electivo
- Describir mediante la relatoría de las jóvenes los motivos y experiencias por las que no acuden a servicios salud sexual y reproductiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio descriptivo, transversal, observacional y cualitativo.

Universo: Alumnas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Muestreo: Aleatorio

Muestra: 246 alumnas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Límite de tiempo: Durante el periodo de febrero a diciembre del 2017.

Criterios de inclusión:

- Estudiantes de entre 17 y 28 años de edad
- Cursar su licenciatura en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
- Solicitar asesoría de métodos anticonceptivos y DIU hormonal como método de planificación familiar.

Criterios de exclusión:

- Ser trabajadora UNAM o alumna UNAM perteneciente a un campus diferente a FES Zaragoza.
- Solicitar la colocación de DIU Mirena como tratamiento a patologías ginecológicas.

Criterios de eliminación:

- No concluir protocolo de asesoría, historia clínica y consentimiento informado.

TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Fuentes:

Directa: Llenado de Historia clínica

Indirecta: Mediante la búsqueda de artículos relacionados a los temas de salud sexual y reproductiva.

Técnicas: Observación y Entrevista

Instrumento:

El instrumento de investigación tiene el formato de una historia clínica completa, compuesta por 8 apartados que incluyen ficha de identificación, motivo de consulta, antecedentes hereditarios y familiares, personales no patológicos, personales patológicos, gineco obstétricos y exploración física, así como un apartado de observaciones en el que se realizan anotaciones importantes que pudieran surgir durante la entrevista con la paciente.

La aplicación del instrumento se realiza únicamente bajo consentimiento y a las pacientes que posterior a escuchar la asesoría acerca de métodos anticonceptivos se encuentren interesadas en la colocación de DIU Mirena como método de planificación familiar. De manera inicial se les explica la importancia médica de otorgar los datos solicitados y se les hace saber que sus datos son confidenciales, posteriormente se realiza el llenado del formato y finalmente se otorga a la paciente más tiempo para resolver dudas.

Diseño metodológico:

1. Captar alumnas que soliciten asesoría acerca de métodos de planificación familiar.
2. Brindar asesoría de métodos anticonceptivos
3. Tribuna libre para responder dudas
4. Elaboración de Historia clínica
5. Tribuna libre para expresar comentarios.
6. Firma de consentimiento informado.

Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Indicador. Codificación de la variable	Definición operacional
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Cuantitativa discontinua	17- 20 años	
			21 – 24 años	
			25 – 28 años	
Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.	Cualitativa nominal.	Soltera	Persona que no contrajo vínculo matrimonial
			Casada	Persona que celebró matrimonio ante las autoridades legalmente establecidas al efecto por cada estado
			Unión libre	Vida hecha en común entre una pareja sin haber celebrado la unión matrimonial
			Separada	Suspensión del matrimonio sin la disolución del vínculo conyugal

			Viuda	Personas en situación de haber perdido al cónyuge por fallecimiento y no se ha vuelto a unir.
			Divorciada	Persona que ha disuelto su vínculo matrimonial por sentencia judicial.
Ocupación	Actividad principal o a la que dedica la mayor parte de su tiempo.	Cualitativa nominal	Estudiante	Persona que cursa estudios en un centro de enseñanza
			Empleado	Persona que por un sueldo, desempeña un empleo
Licenciatura	Estudios necesarios para obtener un grado universitario	Cualitativa nominal	Enfermería	Profesión de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos
			Médico Cirujano	Profesional de la medicina que cuenta con las habilidades y destrezas para resolver padecimientos que el ser humano sufre en su vida
			Cirujano dentista	Especialista de la salud que dedica su actividad profesional a la prevención y tratamiento de las enfermedades bucales.
			Psicología	Ciencia que estudia los procesos mentales, las sensaciones, percepciones y comportamiento

				del ser humano en relación al medio ambiente físico y social que lo rodea
			Biología	Ciencia que estudia la estructura de los seres vivos y procesos mentales
			Químico farmacéutico biólogo (Q.F.B)	Profesionistas capaces de colaborar en el equipo de salud realizando funciones específicas en la preparación y control de sustancias y en el desarrollo y la realización de técnicas utilizadas para prevenir, diagnosticar, aliviar y curar enfermedades.
			Desarrollo comunitario para el envejecimiento (D.C.P.E)	Licenciatura que tiene como propósito la explicación y comprensión del envejecimiento humano como un fenómeno complejo, conformado por una variedad de interrelaciones.
			Ingeniería química (I.Q)	Rama de la ingeniería que se encarga del estudio, diseño, manutención, evaluación, optimización, simula

				ción, construcción y operación de todo tipo de elementos en la industria de procesos.
Religión	Cúmulo de creencias, sin demostración científica, basadas en la fe, sobre el origen del mundo y de la vida como creación divina, y las prácticas o culto destinadas a venerar a ese Dios o Dioses responsables de lo creado, compartidas por un grupo humano.	Cualitativa nominal	Católica	Religión que se distingue por tener como autoridad máxima al Papa de Roma y basar sus enseñanzas y dogmas en la Biblia.
			Cristiana	Religión monoteísta que tuvo su origen en las enseñanzas de Jesús que están recogidas en los Evangelios
			Agnóstica	Religión fundamentada en que la existencia o inexistencia de Dios escapa al entendimiento del ser humano.
			Espiritualista	Doctrina idealista según la cual, el espíritu domina a la naturaleza. Los espiritualistas consideran el alma, el espíritu, como única substancia, mientras que el cuerpo sólo sería producto del alma.
			Mormón	Los Santos de los Últimos Días creen en un Dios amoroso, personal, como nuestro Padre Celestial. Puesto que él es el Padre de nuestro espíritu, todas las personas son sus hijos y por

				lo tanto todas las personas son hermanos y hermanas.
			Ateo	Rechazo de la creencia de que cualquier deidad exista.
Inicio de vida sexual.	Edad en la que una persona practica cualquier forma de relación sexual.	Cuantitativa discontinua	< 15 años	
			15 – 17 años	
			18 – 20 años	
			> 20 años	
Número de parejas sexuales	Número de personas con las que un individuo ha tenido práctica sexual.	Cuantitativa discontinua	1 – 3 parejas	
			4 – 6 parejas	
			7 – 9 parejas	
			10 o más parejas	
Gesta	Número de embarazos que ha tenido la paciente.	Cuantitativa discontinua	1 – 2 embarazos	
			3 – 4 embarazos	
			> 5 embarazos	

Aborto electivo	Interrupción intencional del proceso de gravidez	Cualitativa nominal.	1 ILE	
			2 ILE	
			3 ILE	
Método de planificación familiar	Procedimiento o técnica utilizada con el fin de controlar la reproducción.	Cualitativa nominal.	Hormonales (orales, inyectables, parches, implante subdérmico)	
			Naturales (coito interrumpido, billings, ritmo, temperatura basal)	
			Barrera (preservativos, espermicidas, diafragma)	
			Intrauterinos (DIU)	

			Quirúrgicos (OTB)	
			Ninguno	
Infecciones de Transmisión sexual	Grupo de enfermedades que se transmiten casi exclusivamente por contacto sexual y tienen como único reservorio los órganos sexuales humanos.	Cualitativa nominal.	Sin antecedente	
			Bacterianas	
			Virales	
			Parasitarias	
			Fúngicas	
Detección oportuna de cáncer cervicouterino (DOCACU)	Acciones preventivas encaminadas a la detección temprana de cáncer cervicouterino	Cualitativa nominal.	Se ha realizado únicamente colposcopia.	
			Se ha realizado	

			únicamente papanicolaou	
			Se ha realizado colposcopía y papanicolaou	
			Nunca se ha realizado ni colposcopía ni papanicolaou	

Alcoholismo	<p>Término de significado variable y usado durante mucho tiempo que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas.</p>	Cualitativa nominal	Positivo	
			Negativo	

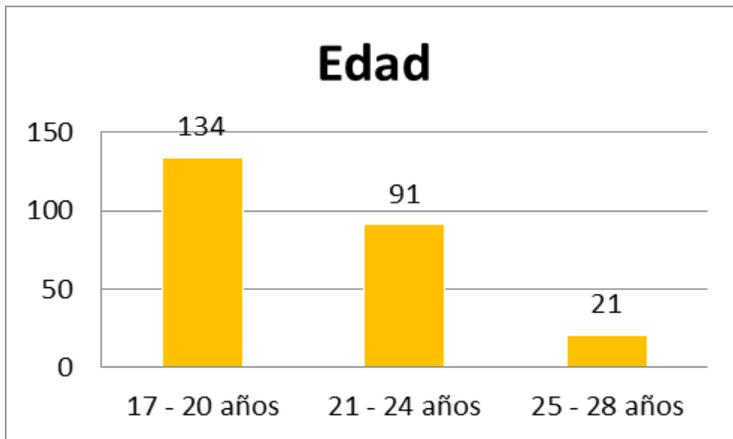
Frecuencia de consumo de alcohol	Cantidad de veces que se consume alcohol en determinado periodo de tiempo	Cuantitativa discontinua	1 a 3 veces por semana	
			Cada quince días	
			Cada mes	
			Más de cada mes	
Estado de embriaguez (Ebriedad)	Estado de intoxicación por consumo de alcohol	Cualitativa nominal	Si	
			No	
			Ocasional	
Bebidas alcohólicas que ha consumido	Líquido que contiene alcohol (etanol) y que está destinado al consumo.	Cualitativa nominal	Fermentados	Bebidas en las que el alcohol presente se ha obtenido mediante un proceso de fermentación microbológica dentro del propio proceso evolutivo del producto de partida.
			Destilados	Estas bebidas se obtienen a través de la destilación. Un proceso que consiste en hervir jugos o zumos ya fermentados para separar el alcohol del agua y por lo tanto obtener una mayor graduación alcohólica.

Consumo de drogas	Autoadministración de una sustancia psicoactiva	Cualitativa nominal	Positivo	
			Negativo	
Tipo de drogas consumidas	En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales.	Cualitativa nominal	Marihuana	Droga que se obtiene de la mezcla de hojas y flores secas del cáñamo índico
			Cocaína	Sustancia que se extrae de las hojas de la coca (arbusto eritroxiláceo) y que tras ser sometida a diversos tratamientos químicos se utiliza como droga o como anestésico local en medicina;
			LSD	La LSD (una abreviación del término alemán para la dietilamida del ácido lisérgico), es la droga que se identifica más comúnmente con el término "alucinógeno" y la más ampliamente usada en este tipo de drogas. Es un material claro o blanco, inodoro, y soluble en el agua, sintetizado del ácido lisérgico, un compuesto derivado del hongo del centeno.

			Otros (solventes, metanfeta minas, heroína)	
--	--	--	---	--

RESULTADOS

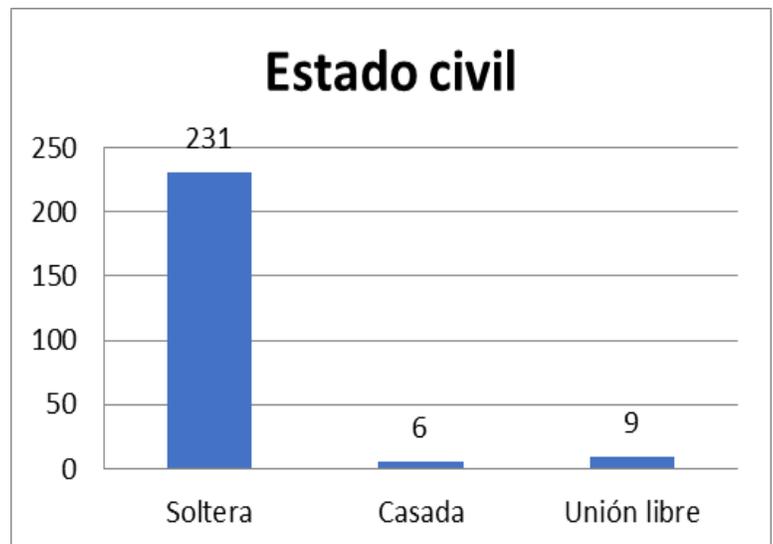
El total de la muestra fue de 246 personas, el 100% de ellas del sexo femenino.



En cuanto a la edad el 54.5% de ellas tiene de 17 a 20 años, el 37% corresponde a los 21 a 24 años y solo el 8.5% tiene de 25 a 28 años de edad

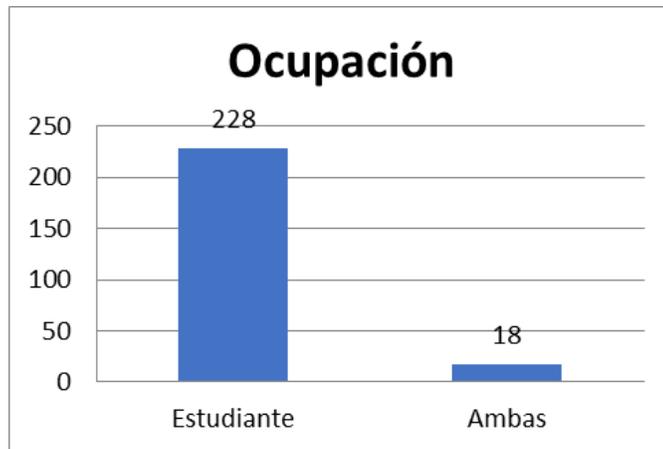
Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

El 93.9% corresponde a mujeres solteras, solo un 2.4% se encuentra casada y 3.7% en unión libre.



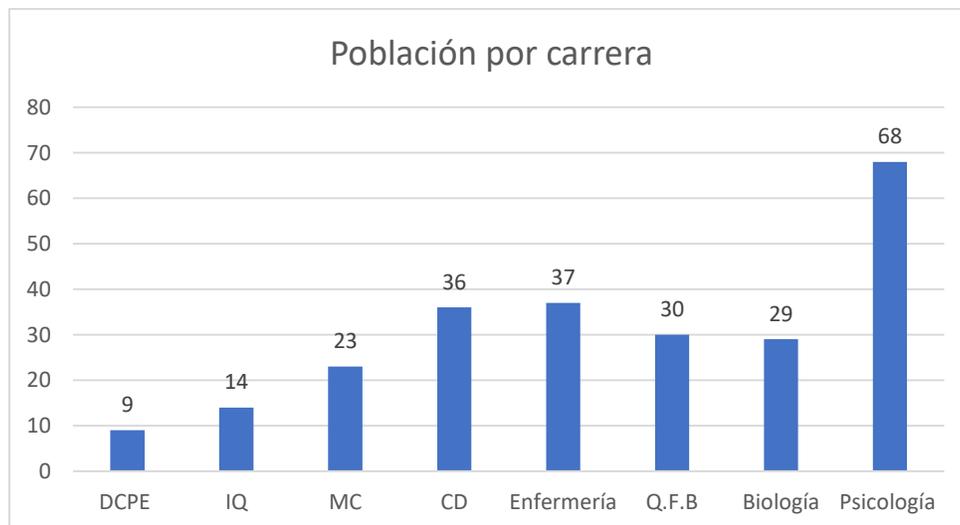
Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

El 92.7% únicamente es estudiante, mientras que el 7.3% es estudiante y además trabaja



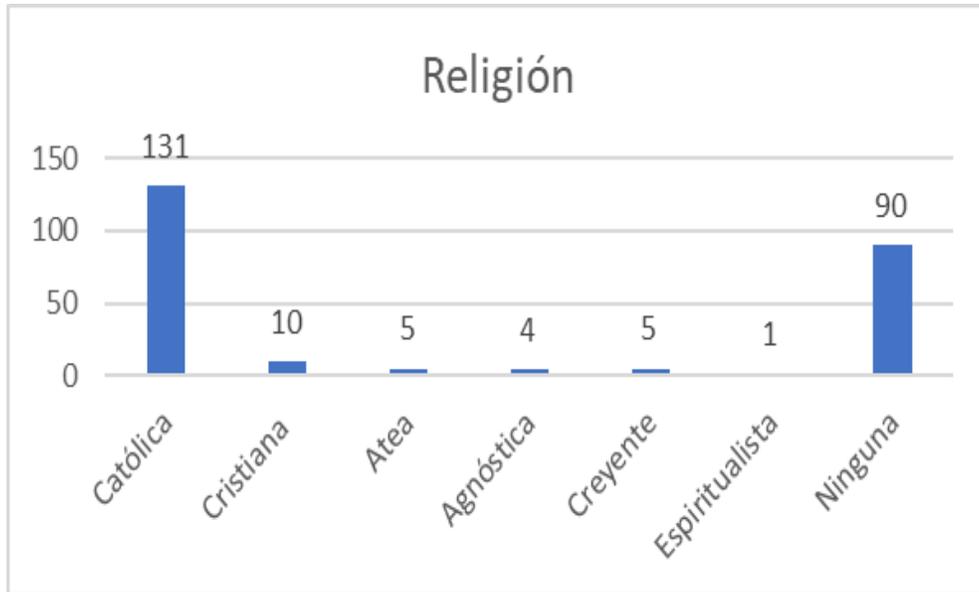
Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

En cuanto a las licenciaturas que estudian las alumnas que acudieron a los servicios de salud sexual y reproductiva el 27.6% de ellas estudian Psicología, 15% Enfermería, 14.6% Cirujano Dentista, 12.2% Q.F.B., 11.8% Biología, 9.4% Médico Cirujano, 5.7% I. Q y 3.7% DCPE



Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

El 53.25% profesa la religión católica, 36.6% no profesa alguna religión, 4% corresponde a la religión cristiana y 6% a otras religiones.



Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

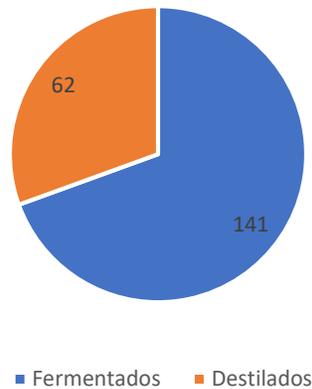
Consumo de alcohol

El 73.2% de la población consume algún tipo de bebida alcohólica, mientras que el 26.8% no consume bebidas alcohólicas.



Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

Tipo de bebida más consumida



El 69.46% consume bebidas fermentadas, siendo la cerveza la bebida más consumida, mientras que el 30.54% consume bebidas destiladas

Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

Frecuencia de consumo



En cuanto a la frecuencia de su consumo, 11.7% de la población lo consume de 1 a 3 veces por semana, 27.2% refiere consumirlo cada 15 días, 31.7% una vez al mes y el 29.4% más de cada mes.

Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

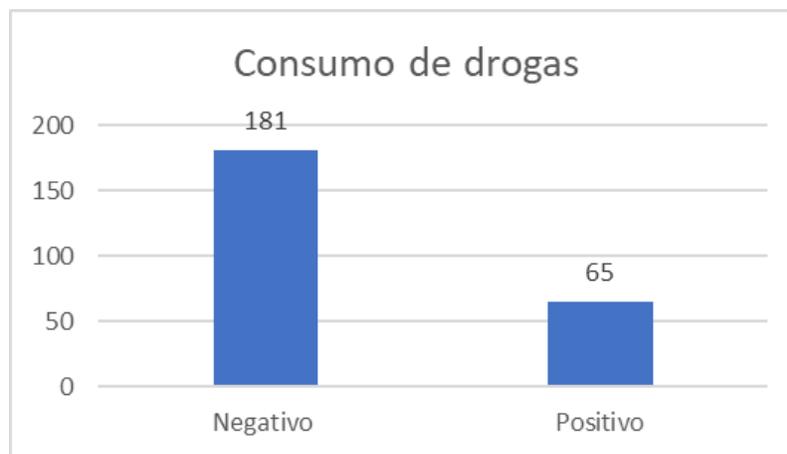
Al preguntarle a las estudiantes si cuando consumían alcohol llegaban al estado de embriaguez el 94.4% refirió no hacerlo, el 2.8% si llega al estado de embriaguez y 2.8% lo hace ocasionalmente.



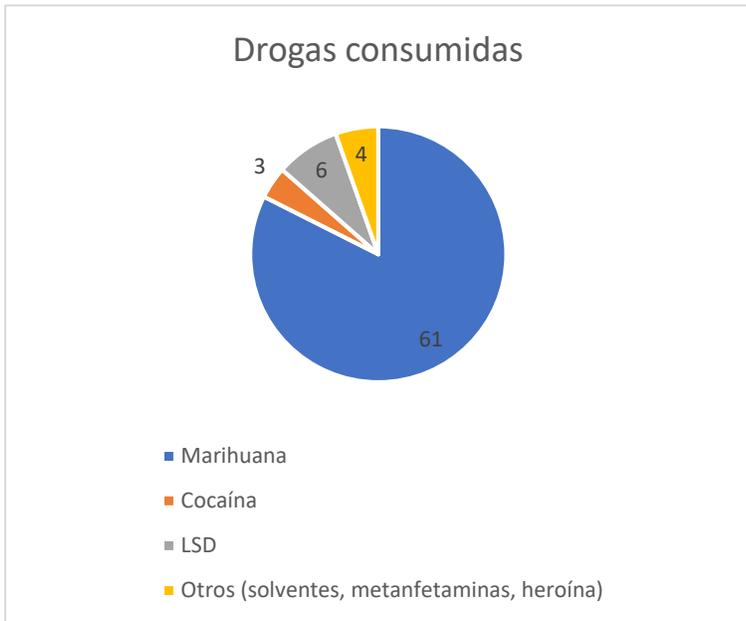
Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

Consumo de drogas

El 73.6% de la población entrevistada nunca ha consumido drogas, el 26.4% consume o ha consumido algún tipo de droga.



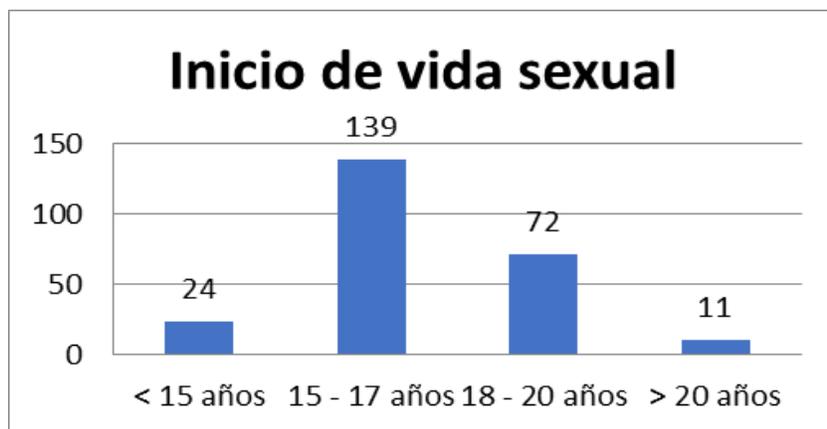
Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable



El 82.4% de la población consume marihuana, 8.1% ha consumido LSD, 4.1% cocaína y 5.4% otras

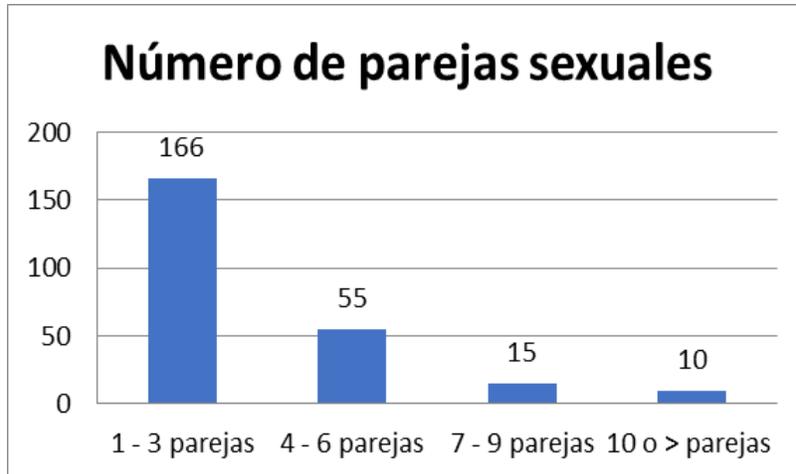
Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

El 9.7% inició su vida sexual antes de cumplir 15 años, 56.5% entre los 15 y 17 años de edad, 29.3% entre los 18 y 20 años 4.5% después de los 20 años de edad.



Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

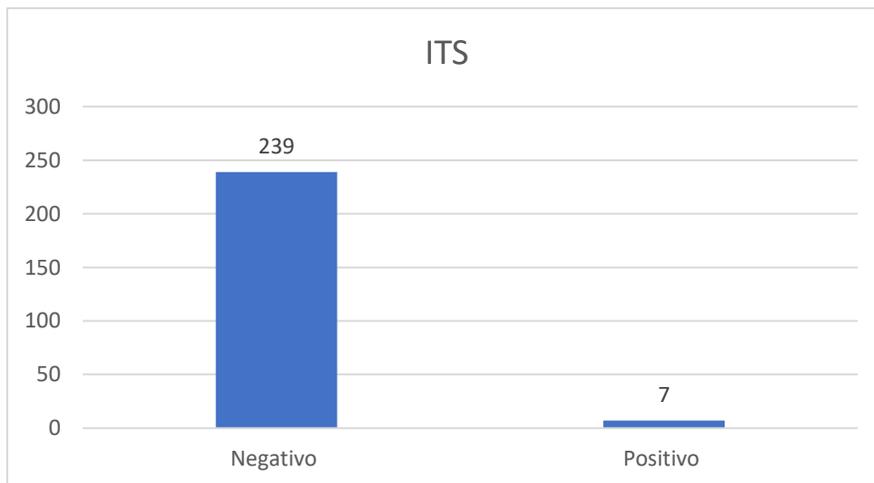
El 67.5% de la población entrevistada refiere haber tenido de 1 a 3 parejas sexuales, 22.4% de 4 a 6 parejas, 6.1% de 7 a 9 parejas y el 4% más de 10 parejas sexuales.



Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

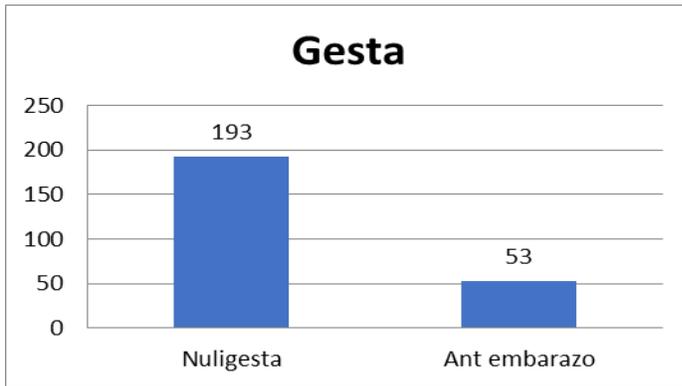
El 97.2% de las alumnas refirió no padecer o haber padecido alguna ITS, mientras que el 2.8% padece alguna ITS.

De las ITS que refirieron padecer la más común es el VPH (5 casos), una de ellas además de padecer VPH padece molusco contagioso y un caso más presenta infección por clamidia y candidiasis.



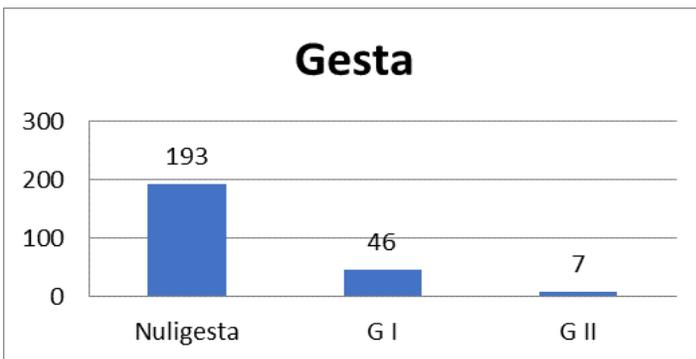
Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

Antecedente de embarazo



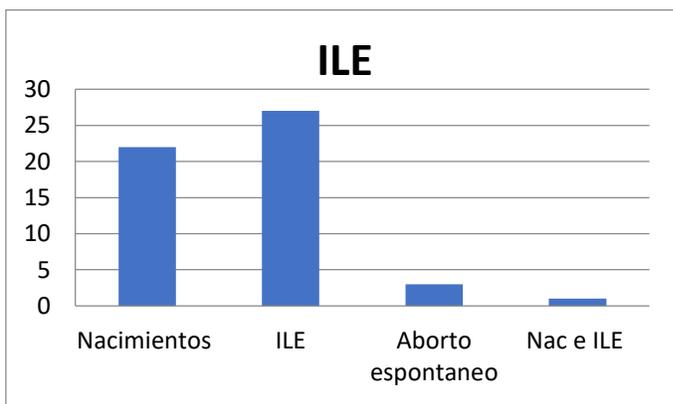
78.5 % de la población estudiada nunca se ha embarazado, contrario al 21.5% que si lo ha hecho.

Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable



Del 21.5% que se ha embarazado 18.7% corresponde a quienes se han embarazado en una ocasión y el 2.8% a quienes lo han hecho en dos ocasiones

Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable



Del 21.5% (53 casos) que tiene antecedente de embarazo
41.5% eligió la maternidad
51% optó por la ILE
5.6 % tuvo un aborto espontáneo
1.9 % tuvo un nacimiento y posterior ILE

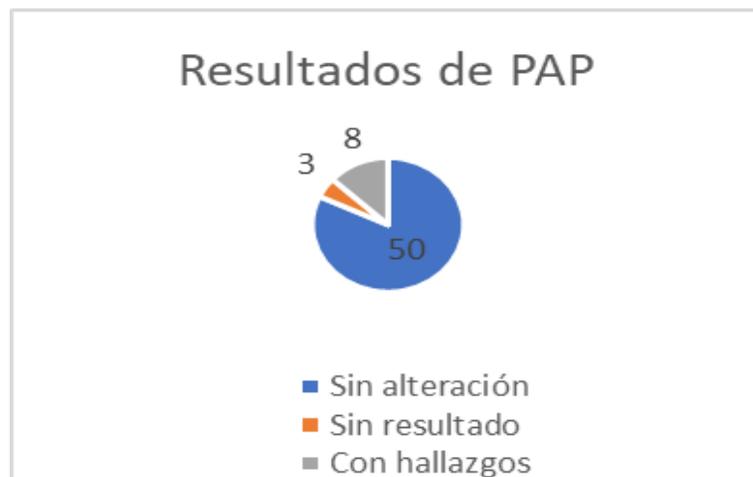
Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

En cuanto a la detección oportuna de cáncer cervicouterino y VPH el 24.8 % de las alumnas se han realizado pruebas de papanicolaou y /o colposcopía, mientras que el 75.2% nunca se ha realizado alguna de estas pruebas.



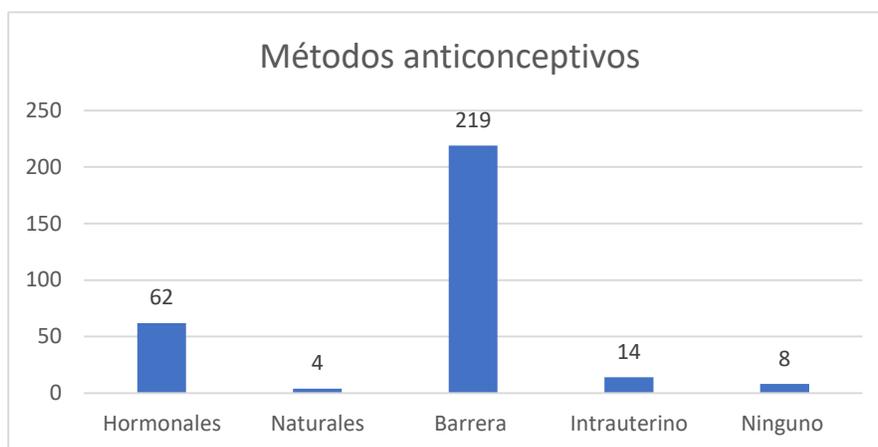
Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

De las alumnas que si se han realizado la prueba el 82 % refirió tener un resultado “sin alteración” el 13% mencionó haber sido diagnosticada con VPH o alguna ITS y el 5% no volvió por su resultado o se realizó la prueba de manera reciente.



Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

El 71.3% refirió usar preservativo, 20.2% métodos hormonales, 4.6% el dispositivo intrauterino, 2.6% no utiliza algún método y el 1.3 % utiliza métodos naturales.



Fuente: Jornadas de colocación de DIU hormonal en Universidad Saludable

Riesgo relativo de los factores de riesgo en el contagio de ITS

Factor de riesgo	Riesgo relativo
Uso de condón	1.25
No. de parejas sexuales	2.69
Inicio de vida sexual activa	1.28
Estado civil (pareja estable)	-
Consumo de alcohol (estado de embriaguez)	4.2
Consumo de drogas	0.45
Religión	1.09
Papanicolaou	0.05

El principal factor de riesgo asociado a infecciones de transmisión sexual, de acuerdo al riesgo relativo, es el consumo de alcohol, seguido del número de parejas sexuales y de la edad de inicio de vida sexual. No se presentaron casos de alumnas con antecedente de ITS que además se encontraran casadas o en unión libre (estabilidad de pareja).

Riesgo relativo de los factores de riesgo asociados a embarazo precoz

Factor de riesgo	Riesgo relativo
Uso de anticonceptivos	0.85
No. de parejas sexuales	1.95
Inicio de vida sexual activa	3.38
Estado civil (pareja estable)	0.42
Religión	1.32
Consumo de alcohol	0.76
Consumo de drogas	0.80

El principal factor de riesgo asociado al embarazo precoz (<20 años, de acuerdo a la OMS) es la edad de inicio de vida sexual activa. Otros factores de riesgo como el número de parejas sexuales y la práctica religiosa presentaron un riesgo relativo menor, pero significativo en esta variable.

Riesgo relativo de los factores de riesgo asociados a Interrupción del embarazo

Factor de riesgo	Riesgo relativo
Embarazo precoz	0.84
Ocupación	0.81
Religión	0.39
Uso de métodos anticonceptivos	1.92
Estado civil (pareja estable)	0.82
Infecciones de transmisión sexual	0.11
Consumo de alcohol	2.44
Consumo de drogas	1.43

En cuanto a la interrupción del embarazo, se encontró que el principal factor de riesgo es el consumo de alcohol, seguido de el no ser usuaria de algún método anticonceptivo y posteriormente el consumo de drogas. Otros factores como embarazo precoz (antes de los 20 años), su ocupación (ser estudiantes) o el profesar alguna religión, no mostraron una asociación significativa en la toma de dicha decisión.

Es importante mencionar que en la evaluación del riesgo de esta variable únicamente se consideraron los casos de alumnas con antecedente de embarazo.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue describir los principales factores de riesgo en Salud Sexual y Reproductiva a los que se encuentra expuesta la población universitaria. La totalidad de la muestra estuvo conformada por el sexo femenino ya que las entrevistas se realizaron durante diferentes jornadas de colocación de DIU hormonal como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva de Universidad saludable.

El grupo de edad con mayor frecuencia fue de 17 a 20 años; la mayor parte de las alumnas que acudieron a estos servicios son alumnas que cursan el primer año de la licenciatura y lo hacían para solicitar un método anticonceptivo y de esta forma evitar truncar sus estudios; en cuanto al estado civil, el 93.7% de las alumnas son solteras y el 92.7% de ellas no realiza alguna actividad remunerada, son estudiantes, lo cual influye de manera positiva ya que de esta forma pueden dedicarse por completo a sus estudios. Las características sociodemográficas aquí obtenidas son comparables con dos estudios realizados en jóvenes que también se encuentran cursando sus estudios de nivel superior y en quienes se evaluaron conductas en Salud Sexual y Reproductiva.^{51,52}

En cuanto a la carrera que estudian las alumnas que acudieron a los servicios de salud sexual y reproductiva, el 27.6% de ellas estudia psicología seguido del 15% que estudia enfermería y sólo el 9.4% de ellas estudia medicina, lo cual llama la atención, ya que lo esperado sería que las estudiantes de licenciaturas como Enfermería y Médico Cirujano en quienes su preparación se dirige a la prevención

y promoción de la salud sean quienes muestren mayor interés en el cuidado de su salud sexual y reproductiva. A propósito de esto, en dos estudios realizados con estudiantes de enfermería se encontró, al igual que en este estudio, que son quienes menos acciones preventivas realizan en su salud sexual y reproductiva.^{51,53} La religión como constructo social es capaz de influir en las decisiones, valores y creencias de los individuos.²¹ De acuerdo con datos del INEGI 2010 la religión más practicada es la católica ⁵⁴, lo cual también se encontró en los resultados obtenidos en este estudio, en donde el 53.2% de las alumnas refieren profesar dicha religión. En la religión católica las relaciones sexuales premaritales y el uso de métodos anticonceptivos van en contra de sus creencias lo que nos haría pensar en la asociación negativa de los jóvenes católicos frente al uso del condón; sin embargo, se ha asegurado que los jóvenes católicos, a pesar de que son conscientes de las normas de su religión sobre la actividad sexual, tienden a separar la moral aprendida de su práctica.^{21,55} Estudios realizados en Estados Unidos sugieren que los estudiantes que asisten a universidades de “inspiración cristiana” exhiben menos conductas de riesgo que los de universidades laicas, es por eso que una investigación realizada en la Ciudad de México buscó comparar las conductas sexuales de riesgo en 3 universidades con diferente orientación religiosa, en donde no se encontró evidencia de que los estudiantes de universidades religiosas corrieran menos riesgo que los estudiantes de universidades laicas.⁵⁶ Situación similar se presentó en este estudio en el que la religión no fue un factor que influyera en la actividad sexual premarital ni en el uso de métodos anticonceptivos.

Por otra parte, el consumo de drogas como facilitadoras del asalto sexual y conductas sexuales de riesgo son dos fenómenos relevantes desde el punto de vista sanitario.⁴⁶ De acuerdo con los datos obtenidos en la ENCODAT el patrón de consumo excesivo ha incrementado en la población femenina y la bebida más consumida en la población joven es la cerveza,⁴⁷ datos que concuerdan con los obtenidos en esta investigación en la que la bebida más consumida por las alumnas fue la cerveza; es probable que su consumo sea el más frecuente por diversos factores, entre ellos, el costo, la aceptación social, la cercanía que existe entre las universidades y los sitios en los que pueden comprar cerveza y la tendencia a minimizar sus efectos. El promedio de copas que refirieron consumir las alumnas es de 3.77 copas; sin embargo, ya que la cantidad de copas resulta un dato subjetivo se interrogó a las alumnas si bebían hasta llegar al estado de embriaguez, solo el 5% de la población estudiada mencionaron que sí, aunque por el promedio de consumo de copas se sugiere que no todas las alumnas contestaron de forma verídica, ya que como se había mencionado, el consumo de 2 cervezas puede producir una concentración sérica de etanol ≥ 40 mg/dL y las alteraciones neurológicas se presentan cuando las cifras de alcoholemia alcanzan niveles de 50 – 100 mg/dL o definen el estado de embriaguez como una pérdida total del estado de alerta.^{46,48}

El consumo de drogas también ha ido en aumento de acuerdo con la mencionada encuesta, sobre todo en la población femenina; la droga más consumida tanto en la encuesta como en la investigación es la marihuana.⁴⁷ Una de las causas del incremento en su consumo es que sólo 26% de la población que participó en la

ENCODAT refiere que considera como muy peligroso su consumo, es decir, mientras no se dimensionen los riesgos que trae consigo el consumo de marihuana, su consumo va a ir en aumento. Aunque durante la entrevista no se interrogó acerca de las prácticas sexuales bajo influjo del alcohol o drogas, el hecho de un consumo abusivo trae consigo la posibilidad de ejercer conductas sexuales riesgosas.

En este sentido, se ha observado cómo el uso de alcohol reduce las habilidades para negociar el sexo seguro, principalmente, el uso del preservativo, que es una de las variables que mejor predice las conductas sexuales de riesgo. En estudios realizados en España, Colombia y la Ciudad de México se comprobó que tanto hombres como mujeres que se encuentran bajo efectos del alcohol y/o drogas tienen actitudes más positivas de realizar conductas sexuales de riesgo y más intención de usar drogas facilitadoras de asalto sexual,⁴⁶ lo que los expone a contraer una ITS, un embarazo no planeado o no deseado y que podría culminar en un aborto o en una situación desfavorable en cuanto al desarrollo personal y profesional de los jóvenes.^{14,15,56,57}

Otro factor de riesgo importante es el inicio de vida sexual, ya que se han registrado edades tan tempranas como los 11 años,²⁰ en este estudio se encontró que la población ha postergado el inicio de la actividad sexual, el 56.5% de la población refirió iniciar su vida sexual entre los 15 y 17 años; registrándose la edad más temprana a los 11 años, datos coincidentes con otro estudio cuyo objetivo fue evaluar conductas de riesgo en jóvenes, en este se encontró que el inicio de actividad sexual se ha postergado, va de los 16 a los 18 años.^{52,53} Es importante hacer énfasis en que durante este estudio solo se contó con la participación de la

población femenina (que tiende a postergar el inicio de la actividad sexual), mientras que en otras estadísticas se considera población femenina y masculina (en la cual se registran las edades más tempranas de inicio de vida sexual). Se ha demostrado que existe una asociación entre la actividad sexual de inicio temprano y el sexo masculino, esto debido a que las mujeres se perciben significativamente más seguras que los hombres de su habilidad para abstenerse de tener relaciones sexuales en situaciones en las que podrían sentirse inclinadas a hacerlo.⁵⁸

En cuanto al número de compañeros sexuales, el 67.5% de las estudiantes dijo tener de 1 – 3 parejas sexuales, en una encuesta realizada en México se encontró que un factor determinante en el contagio de infección por VPH fue el número de parejas sexuales, ya que se calculó que por cada nueva pareja sexual el riesgo incrementa 10 veces.^{59 60}

La incidencia de las ITS ha ido en aumento, en particular en los jóvenes de 15 a 25 años de edad.⁶⁰ De acuerdo con la Secretaría de Salud durante el 2017 se detectaron: 4,703 casos de sífilis adquirida, 2,891 hombres (61.5%) y 1,812 mujeres (38.5%); 4,344 casos de infección gonocócica genitourinaria, 2,169 hombres (49.9%) y 2,175 mujeres (50.1%),⁶¹ datos contrastantes con nuestra investigación en la que no encontramos casos de dichas enfermedades.

En relación con el VPH, en 2017 se reportaron 27,610 nuevos casos, de estos 95.9% fueron mujeres (26,491). En este mismo año la tasa de incidencia de casos nuevos de VPH es de 41.86 por cada 100 mil mujeres. El grupo de edad con mayor afectación de nuevos casos de VPH fue el de 25 a 44 años, a razón de casi 25 mujeres por cada hombre.⁶¹

En esta investigación se encontraron 5 casos de VPH, que representa el 2 % del total de la población. De acuerdo con las últimas proyecciones de la OMS la infección por VPH es responsable de 530 000 casos de cáncer cervicouterino y de 264 000 muertes por dicha enfermedad cada año.⁴³ Por lo que la detección oportuna y la prevención juegan un papel sumamente importante. Lo alarmante en esta situación fue que solo el 24.8 % de la población se ha realizado un estudio de colposcopia y/o papanicolaou, de ellas, el 82 % refirió que su resultado fue sin alteración, mientras que el 13% tuvo diagnóstico de VPH u otra ITS y 5 % no conoce su resultado.

En un estudio realizado en Brasil en una escuela de Enfermería se encontró que de un total de 79 mujeres 52 de ellas, que corresponde al 65.82%, se ha realizado un estudio de Papanicolaou; lo cual resalta al comparar los resultados que se obtuvieron en este estudio, en el que aproximadamente solo una cuarta parte de la población se ha realizado este estudio y una menor proporción conoce su resultado. Podríamos asociar que esta diferencia corresponde a que los estudiantes de ramas de la salud tienen mayor información, sin embargo, se ha estudiado la relación comportamiento – conocimiento en sexualidad y se encontró que no hay relación significativa, las alumnas pueden tener el conocimiento, pero este no modifica el comportamiento⁶²

Por otra parte, los métodos anticonceptivos más recomendables para las adolescentes y adultas jóvenes son los de larga duración;²⁹ los resultados obtenidos en este estudio mostraron que el método más utilizado fue el preservativo, seguido de los hormonales orales y posteriormente el DIU y la Pastilla Anticonceptiva de

Emergencia (PAE), los menos utilizados fueron los parches y métodos naturales (ritmo y coito interrumpido). En otro estudio realizado en la Universidad Autónoma de México (UAM) Xochimilco los métodos más utilizados fueron el preservativo masculino, seguido de la PAE, posteriormente coito interrumpido, ritmo y anticonceptivos orales, los menos utilizados fueron el DIU, implantes y parches.⁵² En ambos casos el método que es el más recomendable es de los menos utilizados y es preocupante que entre los métodos anticonceptivos más usados se encuentra la PAE, la cual no debe usarse como método de seguimiento.

Alrededor del tema de los métodos de planificación familiar aún podemos encontrar mitos y tabúes que impiden que las jóvenes puedan solicitar el acceso a ellos. Durante la asesoría de métodos anticonceptivos que se realizó como parte del proceso de este estudio se encontró que aún hay mucha desinformación acerca del tema, algunos de los comentarios que hacían las jóvenes es que “habían escuchado” que no es recomendable usar el DIU por que se “encarna”, que conocían gente que se había embarazado usando el DIU, que durante la actividad sexual su pareja podría sentirlo, entre otras afirmaciones que se relacionan con el escaso o nulo seguimiento que las usuarias de métodos anticonceptivos de larga duración tienen posterior a la colocación del método. Podríamos pensar que por encontrarnos con jóvenes que cursan estudios de nivel superior, tienen mayor conocimiento del tema, sin embargo, no es así. Recordemos que la información que los jóvenes tienen acerca de la salud sexual y reproductiva es recibida en la escuela, pero también a través de amigos y familiares, por lo que las buenas o malas experiencias que hayan escuchado en su entorno influyen de forma significativa en

la elección de un método, esta situación también se presentó en un artículo realizado por la Universidad de Colorado, en el que se observó la influencia de las buenas o malas experiencias compartidas por algún amigo o familiar y su influencia frente a la selección de un método anticonceptivo.

Por otro lado, las jóvenes mencionaban que no acudían a solicitar métodos anticonceptivos a los sistemas de salud ya que el trato es muy malo por parte del personal de salud, los requisitos les parecen excesivos, sus dudas no fueron resueltas y los horarios no se adaptaban a los de ellas.

La ILE y su despenalización durante el 2007 generó gran controversia. De acuerdo con las estadísticas de la Secretaría de Salud, de abril 2007 a agosto 2018, el 25.1% de los casos de Interrupción del embarazo corresponde a estudiantes, solteras y hasta el 46% corresponde al grupo de edad de 18 a 24 años, características sociodemográficas que concuerdan con las encontradas en este estudio y en otro realizado en dos clínicas de la Secretaría de Salud en el que se entrevistó a 24 mujeres que acudieron en busca de la Interrupción de su embarazo y que compartieron su experiencia, durante el mencionado estudio la población también se trataba de mujeres solteras y de 18 a 25 años y una tercera parte de ellas se encontraba en el nivel superior. Lo que nos habla de un perfil que se presenta en las jóvenes que deciden interrumpir su embarazo.

Durante las entrevistas que se aplicaron en este estudio y en las clínicas de salubridad se encontró que los principales motivos por los que estas mujeres decidieron no continuar con su embarazo fue que tenían el deseo de continuar con sus planes de crecimiento profesional, no contaban con los suficientes recursos

económicos para tener un bebé, no se sentían preparadas para ser mamás o no tenían el apoyo de familia y/o pareja.

El aborto, además de implicaciones de género, se trata de una importante situación de salud, el tener acceso a un aborto seguro, alejado de la clandestinidad, es lo que ha permitido disminuir las tasas de mortalidad por complicaciones del aborto.

CONCLUSIONES

- Durante el desarrollo de este estudio se describieron los siguientes factores de riesgo en salud sexual y reproductiva que presenta la comunidad universitaria: edad, estado civil, ocupación, religión, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, gesta (embarazo temprano), aborto electivo, método de planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, consumo de alcohol, consumo de drogas y detección oportuna de cáncer cervicouterino.
- En el desarrollo de este estudio se encontró que las alumnas pese a la práctica de la religión católica ya han iniciado su vida sexual. De acuerdo a la bibliografía y los datos obtenidos de este estudio podemos concluir que las jóvenes tienden a separar la práctica religiosa de su práctica sexual. Es decir, qué ante los procesos de secularización cultural, las decisiones personales se construyen a partir de otros referentes importantes para estas jóvenes.
- Se identificó que las alumnas que han recurrido a la ILE, lo hicieron principalmente por dos motivos: el desarrollo profesional (evitar truncar sus estudios de licenciatura) y como segunda causa se identificó el factor económico (el no contar con ingresos).
- En cuanto al riesgo relativo, se encontró que dentro de los factores de riesgo con mayor asociación al antecedente de interrupción del embarazo son el

consumo de alcohol y drogas, esto como conductas de riesgo que limitan la posibilidad de exigir el uso de preservativo durante las relaciones sexuales. Otro factor que mostró una importante asociación es el no ser usuarias de algún método anticonceptivo, lo cual nos lleva a generar interrogantes acerca de los motivos por los que estas alumnas no usan anticonceptivos, pese a su deseo de posponer la maternidad.

- Se identificaron casos de alumnas, quienes, a pesar de tener el antecedente de una interrupción de embarazo, no son usuarias de algún método anticonceptivo.
- Se encontró que las alumnas minimizan los efectos que trae consigo el uso desmedido de la PAE, es frecuente el uso de este método de forma regular. En este estudio se encontró que una de las principales causas es la desinformación.
- Las jóvenes enfocan el cuidado de su salud sexual en la prevención de un embarazo no deseado, minimizando el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual.
- El principal factor de riesgo asociado a tener un embarazo precoz es la edad de inicio de vida sexual.
- La ITS más prevalente en esta población es la infección por VPH, es muy importante recalcar que pueden existir muchos casos que aún no han sido

diagnosticados, esto debido a que solo una cuarta parte de la población de este estudio se ha realizado un Papanicolaou, lo cual resulta alarmante ya que todas las alumnas incluidas en este estudio han iniciado su vida sexual.

- Al medir el riesgo relativo de los factores de riesgo en las infecciones de transmisión sexual, se encontró que el llegar al estado de embriaguez y el número de parejas sexuales son los que mostraron mayor asociación; que como ya habíamos mencionado, son conductas que influyen en la posibilidad de exigir el uso de preservativo o en la promiscuidad sexual. El inicio de vida sexual y el uso de preservativo son factores de también mostraron una importante relación con el riesgo de contagio de ITS.

- Es importante que el conocimiento que se imparte a las y los alumnos en salud sexual y reproductiva vaya más allá de métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual. En este estudio se identificó que las alumnas cuentan con muy poca información en cuanto a la prevención en salud sexual y reproductiva, lo cual podríamos considerar representa un área de oportunidad en los servicios de salud.

- En este estudio se encontró que el 73.2% de la población consume bebidas alcohólicas, mientras que el 26.4% consume algún tipo de droga. El consumo de drogas y alcohol representa una de las situaciones de mayor riesgo para la población joven, ya que fomenta las prácticas sexuales

riesgosas y con ello incrementa la probabilidad de un embarazo no deseado, de que las jóvenes se sometan a un aborto y de contraer alguna ITS.

- El mayor consumo en cerveza y marihuana puede estar asociado a que son drogas de las que se ha normalizado el consumo.
- Una limitante que tuvimos durante el estudio con respecto al consumo de alcohol y drogas, fue que no se interrogó si en alguna ocasión habían tenido relaciones sexuales bajo influjos del alcohol o drogas.
- Las variables de frecuencia en el consumo de alcohol y el estado de embriaguez podrían verse limitadas, esto debido a que un consumo constante y no moderado en mujeres no es socialmente aceptado.
- Se identificó que quienes más acudieron en busca de asesoría en planificación familiar fueron las estudiantes de la licenciatura de psicología, mientras que quienes acudieron en menor proporción son los estudiantes de medicina y enfermería, quienes además durante la asesoría referían tener un amplio conocimiento del tema por lo que no requerían de asesoría.
- Los motivos que externaron las alumnas por los que no acuden a los servicios amigables de salud sexual y reproductiva son: personal poco empático y amable, horarios de servicio que no se adaptan a sus actividades, falta de insumos en las unidades de salud y exceso de requisitos.

- El asumir que la población universitaria es la más preparada y que cuentan con amplio conocimiento en temas de sexualidad, ha limitado que se desarrollen estudios y programas de atención en salud sexual y reproductiva con enfoque en esta población.
- De acuerdo con otros estudios y con la presente investigación podemos concluir que la mejor manera de disminuir las conductas sexuales riesgosas y las situaciones adversas que traen consigo son la promoción de la salud y la prevención, ya que disminuyen el riesgo de complicaciones y por lo tanto el costo de atención médica.

PERSPECTIVAS

- La educación en salud sexual y reproductiva debe continuar durante la educación superior, ya que aquí podemos encontrar gran parte de la población joven. Además, se tiende a inferir que el conocimiento de los jóvenes en salud sexual y reproductiva es amplio, sin embargo, no es así.
- Se requiere que los programas preventivos en salud sexual y reproductiva brinden atención, a la población estudiantil, de forma permanente y no únicamente de manera periódica o durante campañas. Es importante además que estos sitios cuenten con personal “empático” que permita que exista un ambiente de confianza; en cuanto al horario, este debe ser accesible para las/los alumnos.
- Educación en salud sexual y reproductiva con enfoque de género, la finalidad es que los hombres también tengan conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso, con la finalidad de que se involucren en la planificación de embarazos no deseados e interrupción del embarazo ya que este no es un tema exclusivo de mujeres; por otra parte, se requiere que las mujeres exijan y conozcan el uso adecuado del preservativo.
- La evaluación del conocimiento en salud sexual y reproductiva en la población universitaria es un tema que debe ser abordado, ya que los

estudios existentes realizan sus evaluaciones principalmente en la población de secundaria y educación media superior.

- Conocer el impacto y las deficiencias con las que cuentan los programas preventivos en salud sexual y reproductiva, permitirá generar o modificar estrategias para crear situaciones que favorezcan a este grupo poblacional.
- El conocer los factores de riesgo de la población universitaria en salud sexual y reproductiva permite generar un precedente de una importante demanda de atención en salud. A partir del conocimiento de la situación de las alumnas se pueden generar estrategias, programas y se resaltan áreas de oportunidad que permitan influir de manera positiva en la atención de la salud de las alumnas.

REFERENCIAS

1. Mazarrasa Alvear L. y Gil Tarragato S. Salud Sexual y Reproductiva. En: C. Colomer Revuelta, M. Sánchez López, V. Dresch, J. López Moreno, A. Trassierra Villa y M. Rodríguez Marcos, ed., Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. Madrid. 2007.p.4 - 8.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud sexual [En línea]. 2018. [Acceso: Enero 3, 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
3. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva [En línea]. 2018. [Acceso 02 Enero. 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
4. Organización Mundial de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Nueva York; 1995. p 37
5. Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud, OMS. Aspectos de la investigación sobre la Salud Sexual y Reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios. Suiza; 2007. p 9 - 10
6. Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2017. Nueva York; 2017. p 20 - 21

7. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018. Ciudad de México; 2013 p.15-40.
8. Rojas R, De Castro F, Villalobos A, Allen-Leigh B, Romero M, Braverman-Bronstein A, et al. Educación sexual integral: cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. SalPúbMéz. 2017; 59(1): 20, 26.
9. De Diputados C, Congreso De DH, Unión LA, Primer EC, Del J, Constitucionalista E, et al. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS [Internet]. Gob.mx. [citado el 19 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
10. Congreso de la unión. Ley General de Salud. México; 2019
11. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar [Internet]. Org.mx. [citado el 19 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-005-SSA2-1993%20Planificaci%C3%B3n%20Familiar.pdf>
12. De Diputados C, Congreso De DH, Unión LA. LEY FEDERAL PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN [Internet]. Org.mx. [citado el

05 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.conapred.org.mx/userfile-.KUs/files/ley%20Federal%20para%20Prevenir%20la%20Discriminaci%F3n%281%29.pdf>

13. Secretaria de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes [Internet]. gob.mx. [citado el 07 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/modelo-de-atencion-integral-en-salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes>

14. Bahamón MM, Vianchá PM, Tobos VA. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*. 2014; (31): 331,337.

15. Quintero MC, Hernández D, Merchán J y Salamanca C. Conocimientos y prácticas de riesgo en salud sexual y reproductiva en diferentes grupos poblacionales de Colombia. *Revista 16 de Abril* [En línea]. 2015 [Citado: 19 Agosto. 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15259h.pdf>

16. Rosabal GE, Romero MN, Gaquin RK, Hernández MR. Conductas de riesgo en los adolescentes. *Rev Cubana Med Mil*. [En línea]. 2015 [Citado el 11 de junio del 2018]; 44(2):219-220. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572015000200010

17. Consejo Nacional de Población. Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. Entidades Federativas. Ciudad de México; 2017. p.46.
18. Alfonso FL y Figueroa PL. Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río [En línea]. 2017 [Citado el 12 de noviembre 2018]; 21(2):2-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020
19. Villalobos A, De Castro F, Rojas R. y Allen B. Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. Salud Pública de México. 2017; 59(5):567.
20. Mendoza TL, Claros BD y Peñaranda OC. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016; 81(3):243-253.
21. Sanabria MJ, Jiménez SJ, Parra BK y Tordecilla CM. Influencia de la religión en la toma de decisiones sobre sexualidad en estudiantes católicos practicantes. Diversitas: Perspectivas en Psicología. 2016;12(2):232-233.

22. González AE, Molina GT, Montero VA y Martínez V. Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2013;78(1):5.
23. INEGI. “Estadísticas a propósito del... día internacional de la juventud (15 a 29 años) 12 de agosto”. Aguascalientes, Ags; 2016. p.2.
24. Secretaria de Salud. Programa de Acción específico. Planificación familiar y anticoncepción 2013 – 2018 [En línea].2013. [Citado en Julio 09 del 2018]. Disponible en: <http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>
25. Flores PE y Amuchástegui HA. Interrupción Legal del Embarazo: reescribiendo la experiencia del aborto en los hospitales públicos del Distrito Federal. Género y Salud en cifras [En línea]. 2012 [Citado: 18 de mayo del 2018]. 10(1):24. Disponible en: [Interrupcionlegaldelembarazo.pdf](#) (salud.gob.mx)

26. Canoni G, González M, Conejero C, Merino P y Schulin-Zeuthen C. Sexualidad en la adolescente: Consejería. Revista Médica Clínica Condesa.[En línea]. 2015 [Citado el 25 de mayo del 2018];26(1):82 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000139>
27. Gómez-Inclán S y Durán-Arenas L. El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. Salud Pública de México. 2017; 59(3):236.
28. Sánchez-Meneses M, Dávila-Mendoza R y Ponce-Rosas E. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Atención Familiar. 2015;22(2):35-38.
29. Melo J, Peters M, Teal S, y Guiahi M. Adolescent and young women's contraceptive decision-making processes: choosing "the best method for her". Journal of Pediatric and adolescent Gynecology. [En línea]. 2013. [Citado: 25 de febrero del 2018] 88(3):224-226. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1083318814002708>
30. UNESCO. Embarazo precoz y no planificado y el sector de la educación. Revisión de la evidencia y recomendaciones. París; 2017 p.8.

31. Grupo Interinstitucional. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. [En línea] gob.mx. [Acceso 13 Febrero. 2018] Disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
32. Secretaría de Educación Pública. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven. Ciudad de México; 2012. p.17 - 18.
33. Secretaría de salud. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. Ciudad de México; 2002. p.13.
34. Campero L., Atienzo E., Suarez L., Hernández B. y Villalobos A. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México. 2013; 149:303 - 306.
35. Baena A, Alba A, Jaramillo M, Quiroga S y Luque L. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. Atención Familiar. 2012;19(4):83

36. Gómez R, Rodríguez L, Gómez A y Torres, E. Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2017; 43(2):182.
37. Montoya J, Schiavon R, Troncoso E, Díaz OC y Karver T. Aborto inducido en México: qué piensan y hacen los ginecoobstetras. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83(1):24.
38. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso. [En línea] 2018 [Revisado: 17 abril. 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>
39. Lamas M. Entre el estigma y la ley. La interrupción legal del embarazo en el DF. *Salud Pública de México* [En línea] 2014 [Citado: 25 de abril del 2018];56(1):57. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342014000100008
40. Secretaría de Salud. Interrupción Legal del Embarazo (ILE) Estadísticas Abril 2007 – 06 de Agosto, 2018. Ciudad de México; 2018. p.1,2,4,9.

41. Cruz PC, Ramos AU y González RA. Guía práctica del tratamiento sintromico de las infecciones de trasmisión sexual: una propuesta de tratamiento. Guía de consenso. Dermatol Rev Mex. 2014;58:18-32
42. FUNSALUD CENSIDA, Secretaría de Salud de México. Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigida a personal de servicios de salud. Ciudad de México; 2011 p.9 -13.
43. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021 Hacia el fin de las ITS. Ginebra; 2016 p.13.
44. Armando Arredondo A, García Cerde R, Ibáñez Sastoque S, Jiménez García C, Linares Segura A, Maldonado Esquer A, et al. Costo efectividad de programas de prevención en infecciones de transmisión sexual. Horizonte sanitario. 2014; 13(2):202.
45. García C, Calvo F, Carbonell X y Giralt C. Consumo intensivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en población universitaria. Health and Addictions/Salud y Drogas. 2017;17(1):64.

46. Folgar M, Rivera F, Sierra J y Vallejo-Medina P. Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica*. 2015;22(1):1-2.
47. Comisión Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017 [Internet]. gob.mx. [citado el 19 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
48. Centro de Información toxicológica. Intoxicación por Alcohol Eílico. [En línea]. 2015 [Revisado: 14 enero. 2019]. Disponible en: <https://www.ssaver.gob.mx/citver/files/2017/04/Intoxicacion-con-Alcohol.pdf>
49. Martínez-Sánchez J. y Balaguer A. Healthy university: a health promotion strategy and health for all policies for the creation of a healthy workplace. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*. 2016;19(3):175-177
50. Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social. Guía para la reflexividad y el autocuidado. Chile (n.d) p.27.

51. Nascimento B, Spindola T, Araujo Reicherte Pimentel M, Conceição de Almeida Ramos R, Santos Costa R y Sampaio Teixeira R. El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. *Enfermería global* [En línea]. 2018;49:238 - 239.
52. González de León D, Salinas A, Torre M y Mora F. Necesidades de salud sexual y reproductiva en estudiantes de una universidad pública mexicana. *Global Health Promotion*. 2014;21(3):68-79.
53. Covarrubias E, Ramírez VR, Ramírez VR, Verde FE, Rivas EJ y Rivero RL. Utilización de Métodos Anticonceptivos en estudiantes de Enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2016;18(2):35 - 41.
54. INEGI. Religión. [En línea] 2011 [Revisado 6, abril. 2019]. Disponible en https://www.inegi.org.mx/temas/religion/default.html#Informacion_general
55. Vargas E, Martínez G y Potter J. Religión e iniciación sexual premarital en México. *Revista latinoamericana de población*. 2010;4(7):7 - 26.
56. Pulido RM, Ávalos TC, Fernández MJ, García FL, Hernández ML y Ruíz CA. Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México. *Psicología y salud*. 2013;23(1):27 - 31.

57. Reguera Torres M, Sotelo Cruz N, Barraza Bustamante A y Cortez Laurean M. Estilo de Vida y Factores de Riesgo en Estudiantes de la Universidad de Sonora: Un Estudio Exploratorio. Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora. 2016;32(2):67.
58. Holguín MY, Mendoza TL, Esquivel TC, Sánchez MR, Daraviña BA y Acuña PM. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [En línea] 2013 [Citado: 18 de mayo, 2018];78(3):209-219. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000300007
59. Sam SS, Ortiz de la Peña y Carranza A y Lira Plascencia J. Virus del papiloma humano y adolescencia. Ginecología y Obstetricia de México. 2011;79(4):217.
60. Vidal BE y Hernández GB. Conductas sexuales de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de una comunidad. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2017;16(4):631-632.
61. Instituto Nacional de las Mujeres. Gobierno de la República. Enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA. Ciudad de México; 2018. p.1-2.

62. Alemán Rivera S, Cortés Escárcega I y Pérez Cuevas R. Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería. Boletín Médico Hospital Infantil de México.2013;70(1):23.