

Juan Carlos Marín Escobar

Candidato a Doctor en Ciencias de la Educación de la Universidad Privada Dr. Rafael Belloso Chacín. Magíster en Desarrollo Social y Psicólogo de la Universidad del Norte. Docente Investigador adscrito al grupo de investigación "Sinapsis Educativa y Social" de la Universidad Simón Bolívar, Barranquilla.

María Nohemí González Martínez

Doctora por la Universidad de Cádiz, en el marco de los estudios de Género, Identidad y ciudadanía. Líder del grupo de investigación "Estudios de Género, Familias y Sociedad" de la Universidad Simón Bolívar, Barranquilla. Coordinadora RED-HILA.

Yolanda Morales Castro

Doctora en Ciencias Políticas de la Universidad del Zulia. Magíster en Desarrollo Familiar, Especialista en Estudios Pedagógicos. Docente e Investigadora adscrita al grupo de investigación "Estudios de Género, Familias y Sociedad" de la Universidad Simón Bolívar, Barranquilla.

Sexualidad, pobreza, violencias y estereotipos: Una mirada desde los jóvenes a los estudios de género es un libro resultado de investigación, marca el interés de cuatro jóvenes investigadores y tutores en trabajar desde un proceso de deconstrucción científica inspirados en nuevos modos de comprender e interpretar el espacio investigativo, aceptando múltiples formas y caminos de búsqueda a partir del reconocimiento de la diversidad, los resultados de las investigaciones, se dibuja un trabajo reflexivo, crítico, cualitativo, desde un enfoque de inspiración crítica y posestructuralista transversalizado por los estudios de género y tienen como elementos comunes supuestos ideológicos que asumen que no hay pretensión de verdad absoluta, si no que esta se encuentra situada y mediada por relaciones de poder, por lo que el ejercicio que de ella se deriva es la invitación como jóvenes investigadores a enfocar el trabajo hacia una práctica transformadora, que permita superar la violencia, la pobreza, los prejuicios y las limitaciones para el ejercicio de los derechos, que posee la población que habita el contexto de la investigaciones que aquí se presentan.

ISBN 978-958-5430-42-6



SEXUALIDAD, POBREZA, VIOLENCIAS Y ESTEREOTIPOS:



Yolanda Morales Castro
María Nohemí González Martínez
Juan Carlos Marín Escobar
Dhayana Carolina Fernández Matos
Valeria Montoya Roncancio
Rosa Fonseca Angulo
Paula Márquez Vásquez
Andrés Ahumada Montaña

SEXUALIDAD, POBREZA, VIOLENCIAS Y ESTEREOTIPOS:

Una mirada desde los jóvenes
a los estudios de género



Andrés Ahumada Montaña

Administrador de Empresas de la Universidad Simón Bolívar. Joven Investigador, Convocatoria 673 de 2014 Colciencias.

Paula Márquez Vásquez

Abogada de la Universidad Simón Bolívar. Candidata a Magíster en Cooperación Internacional y Gestión de Proyectos de la Universidad del Norte. Joven Investigadora, Convocatoria 702 de 2014 Colciencias.

Rosa Fonseca Angulo

Fisioterapeuta de la Universidad Simón Bolívar. Joven Investigadora, Convocatoria 702 de 2014 Colciencias.

Valeria Montoya Roncancio

Psicóloga de la Universidad Simón Bolívar. Joven Investigadora, Convocatoria 702 de 2014 Colciencias.

Dhayana Fernández Matos

Doctoranda en Derechos Humanos y Ciudadanía de la Universidad de Barcelona. Magíster en Estudios de Género, Identidad y Ciudadanía. Magíster en Ciencias Políticas y de la Administración. Magíster en Derechos Humanos, Estado de Derecho y Democracia. Abogada e Investigadora adscrita al grupo de investigación "Estudios de Género, Familias y Sociedad" de la Universidad Simón Bolívar, Barranquilla.

SEXUALIDAD, POBREZA, VIOLENCIAS Y ESTEREOTIPOS:

Una mirada desde los jóvenes
a los estudios de género

EDICIONES
 UNIVERSIDAD
SIMÓN BOLÍVAR
BARRANQUILLA Y CÚCUTA - COLOMBIA
VIGILADA MINEDUCACIÓN



COLCIENCIAS

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación

EDICIONES
 UNIVERSIDAD
SIMÓN BOLÍVAR
BARRANQUILLA-CÚCUTA, COLOMBIA
PRESIDENTA SALA GENERAL
ANA BOLÍVAR DE CONSUEGRA

RECTOR FUNDADOR
JOSÉ CONSUEGRA HIGGINS (q.e.p.d.)

RECTOR
JOSÉ CONSUEGRA BOLÍVAR

VICERRECTORA ACADÉMICA
SONIA FALLA BARRANTES

VICERRECTORA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
PAOLA AMAR SEPÚLVEDA

VICERRECTORA FINANCIERA
ANA CONSUEGRA DE BAYUELO

SECRETARIA GENERAL
ROSARIO GARCÍA GONZÁLEZ

JEFE DEPARTAMENTO DE PUBLICACIONES
CARLOS MIRANDA MEDINA

MIEMBROS DE LA SALA GENERAL
ANA BOLÍVAR DE CONSUEGRA
OSWALDO ANTONIO OLAVE AMAYA
MARTHA VIVIANA VIANA MARINO
JOSÉ EUSEBIO CONSUEGRA BOLÍVAR
JORGE REYNOLDS POMBO
ÁNGEL CARRACEDO ÁLVAREZ
ANTONIO CACUA PRADA
JAIME NIÑO DÍEZ
ANA DE BAYUELO
JUAN MANUEL RUISECO
CARLOS CORREDOR PEREIRA
JORGE EMILIO SIERRA MONTOYA
EZEQUIEL ANDER-EGG
JOSÉ IGNACIO CONSUEGRA MANZANO
EUGENIO BOLÍVAR ROMERO
ÁLVARO CASTRO SOCARRÁS
IGNACIO CONSUEGRA BOLÍVAR

Yolanda Morales Castro
María Nohemí González Martínez
Juan Carlos Marín Escobar
Dhayana Carolina Fernández Matos
Valeria Montoya Roncancio
Rosa Fonseca Angulo
Paula Márquez Vásquez
Andrés Ahumada Montaña

SEXUALIDAD, POBREZA, VIOLENCIAS Y ESTEREOTIPOS:

Una mirada desde los jóvenes
a los estudios de género

Sexualidad, pobreza, violencias y estereotipos: una mirada desde los jóvenes a los estudios de género / Andrés Ahumada Montaña... [et al.] -- Barranquilla: Ediciones Universidad Simón Bolívar, 2017.

410 p.; 17 x 24 cm.

ISBN: 978-958-5430-42-6

1. Problemas sociales – Investigaciones 2. Violencia contra la mujer – Investigaciones 3. Pobreza – Barranquilla (Colombia) – Investigaciones 4. Educación sexual para jóvenes - Investigaciones I. Ahumada Montaña, Andrés II. Márquez Vásquez, Paula III. Fonseca Angulo, Rosa IV. Montoya Roncancio, Valeria V. Fernández Matos, Dhayana Carolina, tutora VI. Marín Escobar, Juan Carlos, tutor VII. González Martínez, María Nohemi, tutora VIII. Morales Castro, Yolanda, tutora IX. Universidad Simón Bolívar. Grupo de Investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad X. Tit.

362.07 S518 2016 SCDD 21 ed.

Universidad Simón Bolívar – Sistema de Bibliotecas

SEXUALIDAD, POBREZA, VIOLENCIAS Y ESTEREOTIPOS: UNA MIRADA DESDE LOS JÓVENES A LOS ESTUDIOS DE GÉNERO

Jóvenes Investigadores

©Andrés Ahumada Montaña, ©Paula Márquez Vásquez

©Rosa Fonseca Angulo, ©Valeria Montoya Roncancio

Tutores de Investigación

©Dhayana Carolina Fernández Matos, ©Juan Carlos Marín Escobar

©María Nohemí González Martínez, ©Yolanda Morales Castro

ISBN: 978-958-5430-42-6

GRUPO DE INVESTIGACIÓN ESTUDIOS DE GÉNERO, FAMILIAS Y SOCIEDAD

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema recuperable o transmitida en ninguna forma por medios electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros, sin la previa autorización por escrito de Ediciones Universidad Simón Bolívar y de los autores. Los conceptos expresados de este documento son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente corresponden con los de la Universidad Simón Bolívar y da cumplimiento al Depósito Legal según lo establecido en la Ley 44 de 1993, los Decretos 460 del 16 de marzo de 1995, el 2150 de 1995, el 358 de 2000 y la Ley 1379 de 2010.

©Ediciones Universidad Simón Bolívar

Carrera 54 No. 59-102

<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/edicionesUSB/>

dptopublicaciones@unisimonbolivar.edu.co

Barranquilla - Cúcuta

Abril 2017

Barranquilla

Printed and made in Colombia

CONTENIDO

GERMINACIÓN	7
CAPÍTULO I. Las Representaciones Sociales de las Violencias contra las Mujeres por parte del Personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en la Ciudad de Barranquilla	13
<i>Paula Andrea Márquez Vásquez, Dhayana Carolina Fernández Matos, María Nohemí González Martínez</i>	
CAPÍTULO II. Análisis y Conceptualización desde un Enfoque de Género de la Medición y Caracterización Multidimensional de la Feminización de la Pobreza en el Distrito de Barranquilla	139
<i>Andrés Mauricio Ahumada Montaña, María Nohemí González Martínez Dhayana Fernández Matos</i>	
CAPÍTULO III. Conductas Prosociales en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de Barranquilla: Un Abordaje desde el Enfoque de Género...	279
<i>Valeria Montoya Roncancio, Juan Carlos Marín Escobar</i>	
CAPÍTULO IV. Implementación y Validación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de Población de Naciones Unidas, en Adolescentes entre las Edades de 10 a 19 años que Asisten a las Instituciones Educativas Ubicadas en el Departamento del Atlántico durante el Periodo 2016	323
<i>Rosa Isabel Fonseca Angulo, Yolanda Morales Castro</i>	
PRÓXIMOS PASOS	413

GERMINACIÓN

Creemos que las condiciones están dadas como nunca para el cambio social, y que la educación será su órgano maestro. Una educación desde la cuna hasta la tumba, inconforme y reflexiva, que nos inspire un nuevo modo de pensar y nos incite a descubrir quiénes somos en una sociedad que se quiera más a sí misma. Que aproveche al máximo nuestra creatividad inagotable y conciba una ética –y tal vez una estética– para nuestro afán desaforado y legítimo de superación personal.

Gabriel García Márquez

Cuando Castañeda, González y Oquendo (2001) definen la formación para la investigación como “comunidades de aprendizaje nacidas en las universidades colombianas, que se caracterizan por su origen espontáneo, naturaleza autónoma y diversidad dinámica, con principios básicos enfocados a promover una formación académica más investigativa e integral, contribuyendo a proyectar una educación participativa donde se elogie la pregunta, se aprenda a aprender y se fortalezca la capacidad de trabajar en grupo” (p.11), desde este norte, se inicia el camino para fortalecer las vocaciones investigativas dentro del Grupo de Investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad de la Universidad Simón Bolívar desde un enfoque crítico, con una clara línea de resistencia a la formación tradicional en la investigación. Inspirado en la educación liberadora promovida por Freire, y construido desde la experiencia de los jóvenes investigadores se convierte dentro del Grupo en la apuesta por un sujeto que se cultive a través de la comprensión de las situaciones que le pone la vida cotidiana, apuntando a que construya su realidad a través de las situa-

ciones de aprendizaje sistemático, que logren empoderarlo de una disciplina de superación y revisiones críticas de la realidad (Freire, 2005).

Desde esta apuesta el Grupo de Estudios de Género, Familias y Sociedad, reconoce que hay que vincular la pedagogía de la formación para la investigación a la voz de nuestros jóvenes investigadores con un proyecto que les visibilice como sujetos políticos, que comprenden que el conocimiento es un fenómeno que es movilizad y construido, y en nuestro contexto cuenta con múltiples interpretaciones.

Plantear la experiencia de investigación con los jóvenes ha sido un trabajo que responde a una realidad compleja, que se mueve en el mundo líquido descrito por Bauman (2013). La mirada de nuestros jóvenes ha cambiado la percepción de nuestras reflexiones, la manera de como conciben la realidad ha influenciado entre nuestras prácticas, en la revisión de la elección de nuestros métodos y nuestros presupuestos epistemológicos. Las opciones investigativas son hoy más complejas y se refieren a las formas de abordar las preguntas de investigación, a las maneras de pensar el sujeto o los sujetos, a los intereses que rigen el proceso cognitivo, a las visiones del mundo implícitas en esos intereses, a las estrategias de la investigación y al tipo de resultados esperados (Sánchez Gamboa & Santos Filho, 1997, pp.8-9).

Las investigaciones que se presentan en el libro marcan el interés de nuestros jóvenes en trabajar desde un proceso que reconoce modos de comprender e interpretar el espacio investigativo, aceptando múltiples formas y caminos de búsqueda a partir del reconocimiento de la diversidad, por ello lleva impreso un trabajo reflexivo, crítico, cualitativo, desde un enfoque de inspiración crítica y posestructuralista desde los estudios de género, que tienen como elementos comunes presupuestos ideológicos que asumen que no hay pretensión de verdad absoluta, sino que esta se encuentra situada y mediada por relaciones de poder, por lo que el ejercicio que de ella se deriva es la invitación como jóvenes investigadores a enfocar su trabajo hacia una práctica transformadora, que permita superar la violencia, la pobreza, los prejuicios y las limitaciones para el ejercicio de los derechos, que posee la población que habita el contexto de la investigación (McLaren, 1998).

Los retos de aprendizaje, por lo tanto, han estado marcados por la interpretación, re-interpretación y la deconstrucción de significados cognoscitivos, simbólicos, epistémicos, ideológicos y políticos que construyen nuestra realidad que circulan nuestros lenguajes y acciones en nuestro caso, aquellos mensajes en los imaginarios, creencias, vida cotidiana que conllevan prejuicios de género.

El ejercicio de formación se realiza desde los presupuestos de las **teorías feministas**, con el objetivo de dudar de la pretensión de universalidad, objetividad y neutralidad del conocimiento de Occidente al demostrar que en la estructura del mismo pensamiento científico posee un sesgo de género y que este es androcéntrico una vez que centra como fuente de conocimiento al hombre como medida de todas las cosas y parámetro de representación de la humanidad (Varela, 2005).

La perspectiva de género en las investigaciones ha impulsado a que los jóvenes investigadores se hagan preguntas que de otra manera no se habrían hecho para poder percibir el carácter opresor de las relaciones de género en la vida social y académica y lograr acercar su investigación a la transformación de esta realidad a partir de dar respuestas y soluciones que permitan avanzar de manera conjunta, en la reconstrucción de las relaciones entre hombres y mujeres en la búsqueda de alcanzar la igualdad entre todos los seres humanos.

Las investigaciones planteadas se esfuerzan en inquirir por qué se han privilegiado unas preguntas y unos saberes mientras se ignoran, niegan e invisibilizan otros; han llamado la atención por un lado, en los imaginarios condicionantes de las desigualdades de género presentes en espacios sociales en el departamento del Atlántico y por otro, en los sesgos de la ciencia occidental al desarrollo de las sociedades humanas actuales, al imponer prácticas en la construcción del conocimiento que limitan la vida no solo de las mujeres, sino de otros grupos, como los jóvenes y adolescentes y les condiciona las soluciones a sus problemas desde una realidad extraña al contexto.

Desde estas preocupaciones los jóvenes investigadores de las Convocatorias 673 y 702 de 2014 de Colciencias en el Grupo de Investigación Estudios

de Género, Familias y Sociedad, han sido llevados de la mano de tutores que hacen de su modelo de autoformación un efecto identificante con sus educandos, maestros que con su vida se vuelven ejemplos de una ética de la existencia.

Desde el Grupo de Investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad agradecemos a l@s tutor@s y ratificamos con Foucault (2001) “que no existe preocupación por uno mismo sin la presencia de un maestro, pero lo que define la posición del maestro es que aquello de lo que él se ocupa es precisamente el cuidado que pueda tener sobre sí mismo aquel a quien él sirve de guía” (p.49).

De igual manera, reconocemos que la visión de la Vicerrectoría de Investigación, la cual se alinea en el pensamiento freiriano de la pedagogía de la esperanza, permite crear las posibilidades de producción y de construcción del conocimiento con su gestión y apoyo.

Es la oportunidad que nos da la vida para agradecer a un gran maestro, al que queremos brindar nuestro reconocimiento, don Rubén Fontalvo, director del Departamento de Formación para la Investigación (DEFI), sin su trabajo de siembra de conocimiento, no hubiese sido posible hoy recoger los frutos de un esfuerzo, que germinó en otros campos, fuera de sus surcos, gracias por hacer realidad en nosotros esas palabras que identifican su magisterio: *El asombro. El asombro rompe con el círculo de adecuar lo buscado a lo encontrado, abre abanicos y oxigena el ambiente. El rol del maestro en este ejercicio de la pregunta es discreto, él es el guía, pero “no verificará lo que ha encontrado el alumno, comprobará lo que ha buscado”* (Ranciere, 2002, p.45).

Nuestro agradecimiento a Colciencias, por su oportunidad para el logro de la experiencia de formación en la investigación de Paula, Valeria, Rosa y Andrés, oportunidad que se traduce en generación de nuevo conocimiento con el libro *Sexualidad, pobreza, violencias y estereotipos: Una mirada desde los jóvenes a los estudios de género*.

*María Nohemí González Martínez
Líder de Grupo de Investigación
Estudios de Género, Familias y Sociedad*

Referencias

- Bauman, Z. (2013). *Sobre la educación en un mundo líquido*. España: Editorial Paidós.
- Castañeda, G., González, S. & Oquendo, S. (2001). *Red de Semilleros de Investigación Universidad de Antioquia. Una emergencia en pos del conocimiento y la ciudadanía*. Medellín: Ed. Marín Vieco.
- Foucault, M. (2001). *Dits et Ecrits, 1954-1988*. Paris: Édition Gallimard.
- Freire, P. (2005). *Pedagogía de la esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI.
- McLaren, P. (1998). *Multiculturalismo revolucionario. Pedagogías de disensión para el nuevo milenio*. México: Siglo XXI.
- Ranciere, J. (2002). *El maestro ignorante*. Barcelona: Laertes.
- Sánchez Gamboa, S. & Santos Filho, J.C. (1997). *Investigación educativa, cantidad-cualidad: Un debate paradigmático*. Bogotá: Magisterio.
- Varela, N. (2005). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B.

CAPÍTULO I
Las Representaciones Sociales de las Violencias
contra las Mujeres por parte del Personal de las
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)
en la Ciudad de Barranquilla

Paula Andrea Márquez Vásquez
Dhayana Carolina Fernández Matos
María Nohemí González Martínez

Universidad Simón Bolívar
Convocatoria 702 de 2014 Colciencias
“Formación de Capital Humano de Alto Nivel
para el Departamento del Atlántico”, 2017

Introducción

Es mucho lo que se ha escrito sobre la violencia contra las mujeres basada en el género. Desde distintos campos de las Ciencias Sociales, Humanas, Jurídicas e incluso, Políticas, se ha intentado buscar una explicación de este fenómeno, sus causas y sus consecuencias.

Se trata de un problema social que hunde sus raíces en distintos ámbitos del accionar humano, entre ellos, el de la salud.

En ese sentido, es necesario destacar que la violencia de género es un problema de salud pública, que afecta, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006b), a un tercio de las mujeres en el mundo, “alrededor de una de cada tres (35 %) mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida” (s.n.), conformando las mujeres que la padecen, una de las poblaciones más vulnerables y desprotegidas a nivel mundial.

Sin embargo, a pesar de los avances en visibilizar el problema, en ratificar tratados internacionales, promulgar leyes nacionales y duras condenas, no se ha logrado erradicar.

Esta violencia que sufren las mujeres por razones asociadas al género, constituye un obstáculo para que puedan desarrollar libre y autónomamente su proyecto de vida. En ese sentido, la violencia contra las mujeres basada en el género, es una violación de derechos humanos que actúa como barrera para el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, culturales, los asociados con el desarrollo y la paz, así como los derechos sexuales y reproductivos, y además, se constituye en la forma más perversa de discriminación.

La gravedad que ha alcanzado este fenómeno, ha sido el motivo para que se encuentre dentro de las prioridades en salud a nivel mundial. Se cree que las cifras que se conocen subestiman la magnitud real de la problemática. La Organización Mundial de la Salud (2013) acordó que la violencia es una prioridad en salud pública presente en todos los países del mundo, no se trata de un problema menor que afecta solo a algunos sectores de la sociedad sino un problema que requiere medidas urgentes y del accionar de la comunidad internacional.

A pesar de los avances normativos en esta materia, Colombia requiere de

optimizar su accionar, desde la prevención, atención, protección y sanción en el ámbito de la salud. En el caso específico del departamento del Atlántico, y teniendo en cuenta únicamente la violencia contra las mujeres en el contexto de una relación de pareja, se pudo evidenciar que esta entidad ocupó el quinto lugar a nivel nacional con 365 mujeres afectadas por este delito, considerando solamente los meses de enero y febrero de 2015, ello implica más de seis mujeres por día (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015).

Si se hace un comparativo de la violencia en el contexto de una relación de pareja en el departamento del Atlántico durante el periodo comprendido entre 2010 y 2012, y la manera como afecta a las personas de acuerdo al género al cual pertenecen, se encuentran los siguientes resultados: para el 2010, se presentan 135 hombres afectados por este delito y 1.980 mujeres; en el año 2011, 208 hombres y 2.343 mujeres; y por último, para el año 2012, fueron 179 los hombres afectados por esta violencia y 2.065 mujeres (Humanas Colombia, información obtenida del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2010, 2011 y 2012). Estos datos reflejan que la violencia en las relaciones de pareja afectan a las mujeres de manera desproporcionada. Si se observan las cifras de los años 2011 y 2012, se puede comprobar que, en ambos casos, son más de 2.000 mujeres anualmente las que sufren por este delito en el departamento. De esta forma, cobra vigencia el hecho que el principal agresor es su propia pareja.

Lo grave es que aún con cifras alarmantes, la violencia contra la mujer se sigue considerando un asunto de poca trascendencia, se invisibiliza e incluso se llega a negar que los hechos de maltrato donde la mujer es víctima ocurren; en el ámbito sanitario, consideran algunos/as funcionarios/as prestadores/as de servicios de salud que es un problema privado. Esto lleva a señalar que existen indicios de tolerancia social e institucional, debido a la resistencia tanto del personal administrativo como asistencial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a visualizarlo como un delito y un problema que afecta la salud de las mujeres, lo cual actúa como impedimento para alcanzar una atención integral y efectiva para las víctimas de este tipo de violencia.

La existencia de tolerancia institucional tanto del personal administrativo

como asistencial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ante la violencia de género, su visualización como algo cotidiano, normal y privado, no se debe a la falta de mecanismos institucionales y legales para enfrentar este flagelo; Colombia ha hecho avances importantes desde la perspectiva legal y la creación de instituciones en este tema, de manera que la tolerancia hay que revisarla desde la perspectiva cultural, la forma como se interactúa con el mundo y el conjunto de creencias que se tienen de la violencia de género, ubicando el problema desde la perspectiva de las representaciones sociales.

Es por ello que el presente estudio tiene como objetivo general analizar las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Barranquilla, mediante el desarrollo de cuatro objetivos específicos: primero, examinar los componentes teóricos que sirven de base para los lineamientos y la atención de mujeres víctimas de violencia en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; segundo, revisar, desde una mirada crítica, el ordenamiento jurídico nacional e internacional que reconoce los derechos de las mujeres y la obligación del Estado de garantizarles una vida libre de violencias; tercero, describir las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud y, cuarto, indagar sobre el conocimiento que tienen de las leyes y medidas de atención dirigidas a las mujeres víctimas de la violencia de género.

Para tratar de profundizar en el tema del presente estudio, se tomó la decisión de aplicar una metodología mixta, para utilizar las fortalezas que tienen tanto la investigación cualitativa como la cuantitativa (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista, 2014). El uso de esta metodología mixta o triangulación, en la cual se usaron como técnicas de recolección de la información, la entrevista (investigación cualitativa) y la encuesta (investigación cuantitativa), aplicadas al personal asistencial y administrativo de nueve Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Barranquilla, repartidas en las cinco localidades de la ciudad, pretendió, por un lado, que este estudio fuera lo menos vulnerable posible a sesgos y a fallas metodológicas, que siempre pueden ocurrir, pero que el uso de un único método, a los efectos del problema

que se plantea en esta investigación, lo vuelve más débil y por el otro, la idea era identificar algunas de las diferentes formas en las que se puede observar un fenómeno (Okuda & Gómez-Restrepo, 2005).

Con esta investigación se busca contribuir con la plena eficacia de la ruta de atención a las mujeres víctimas de violencia basada en género en la ciudad de Barranquilla, tratando de hacer visible las representaciones sociales que tiene el personal prestador de servicios de salud en las IPS de esta ciudad sobre este tipo de violencia, un tema que pocas veces es abordado cuando se trabaja desde la perspectiva del sector salud y de la garantía del derecho a una vida libre de violencias para las mujeres.

Planteamiento del problema

La violencia contra las mujeres ha sido reconocida durante las últimas décadas como un problema social de grandes dimensiones. Ninguna región en el mundo escapa de este y el factor de riesgo es ser mujer, independientemente del origen social, nacional, político, étnico, religioso o cualquier otra condición social.

La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONUMUJER, s.f.) presenta en su página oficial, cifras y datos relevantes acerca de la magnitud de este problema:

- Se estima que el 35 % de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su compañero sentimental o violencia por parte de una persona distinta a su compañero sentimental en algún momento de su vida. Sin embargo, algunos estudios nacionales demuestran que hasta el 70 % ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de un compañero sentimental durante su vida.
- Las mujeres que han sufrido maltrato físico o sexual por parte de sus compañeros tienen más del doble de posibilidades de tener un aborto, casi el doble de posibilidades de sufrir depresión y, en algunas regiones, 1,5 veces más posibilidades de contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sufrido violencia por parte de su compañero sentimental.
- Pese a que la disponibilidad de datos es limitada, y existe una gran diversidad en la manera en la que se cuantifica la violencia psicológica según

países y culturas, las pruebas existentes reflejan índices de prevalencia altos. El 43 % de mujeres de los 28 Estados Miembros de la Unión Europea ha sufrido algún tipo de violencia psicológica por parte de un compañero sentimental a lo largo de su vida.

- Se estima que en prácticamente la mitad de los casos de mujeres asesinadas en 2012, el autor de la agresión fue un familiar o un compañero sentimental, frente a menos del 6 % de hombres asesinados ese mismo año.
- Unos 120 millones de niñas de todo el mundo (algo más de 1 de cada 10) han sufrido el coito forzado u otro tipo de relaciones sexuales forzadas en algún momento de sus vidas. Con diferencia, los agresores más habituales de la violencia sexual contra niñas y muchachas son sus maridos o exmaridos, compañeros o novios.

Según un estudio realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2013), casi medio millón de personas (437.000) en el mundo, perdieron la vida en el año 2012 como resultado de homicidio intencional. El 15 % de todos los homicidios se derivaron de la violencia doméstica (63.600), en los que el 70 % de las víctimas mortales fueron mujeres (43.600). El mismo estudio demostró que América Latina es la segunda región del mundo más peligrosa para las mujeres:

Dos terceras partes de las víctimas de homicidio cometido por compañeros íntimos o familiares son mujeres (43.600 en 2012) y un tercio (20.000) son hombres. Casi la mitad (47 %) de todas las víctimas femeninas en 2012 fueron asesinadas por sus compañeros íntimos o familiares, en comparación con menos de 6 % de las víctimas masculinas. Se aprecia que, mientras una gran proporción de mujeres víctimas pierden la vida a manos de quienes se esperaba que las protegieran, a la mayoría de los hombres los asesinan personas que quizá ni siquiera conocen. (p.4)

Colombia no escapa de esta realidad. La violencia basada en el género, por el hecho de ser mujer, sigue estando presente, incluso, aparecen nuevas formas de agresiones, como los ataques con ácido, delito en el cual la Fiscalía colombiana ha registrado 190 ataques contra mujeres, desde el año 2012 (Reyes, 2015).

La Corporación Sisma Mujer, que desde 1998 trabaja con mujeres víctimas de distintos tipos de violencia y de discriminación, en su boletín especial del 25 de noviembre de 2014, muestra unas cifras que dimensionan este problema en Colombia. Entre los datos presentados destacan los siguientes:

- En Colombia, las mujeres y las niñas son el 51 % de la población total y representan: 84 % de los casos de violencia sexual, 87 % de los casos de violencia por parte de la pareja o expareja y 94 % de los casos de violencia sexual en contextos de violencia sociopolítica.
- En 10 años, de 2003 a 2013, la violencia sexual contra las mujeres aumentó en un 46 %.
- Durante el 2013 cada 30 minutos una mujer fue víctima de violencia sexual (17.512 casos); por cada 2 hombres, 11 mujeres y niñas fueron víctimas de este tipo de violencia.
- El 55 % de los casos de violencia sexual en contra de las mujeres y las niñas se dan en la vivienda de la víctima y 16 % en la del victimario. En el 84 % de los casos de este tipo de violencia, el agresor fue un familiar, amigo, conocido, pareja o expareja, quedando demostrado que el lugar más peligroso para las mujeres y las niñas es el hogar y los hombres más peligrosos son los de su propio entorno familiar y afectivo.
- En relación con la violencia de pareja contra la mujer, se constató que aumentó en 16 %. Por cada hombre víctima de violencia por parte de su pareja o expareja, 7 mujeres lo fueron.
- El 73 % de las mujeres no denuncia la violencia sufrida por parte de su pareja.

En los casos de feminicidios, el asesinato de una mujer por ser mujer, los datos de Sisma (2014), resultan también alarmantes:

- De 2005 a 2013, el asesinato de mujeres en circunstancias asociadas al delito sexual, la violencia de pareja y la violencia intrafamiliar aumentó en 4,12 %. En el año 2012 el aumento fue de 114 %.

En promedio durante el periodo comprendido entre 2009-2014, fueron asesinadas en Colombia cuatro mujeres por día, cuya edad media estimada fue de 32 años, y el grupo de edad más afectado corresponde al de las mujeres entre los 20 a los 24 años de edad (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2009-2014).

El departamento del Atlántico en general y Barranquilla en particular, también muestran datos estadísticos sobre las violencias contra las mujeres que resultan preocupantes. En el caso de la violencia de pareja, este departamento ocupó el quinto lugar nacional con 365 mujeres afectadas por este delito en los meses de enero y febrero de 2015, ello implica más de seis mujeres por día.

Tabla 1. *Violencia de pareja según departamento del hecho. Colombia, enero y febrero de 2015*

Departamento	Nº de Mujeres
Bogotá D.C.	1.540
Antioquia	576
Valle del Cauca	485
Cundinamarca	477
Atlántico	365
Santander	302
Bolívar	214
Huila	198

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de Información Clínica y Odontología Forense. Fecha de corte: 28-02-2015

Tabla 2. *Casos de violencia intrafamiliar según sexo y tipo, Atlántico, 2010-2012*

Tipo	2010			2011			2012		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Niños, niñas, adolescentes	155	185	340	208	224	432	164	191	355
Adulto mayor	55	34	89	53	26	79	39	30	69
De pareja	135	1.980	2.115	208	2.343	2.551	179	2.065	2.244
Entre otros familiares	235	430	665	271	547	818	252	543	795
Total	580	2.629	3.209	740	3.140	3.880	634	2.829	3.463

Fuente: Humanas Colombia, información obtenida del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2010, 2011 y 2012.

En la Tabla 2, relativa al departamento del Atlántico, se puede comprobar que la violencia en las relaciones de pareja afecta a las mujeres de manera desproporcionada. Si se observan las cifras de los años 2011 y 2012, se pue-

de apreciar que, en ambos casos, son más de 2.000 mujeres anualmente las que se ven afectadas por este delito en el departamento. De esta forma, cobra vigencia el hecho que el principal agresor es su propia pareja. Además, estos datos reflejan que la violencia contra las mujeres que no es producto de una relación de pareja, las afecta en mayor proporción, salvo la ejercida contra los adultos mayores.

Pero como refleja el Gráfico 1, las mujeres no reciben solamente violencia física de sus parejas, sino además distintos tipos de amenazas por parte de su compañero/esposo que busca someterla y mantenerla bajo el control o dominio.

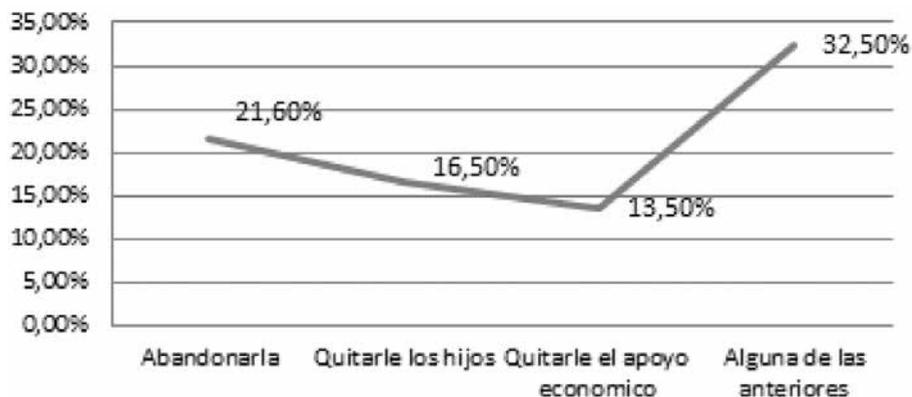


Gráfico 1. Porcentaje de mujeres alguna vez unidas que experimentaron amenazas del esposo/compañero, departamento del Atlántico, 2010

Fuente: PNUD, 2012, Barranquilla. Informe sobre el estado de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estado de avance 2012

En la Tabla 3 se muestran las distintas violencias ejercidas contra las mujeres en el departamento del Atlántico, destacando la violencia psicológica con un porcentaje superior al 50 % en 2005 y en 2010, supera el 70 %.

Tabla 3. Porcentaje de mujeres que han sufrido algún tipo de violencia y su clasificación en el departamento del Atlántico, 2005-2010

% de mujeres alguna vez unidas que experimentaron violencia física por parte del esposo/compañero		% de mujeres que han sido violadas por una persona diferente al esposo/compañero		% de mujeres alguna vez unidas que experimentaron situaciones de control por parte del esposo/compañero		% de mujeres que han experimentado alguna violencia física por una persona diferente al esposo/compañero
Violencia física 2005	Violencia física 2010	Violencia sexual 2005	Violencia sexual 2010	Violencia psicológica 2005	Violencia psicológica 2010	2010
29,4 %	28,9 %	3,3 %	3,6 %	59,2 %	73,6 %	10 %

Fuente: PNUD (2012), Barranquilla. Informe sobre el estado de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estado de avance 2012

Se puede apreciar también en la Tabla 3 que la violencia sexual, específicamente la violación por una persona diferente al esposo o compañero, ha aumentado en el departamento del Atlántico, ubicándose en un 3,6 % del total de mujeres de esa entidad, según los datos del PNUD (2012), basados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

En el Plan de Desarrollo 2016-2019 de la Gobernación del Atlántico (2016), titulado “Atlántico Líder”, se expone claramente la situación de violencias contra las mujeres en el departamento:

- La tasa de mujeres valoradas por violencia de pareja es de 173,71 por cada 100.000 habitantes, mientras que dicha tasa en los hombres es de tan solo de 17,65, lo que refleja que por el solo hecho de ser mujer el riesgo de ser violentada por su pareja es 10 veces más alto. En menor medida, pero no por ello menos preocupante, es la situación de brecha en género que refleja la tasa de violencia intrafamiliar contra mujeres y hombres; cuando la tasa de mujeres violentadas por algún miembro de su familia supera las 228,8 por cada 100.000 habitantes para el 2014, por su lado la tasa de violencia intrafamiliar contra hombres se sitúa en los 55,19 casos por cada 100.000 habitantes; es decir, entre las tasas hay una diferencia de 173,61 puntos por el solo hecho de ser parte de la población femenina o masculina.
- La tasa de mujeres valoradas por presunto delito sexual ha venido en aumento en los últimos cuatro años, en el 2011 este indicador se mantenía en 37,63 mujeres valoradas por cada 100.000 habitantes, mientras que en el

2014 la cifra aumentó a 40,13 por cada 100.000 habitantes, lo que refleja en definitiva que este tipo de violencia se incrementó en 6,6 %. Sumado a lo anterior por el solo hecho de ser mujer se incrementan hasta cuatro veces las posibilidades de ser víctima de algún tipo de agresión sexual, toda vez que la tasa de hombres valorados por presunto delito sexual es de 11,41 por cada 100.000 habitantes en el 2014.

- Durante el 2015 se presentaron 12 feminicidios en el Atlántico (p.46).

Los datos registrados permiten contextualizar la magnitud del problema de la violencia contra las mujeres a nivel mundial, en Colombia y en el departamento del Atlántico.

Vale la pena destacar que Colombia ha desarrollado normativas de diversa índole, así como políticas públicas, en coherencia con los lineamientos contemplados en protocolos y pactos internacionales en materia de Derechos Humanos. Sin embargo, estos esfuerzos no han tenido el resultado esperado para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias. En el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES, 2013), titulado *Equidad de género para las mujeres* se establece:

Aunque el país ha diseñado en las tres últimas décadas diferentes políticas para las mujeres, los procesos de implementación han sido discontinuos y fragmentados. Lo anterior, conlleva a la afirmación de que en materia de derechos de las mujeres, el país ha avanzado mucho más en normativas que los reconocen, que en acciones que permitan su ejercicio real. (p.7)

En esta misma línea se ha pronunciado el comité encargado de velar por el cumplimiento de la Convención Internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación para la mujer (CEDAW por sus siglas en inglés). El Comité CEDAW (2013) en su informe *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia* manifestó su preocupación al respecto:

El Comité está preocupado por la alta prevalencia de la violencia contra la mujer, en particular la violencia doméstica y sexual, a pesar del amplio marco jurídico que aborda la violencia contra la mujer en el Estado Parte. También le preocupan:

- a) Las incoherencias y la falta de articulación en el marco regulador de la Ley 1257 (2008), así como la falta de una coordinación eficaz entre los diferentes ministerios e instituciones gubernamentales que se encargan de su aplicación, lo que se traduce en un acceso insuficiente de las mujeres a las medidas de protección y apoyo previstas en ese marco;
- b) Los retrasos en la aplicación de algunas disposiciones de la Ley 1257 (2008), como las que se refieren a la creación de centros de acogida para las mujeres víctimas de la violencia;
- c) La persistente impunidad con respecto a la investigación, el enjuiciamiento y el castigo de los autores de actos de violencia contra la mujer; y la falta de datos exactos desglosados por sexo, edad, etnia y relación entre la víctima y el autor del acto, así como el número de enjuiciamientos, condenas y penas impuestas a los responsables; y
- d) La presión que se ejerce sobre las mujeres víctimas de la violencia para que se reconcilien con sus agresores en las primeras fases del proceso administrativo o judicial, pese a la prohibición de ese procedimiento de reconciliación en la legislación (Ley 1257 y Ley 1542) (Párrafo 15).

El aumento progresivo de las violencias contra las mujeres, los diferentes reportes obtenidos por parte de las organizaciones sociales de mujeres que exigen mayor celeridad en la justicia de género y los innumerables casos de impunidad evidencian que la acción del Estado se ha centrado en proyectar normas o acciones que no han sido suficientes para parar este flagelo, que cobra cada día más vidas, con agravantes y nuevas formas de agresión, como se indicara, y que además constituye un problema de salud pública, porque las mujeres que padecen este tipo de violencia, ven amenazadas su salud física y emocional, llevándolas a padecer de enfermedades que afectan las posibilidades de desarrollar su proyecto de vida, incluso, ocasionarles la muerte.

El Ministerio de Salud en Colombia catalogó la violencia contra la mujer como un interés de salud pública, así mismo, este planteamiento fue ratificado por la Organización Mundial de la Salud cuando la doctora Margaret Chan, Directora General de la OMS, expresó que la violencia contra la mujer es un

problema global de salud pública de “proporciones epidémicas”, aclarando que: “También vemos que los sistemas de salud del mundo pueden y deben hacer más por las mujeres que sufren violencia” (OMS, 2013).

Ya desde el año de 1996 se habían puesto de manifiesto las graves consecuencias que sobre la salud y el sistema sanitario tiene este problema social, siendo hoy día considerado un problema de salud pública que atenta contra la integridad y los derechos humanos de las mujeres.

Las investigaciones sobre el tema reflejan que es una problemática que se produce tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, siendo necesaria e indispensable la intervención tanto gubernamental como no gubernamental y en gran medida del sistema público de salud para prevenir y mitigar sus efectos.

En Colombia, varios instrumentos normativos y medidas institucionales han reconocido dentro del derecho a una vida libre de violencias para las mujeres, contar con servicios de salud que le presten la atención necesaria y diligentemente, entre ellos: la Ley 1257 de 2008, “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres”, el Decreto Nacional 4796 de 2011 y el Decreto 2734 de 2012, entre otros.

En ese sentido, la Ley 1257 de 2008 establece entre los derechos de las mujeres en general, el derecho a la salud (artículo 7), mientras que en relación con los derechos de las mujeres víctimas, contempla la norma que tienen derecho a “Recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de la (*sic*) calidad” (artículo 8a.), entre ellos, servicios de salud, lo que es complementado en el artículo 19, relativo a las medidas de atención, donde se regula sobre las responsabilidades que tienen las distintas entidades públicas y privadas en relación con el tema de la salud.

Sin embargo, a pesar que la Ley 1257 de 2008 y los decretos reglamentarios señalados otorgan competencia al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente a las entidades promotoras y prestadoras de salud, no hay responsabilidades asumidas, por un lado, existe confusión en relación a dichas competencias, falta de voluntad a la hora de implementar medidas para las mujeres víctimas de violencias y también prejuicios e ideas arraigadas,

pertenecientes a una cultura patriarcal que naturaliza e invisibiliza este tipo de violencia.

En el trabajo *Segunda medición del estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres. Informe final* (2015), se realizaron algunas entrevistas a las Secretarías de Salud, en las cuales se menciona la no operativización de las medidas de atención de la Ley 1257 de 2008; las EPS aseguran que no cuentan con recursos definidos para responder a dicha competencia, manifestando que no han logrado crear la figura administrativa que le brinde la viabilidad para responder a la ley, considerando que encuentran un vacío en la norma. Así mismo, con relación a la denuncia y atención en salud, hacen hincapié que debe prevalecer la atención médica de urgencia, porque resulta que las EPS exigen que la mujer debe hacer obligatoriamente primero la denuncia en la Fiscalía antes de acudir a la institución prestadora de salud.

Existe una necesidad urgente de mejorar la atención en salud, donde se efectúe una intervención efectiva para la prevención, la detección y la adecuada atención a las mujeres víctimas, teniendo en cuenta que causa afectaciones que generan vulnerabilidad en las que tienen tendencia a problemas de salud a corto, mediano y largo plazo. Además, es preciso reiterar que se tome conciencia por parte de los/as funcionarios/as, tanto administrativos/as como asistenciales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que cuando detecten casos de violencia de género contra las mujeres, deben activar la ruta de atención y ejercer todos los actos necesarios que le garanticen a la mujer una vida libre de violencias; donde el sector salud actúe como uno de los ejes centrales con amplias competencias para el fortalecimiento de su salud integral.

Si existen los mecanismos normativos e institucionales creados por parte del Estado colombiano para asegurar una protección integral a las mujeres víctimas de violencia de género, queda en evidencia que el problema está asociado con la aplicación de la normativa existente y a las deficiencias en el uso de la protección integral, incluidas las medidas asociadas con el derecho a la salud; el problema no son las políticas públicas, sino su implementación, todo lo cual obedece a las actitudes, creencias y comportamientos de los/las pres-

tatarios/as de servicios de salud, en este caso. Es una problemática vinculada con las interpretaciones que se hacen de todos esos instrumentos y medidas.

En la *Segunda medición del estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres* (2015) se cuantificó la tolerancia a la violencia contra las mujeres en sectores y entidades que tienen competencia en la prevención, detección, atención y sanción de este problema, con la finalidad de construir un índice de tolerancia institucional que sirviera para el diseño y seguimiento de políticas públicas en esta materia, “donde 0 es la no tolerancia de las violencias contra las mujeres, es decir, la situación deseable y 1 la tolerancia de la violencia contra las mujeres, es decir, la situación indeseable porque legitima y naturaliza estas violencias” (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2015, pp.44-45). A continuación, se presentan los resultados en el sector salud:

Tabla 4. *Índice de tolerancia institucional en el sector salud, años 2009 y 2014*

Sector	Actitud		Atención		Imaginario		Práctica		Prevención		Protección	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Salud	0,344	0,342	0,248	0,144	0,163	0,170	0,297	0,224	0,391	0,324	0,536	0,492

Fuente: Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2015

Como se puede observar, el sector salud es uno de los que presenta mayores deficiencias ya que presenta el mayor índice en números en actitud, prevención y protección. “Este hallazgo permite hacer un llamado de atención a estos sectores para el diseño e implementación de políticas, programas y proyectos para abordar las violencias contra las mujeres de manera integral, dirigidos tanto a su talento humano como a las víctimas y la población en general” (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, 2015, p.45). Para ello hay que considerar las interpretaciones sobre las violencias contra las mujeres que tiene el personal de salud.

Estas interpretaciones responden al “conocimiento de sentido común”, constituido a partir de las experiencias propias, “pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social” (Jodelet, 1986, p.473, citado por Dorado Caballero, 2015, p.41), en definitiva, están asociadas con las representaciones sociales.

Las representaciones sociales no solo son formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que su función básica es hacer que lo desconocido se convierta en algo natural (Rizo, 2006).

Estas resultan claves para el estudio de la violencia contra las mujeres basada en género, porque ayudan a entender que las distintas expresiones de violencia contra la mujer y su falta de atención por parte del sector salud, están arraigadas en las construcciones sociales de la realidad. El sujeto al nacer en una cultura aprende a ver la realidad social desde esa cultura y moldeado por los distintos mecanismos socializadores, se convierte en reproductor de esos modelos.

Es en estos modelos, en donde la desigualdad de género y la violencia son justificadas, legitimadas y naturalizadas, las personas actúan con base en las representaciones sociales, al llamado conocimiento del sentido común.

Ello explica la necesidad de conocer las representaciones sociales de la violencia contra las mujeres basada en género de los/as agentes de las entidades prestadoras de servicios de salud, para poder conocer la concepción que tienen y poder evaluar la forma en que estas representaciones inciden en la respuesta institucional y en las garantías al derecho a una vida libre de violencia en Barranquilla.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta problema: ¿Cuáles son las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud de las IPS de la ciudad de Barranquilla?

Justificación

Este estudio pretende analizar las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud en nueve IPS de la ciudad de Barranquilla. Lo anterior, con el propósito de revisar si su sistema de salud está abordando la temática con la importancia que requiere, como un problema prioritario de salud pública en todo el mundo y con ello la efectividad de la atención y prevención en salud.

Esta investigación se inscribe en la necesidad de la sociedad colombiana de garantizar a la mitad de su población, las mujeres, una vida libre de violencia como derecho humano, requisito para el ejercicio del resto de sus derechos y

para el libre desenvolvimiento de la personalidad, como ciudadanas autónomas, en una sociedad que busca superar sus conflictos históricos y consolidar la paz.

Estamos conscientes que el tema de la violencia contra las mujeres basada en género no es la primera vez que se trabaja en Colombia, por el contrario, desde hace más de tres décadas, desde el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y la academia, han generado numerosas investigaciones al respecto. Sin embargo, consideramos que nuestra investigación tiene ciertas particularidades que la hacen novedosa:

En primer lugar, el abordaje de la problemática de la violencia contra las mujeres basada en género se hace desde lo local, ya que se realiza en el distrito de Barranquilla y en un espacio específico, las IPS, y con una población específica, el personal administrativo y de salud de dichas entidades.

Segundo, es una investigación en la cual participarán activamente el personal administrativo y de salud de las IPS, a quienes se les aplicarán los distintos métodos de recolección de la información.

Tercero, se pretende presentar los resultados de la investigación a las IPS y a funcionarios/as públicos/as del sector salud, para que se apropien del conocimiento que se genere y revisen aquello que pueda resultarle útil para su labor.

Cuarto, la metodología usada en esta investigación, una vez manejada y validada, puede servir de marco de referencia y de modelo para ser replicada en otros municipios del Estado colombiano, para indagar en las representaciones sociales de la violencia contra las mujeres de los/as prestatarios/as de servicios de salud.

Quinto, esta investigación busca llenar el vacío existente y superar el abordaje de la violencia contra las mujeres desde una perspectiva “objetiva”, puesta en las deficiencias de los servicios públicos, la impunidad o las trabas legales, por eso se indaga en la subjetividad de las personas, en sus interpretaciones de la realidad, sus representaciones sociales.

El presente estudio pretende dejar abierta la posibilidad de futuras investigaciones en el sector salud, proponiendo unos lineamientos teóricos que sirvan de fundamento para el diseño de un protocolo de atención a las mujeres

víctimas de violencia de género. En este orden de ideas, estará ejecutando acciones que promuevan cumplimiento eficaz y oportuno de la Ley 1257 de 2008 y sus decretos reglamentarios, la Constitución Política, los convenios y tratados internacionales ratificados por Colombia, que buscan garantizar una vida libre de violencias.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Analizar las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Barranquilla.

Objetivos Específicos

1. Examinar los componentes teóricos que sirven de base para los lineamientos y la atención de mujeres víctimas de violencia en instituciones prestadoras de servicios de salud.
2. Revisar, desde una mirada crítica, el ordenamiento jurídico nacional e internacional que reconoce los derechos de las mujeres y la obligación del Estado de garantizarles una vida libre de violencias.
3. Describir las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud.
4. Indagar sobre el conocimiento que tienen de las leyes y medidas de atención dirigidas a las mujeres víctimas de la violencia de género.

Marco Teórico

Antecedentes y estudios similares

Tanto en América Latina y el Caribe en general, como en Colombia en particular, desde las últimas dos décadas del siglo XX, se han realizado numerosos estudios sobre las distintas manifestaciones de la violencia contra las mujeres basada en género. A continuación, se presentarán algunas investigaciones que sirven como antecedentes y marcos de referencia para este proyecto.

La primera investigación que se señala fue realizada por iniciativa del Programa Regional sobre Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Paname-

ricana de Salud (OPS), publicada en el año 2000, con el título de *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (Estudios de caso de diez países)*, desarrollada entre los años 1996 y 1998, en 16 comunidades de los siete países centroamericanos y en tres andinos, Bolivia, Ecuador y Perú.

El objetivo principal de este trabajo consistió en analizar el proceso de la ruta crítica seguida por las mujeres mayores de 15 años afectadas por la violencia intrafamiliar y los factores que influyen en ese proceso. El tema central de investigación fue evaluar “las experiencias de las mujeres afectadas en su búsqueda de ayuda, el proceso seguido, las representaciones sociales y los significados sobre la violencia que existen tanto entre los prestatarios de servicios como en las mismas mujeres afectadas” (OPS/OMS, 2000, p.4).

En Cuba, se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal con 72 mujeres víctimas de maltrato intrafamiliar, procedentes de familias residentes en el Consejo Popular “Los Maceo” en la ciudad de Santiago de Cuba, entre 1999 y 2000. Además de las mujeres víctimas, se trabajó con médicos/as de familia, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, representantes de los sectores jurídico, legal y comunitario, los líderes y miembros de la comunidad. Una de las conclusiones más significativa de este trabajo, es la siguiente:

La ruta crítica fue iniciada por algún miembro de la familia en 51,38 % de las víctimas y solo tres de estas últimas acudieron de forma directa al sector salud y una al asesor jurídico legal. El personal sanitario admitió no estar capacitado para intervenir en este problema y apenas 19,44 % reconoció que debía actuar sobre ello. La comunidad identificó la violencia como problema familiar, pero no se sentía preparada para enfrentarla, pues refirió que era poco el apoyo brindado por los sectores que debían velar por su prevención y control. (Orozco González et al., 2003, p.7)

En México se hizo una investigación en la cual se entrevistaron a 60 prestatadores/as de servicios públicos de salud y a informantes clave, en unidades de atención de tres entidades: Quintana Roo, Coahuila y el Distrito Federal, que se distinguían por la alta prevalencia de la violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico. El objetivo era “Conocer los significados y prácticas

respecto a la violencia doméstica entre prestadores de servicios de salud, para mejorar la atención” (Herrera, Rajsbaum, Agoff & Franco, 2006, s259). Entre los resultados obtenidos destaca el hecho de que los/as prestadores/as de salud clasifican entre los “males del cuerpo” y los “males del alma”, consideran que la violencia contra las mujeres, le compete al área de Psicología y no es un asunto relacionado con el trabajo que realizan:

(...) dicotomía conceptual todavía muy presente en los prestadores de salud, entre aquellos que consideran los “males del cuerpo” (que corresponde tratar a los médicos y tal vez enfermeros/as) en contraposición con los “males del alma”, de los que deben ocuparse los psicólogo/as y eventualmente las trabajadoras sociales. Muchos de los que no se involucran en el problema aducen que eso “no les compete” porque “no son psicólogos”, mientras que entre quienes sí lo hacen, varios lo justifican con frases como “es que yo tengo alma de psicólogo/a” o “yo le hago medio de psicóloga/o con las pacientes”. Incluso los psiquiatras se diferencian a sí mismos de los psicólogos (y viceversa), ubicándose más cerca de los médicos en términos de estatus profesional y discurso sobre la violencia. Se observa que no es solo la cercanía al problema (de quienes tienen que “ver” los casos) lo que hace más sensibles a los prestadores, sino también su definición del tipo de problemas que atiende cada uno y, por lo tanto, su idea del rol profesional (...) la indiferencia o inacción frente a la violencia contra las mujeres es justificada con el argumento de que el problema no es de la competencia profesional del informante. Las respuestas típicas son: “eso no nos corresponde a nosotros”; “es tarea de un médico legista”; o bien, “yo no soy psicólogo/a para atender esos casos”. (Herrera et al., 2006, s265-s266)

En Colombia, hay estudios enfocados en distintas dimensiones de la problemática de la violencia contra las mujeres basada en género, que tratan de buscar explicaciones y soluciones a este flagelo que afecta a la sociedad en su conjunto, algunas de ellas, guardan estrecha relación con esta investigación.

Así tenemos el estudio titulado *Experiencias exitosas. Mujeres que han roto el ciclo de violencia. Violencia basada en género en la relación de pareja*, llevado a cabo con el apoyo de ONUMJERES, el cual “se centra en el desa-

rrollo de la VBG contra las mujeres en las relaciones de parejas heterosexuales bajo el fin de visibilizar aquellas condiciones que se dieron para la ruptura de los ciclos de violencia por parte de las mujeres” (Gallego & García, 2011, p.7). La investigación se realizó en las ciudades de Buenaventura, Pasto, Cartagena, Medellín y un municipio cercano a Bogotá. Con este trabajo se buscó privilegiar los testimonios de las mujeres mediante la técnica de Historias de Vida.

El Observatorio de Asuntos de Género de la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (2013), desarrolló un estudio titulado *Algunos factores asociados a la violencia contra las mujeres afrodescendientes, negras, rai-zales y palenqueras (ANRP) Colombia 2012-2013*, en el cual se plantearon dos preguntas de investigación: 1. ¿Cuál es la caracterización de las mujeres ANRP víctimas de violencia? y 2. ¿Se encuentran diferencias entre los factores relacionados con la violencia contra las mujeres ANRP y los presentados en otros grupos poblacionales y qué factores se asocian a este tipo de violencia según esta pertenencia étnica? El objetivo de este estudio fue:

Aportar elementos de juicio que orienten las intervenciones y superen los paradigmas actuales de intervención de la violencia que no atiende a profundidad los enfoques diferenciales, para darle paso a acciones más específicas centradas en los contextos y las desigualdades sociales. (p.9).

En la ciudad de Medellín, la investigadora Gladys Ariza (2013) trabajó las representaciones sociales de la violencia en la pareja. En su artículo titulado *Las representaciones sociales de la violencia en las relaciones de pareja en Medellín en el siglo XXI*, explica que para llevar a cabo su trabajo de investigación se usaron distintas técnicas de recolección de la información, entre ellas, los grupos focales con personas de los sectores salud, justicia y atención psicosocial, para lo cual se contó con la autorización de cada institución participante, así como de los Comités de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y el de la red pública hospitalaria de Medellín. Los resultados de esta investigación son de gran interés para este trabajo, sin embargo, se quiere destacar, como uno de los descubrimientos a resaltar, la diferencia que las funcionarias tienen en relación con la

violencia contra las mujeres, haciendo una distinción entre “ellas y nosotras”.

Al respecto señala el estudio:

(...) emergió una categoría analítica de gran interés, que se denominó “ellas y nosotras” en referencia a cómo se percibían en relación con las mujeres víctimas, pues coincidieron en señalar que ellas también habían sido afectadas directamente por dicha violencia. Las profesionales intervinientes (“nosotras”) se identifican en cierta medida con “ellas”, pero las consideran mujeres sometidas por la dependencia económica y afectiva de sus parejas. De esta forma, en sus discursos se develan percepciones de asimetrías entre las mujeres atendidas y las intervinientes, quienes se consideran más capaces de superar la violencia por motivos laborales, económicos y psicológicos. Asimismo, evidencian diferencias generacionales entre “ellas” y “nosotras”, en los valores, que juzgan importantes en la génesis de la violencia. Ello puede dificultar el establecimiento de una relación horizontal con las mujeres atendidas y tratarlas como ciudadanas iguales. (Ariza, 2013, p.147)

Inspirado en el Modelo Ecológico Feminista Integrado se realizó el *Estudio sobre tolerancia social e institucional a la violencia basada en género en Colombia* en el año 2010, centrado en hábitos, actitudes, percepciones y prácticas individuales, sociales e institucionales.

En 2015, se publicó la *Segunda medición sobre la tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres*, cuyo objetivo principal fue:

Establecer la segunda medición sobre la tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres en materia de representaciones sociales e imaginarios culturales en los que se sustenta la naturalización de las violencias contra las mujeres y que sea comparable con los resultados del estudio de base realizado en 2010. (p.10)

En estos dos estudios, no se indaga a nivel nacional, sino que se seleccionan varias ciudades de Colombia. En la segunda medición, la investigación se realizó en 10 ciudades, a saber: Cartagena, Barranquilla, Medellín, Buenaventura, Pasto, Tumaco, Popayán, Florencia, Villavicencio y Bogotá.

Cabe destacar que de la *Segunda medición sobre la tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres*, se tomaron las categorías

de esta investigación, que fueron modificadas para adecuarlas al contexto y a los objetivos que se formularon.

Ejes de Estudio

Cuatro ejes conceptuales son fundamentales para este estudio: el género como categoría de análisis, el derecho a la salud, la violencia contra las mujeres con un enfoque de derechos humanos y las representaciones sociales. A continuación, haremos una breve referencia a ellos.

a) Género

Su definición más conocida es aquella que lo identifica como la construcción social de la realidad a partir de las diferencias sexuales, en contraposición del sexo que viene a constituir lo natural, lo biológico, lo inmodificable.

Esa definición de género está inspirada en los primeros abordajes que se hicieron de este concepto en la década del 70. La antropóloga Gayle Rubin (1986), en su artículo *El tráfico de mujeres: Notas sobre la “economía política” del sexo*, define el sistema sexo-género de la siguiente forma: “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (p.97).

Innumerables escritos, posiciones y visiones han surgido desde esa época para intentar definir lo que debe entenderse por género. El día de hoy, esa diferencia tajante entre género y sexo, basada en el determinismo biológico de este último, se encuentra bastante superada; la Teoría *Queer* y otras concepciones recientes señalan que no solo el género es construido socialmente sino también el sexo.

En este sentido, se plantea que, al nacer, a las personas se les asigna socialmente un sexo, con base en la percepción que otras personas tienen sobre sus genitales, responde a una construcción ideológica, que es lo suficientemente fuerte para disciplinar a los cuerpos, cuando no se adaptan a la lectura que se pretende hacer de ellos (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2015).

En esta investigación interesa utilizar el género, como categoría de aná-

lisis, teniendo presente la necesidad de vincularla con otras categorías tales como el origen étnico, la edad, la clase social, entre otras, que permiten una mejor comprensión de la realidad.

Precisamente por el interés que se tiene de utilizar al género como categoría de análisis, se tomará la definición de perspectiva de género del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (1997):

(E)l proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles.
(s.n)

Cualquier actividad que se pretenda realizar, cualquier acción o decisión que se tome, debe efectuar una evaluación de cuáles serán las consecuencias para los hombres y cuáles para las mujeres de tal actuación.

Esta valoración permite detectar cómo una medida adoptada en un programa, en una política pública, o en una ley, afecta de manera diferente a hombres y mujeres, pudiendo generar, incluso, situaciones de discriminación si no se pueden visibilizar las consecuencias de manera diferenciada.

Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, se integren en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. (Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 1997, s.n.)

La posición que hombres y mujeres ocupan en la sociedad; la distribución de recursos; los procesos de socialización que van determinando los comportamientos esperados de los hombres y de las mujeres; los roles de género; la división sexual del trabajo; la situación histórica de dominación en la cual han vivido las mujeres, que las han colocado en una situación de desventaja para el ejercicio de sus derechos, son algunos de los factores que van fijando que hombres y mujeres tengan trayectorias de vida diferentes.

Con el género como categoría de análisis, se visibilizan las experiencias de vida determinadas por esos factores, así como se detectan las preocupaciones

o necesidades presentes en las vidas de hombres y mujeres, porque las diferencias existen y están allí, forman parte de la realidad de las personas y cuando no se toman en cuenta, o no se visualizan, adoptando una supuesta neutralidad en el análisis, se corre el riesgo de mantener, e incluso profundizar, situaciones de desigualdad.

La definición del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (1997) establece que “El objetivo final de la integración [de la perspectiva de género] es conseguir la igualdad de los géneros”.

De allí la importancia que ha tomado en los últimos años el enfoque de género en las distintas actividades sociales. Visto el género desde una perspectiva que conlleva a replantear los esquemas y estructuras ya establecidos en nuestra sociedad; que implica visibilizar lo que le ocurre a la mujer en el ámbito laboral, personal, de salud, educativo, entre otros. Lo anterior, en sus palabras la autora Alda Facio (1992) lo expresa así:

Vemos así que el género no es sinónimo de sexo aunque muchas personas utilicen ambas palabras indistintamente. Menos aún es el género sinónimo de “mujer”. Es imprescindible que se entienda que los hombres también responden a un género de manera que, cuando se dice que hay que incorporar al género en una determinada actividad o estudio no se está hablando de incorporar a la mujer, aunque el resultado de incorporar la visión de género sea visibilizar a la mujer al hacer visibles las relaciones de poder entre los sexos. Incorporar la visión o perspectiva de género en las actividades humanas y los análisis que se hagan de las mismas no es tan sencillo como “agregar” a las mujeres. Es mucho más complejo que eso.

La perspectiva de género contribuye a hacer más visibles a las mujeres en los diferentes ámbitos sociales en los cuales han estado invisibilizadas desde tiempos remotos, lo que ha traído como consecuencia que las grandes verdades que le han dado fundamento a la sociedad, se hayan construido bajo el silencio de las mujeres, no porque estas no hayan tenido qué decir, sino porque sus voces han sido silenciadas durante mucho tiempo.

Es notable que el humanismo no las haya advertido. La perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción sub-

jetiva y social de una nueva configuración de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres. (Marcela Lagarde, citada por Valls-Llobet, 2006, p.295)

La perspectiva de género implica brindarles a las mujeres la importancia que tienen dentro de las distintas facetas de la sociedad, como sujetas de derecho y por tanto, de reconocimiento. Es por ello, que se requiere analizar las características que definen el ser mujer y hombre, donde se identifique el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, cada uno dentro de sus características particulares que los hacen únicos y con necesidades diferentes (Lagarde, 1996).

Se debe iniciar por la integración de las mujeres en cada ámbito social, convocando diferentes campos y saberes, incluyendo la salud, aclarando y reiterando la distinción entre el sexo y el género, siendo que el último se utiliza para describir y analizar las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente (Velasco, 2009).

Es por ello que una perspectiva amplia de género, específicamente en el sector salud, busca reconocer que además de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres existen diferencias socialmente construidas que repercuten en que las necesidades, inclusive de salud, sean distintas. “El género junto con la clase y la etnia es un determinante clave de las oportunidades de salud, tanto en el nivel individual y familiar, como en nivel macro de asignación de recursos dentro del sistema” (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010, p.17).

Programa de Acción Específico. Igualdad de Género en Salud 2013-2018, reconoció al género como un factor determinante social que tiene repercusiones en la salud, se examinó que las desigualdades de género en salud, generan implicaciones para las políticas de salud pública, en lo que se refiere a la prevención, diagnóstico oportuno, calidad de atención, optimización de recursos y mejor calidad de vida, en condiciones de igualdad para las y los ciudadanas/os (Programa Sectorial de Salud. Recuperado de cnegsr.salud.gob.mx).

El reconocimiento de las mujeres en el ámbito de la salud hace parte de las esferas donde el rol de la mujer es necesario replantearlo, siendo este un

derecho fundamental para toda la humanidad, las mujeres como sujetas de derecho deben ser también depositarias de atención en salud acorde con sus necesidades particulares.

Lo anterior significa que las mujeres requieren mayor visibilidad social y participación en el mundo público, incluido el sector salud, donde sus necesidades específicas sean escuchadas y atendidas. Las mujeres pueden llegar a ser objeto de inatención e incompreensión al convertirse en víctimas potenciales de la asistencia sanitaria (Valls-Llobet, 2009).

La situación de las mujeres en relación con su invisibilización en la prestación del servicio de salud no es reciente, la historia refleja que el modelo universal de ser humano, desde la medicina, ha sido por siglos la escultura anatómica masculina, vista esta como el patrón a seguir y al cual deben semejarse las mujeres, no evidenciando las diferencias biológicas ni sociales entre hombres y mujeres.

El planteamiento del hombre como modelo universal de la humanidad es explicado por la filósofa española Amelia Valcárcel (2009) en los siguientes términos:

Lo que se aprecia es que ser humano se entiende siempre como viril. Y del mismo modo que solamente lo viril es lo que se aprecia como universal. Las mujeres son una peculiaridad a la que no se aplican las características universales; constituyen un subgrupo sin capacidad normativa. Una rareza desigual para la que conviene un trato desigual.

La discriminación a la que la mujer ha sido expuesta es un problema que durante años ha implicado una serie de abusos que solo hasta hoy están siendo visibilizados “el desafío de la violencia es antiguo como problema, pero nuevo como política” (Valcárcel, 2009).

Los problemas de salud de las mujeres se han asociado a patologías hormonales propias de la pubertad, maternidad, lactancia o menopausia; esto anclado a una serie de ejes misóginos que los soportan socialmente:

1. Supuesta inferioridad moral.
2. Eje misógino que sitúa la inferioridad de las mujeres en su propia biología, en la llamada naturaleza femenina.
3. Inferioridad intelectual de las mujeres (Bosch, 2007).

Los problemas de salud de las mujeres se han relacionado con la actividad reproductiva, lo que ha conllevado a que los síntomas se hayan asociado a sus roles de género, tales como la actividad maternal y el cuidado del hogar, por lo que ingresan dentro del margen de “normalidad femenina”, nada que requiera demasiada atención o preocupación por parte del sistema de salud.

Según una perspectiva tradicional, cuando se hablaba de salud de las mujeres generalmente se refería a la salud reproductiva. Los problemas que trataban eran los de su aparato reproductor: embarazos, partos y climaterio, y la salud mental femenina quedaba unida a los problemas psíquicos que tuvieran como efecto de estas situaciones. Este enfoque tradicional, además, enfatizaba “lo normal” y “lo patológico” en la salud mental de las mujeres desde una perspectiva médica-psiquiátrica que indicaba qué era lo saludable y qué era lo enfermizo para ellas. (Fernandéz, 2012)

A partir de los años 90 la mujer empieza a ser estudiada por la medicina por primera vez como persona. Sin embargo, son evidentes los sesgos que rodean el estudio de su cuerpo, Carme Valls-Llobet (2009) menciona tres signos que evidencian la discriminación de la mujer:

1. Exclusión de las mujeres de los trabajos de investigación (varón como norma).
2. Enferman igual hombres y mujeres.
3. No tienen en cuenta las condicionantes bio-psico-sociales de las enfermedades.

Aspectos que han favorecido que se perpetúe la concepción de inferioridad de la mujer, carente de importancia y estudio, enmarcada dentro de los supuestos esquemas de “normalidad”. Signos que se anclan en la subjetividad del ser humano, y no son ajenos a ellos los/as prestadores/as de servicios de salud, lo que unido a una serie de factores como la limitación en la comunicación médico-paciente, la relación de superioridad e inferioridad durante el acto médico, el aislamiento del exterior por el que la mujer no puede tomar decisiones de manera autónoma, la destrucción del ser humano que ha pedido ayuda, pasa de tener una enfermedad a ser un enfermo (Valls-Llobet, 2009), lo que ha favorecido al ciclo de inatención en salud de las necesidades específicas de las mujeres.

La mujer percibe por parte de los/as prestadores/as de salud desinterés en evaluar el origen de los problemas de salud que la aquejan, sensación de ser ignorada, falta de cercanía en la relación médico-paciente; lo que crea una barrera que le impide su reconocimiento, respaldo, calidad en la atención, credibilidad en el diagnóstico, confianza para la comunicación amena de sus síntomas, experiencias, preocupaciones, antecedentes, entre otros.

Las mujeres requieren condiciones mínimas que le brinden seguridad y confiabilidad en la atención a su salud. En el caso de mujeres que han sido víctimas de violencia de género, el/la prestador/a de salud está (o debería estar) en la capacidad de detectar e iniciar la ruta que requiera el caso, con miras siempre al restablecimiento del bienestar bio-psico-social de la mujer, lo que implica que “el resultado óptimo de este proceso es que la víctima del abuso se recupere emocionalmente en grado suficiente como para que pueda tomar por sí misma las decisiones necesarias tanto para su seguridad y salud” (Scott & Markowitz, 2006).

En el caso de Colombia, a pesar de que las políticas públicas le apuntan a un gobierno inclusivo, interesado en la erradicación de la violencia de género, donde se garantiza la igualdad entre los hombres y las mujeres, sigue siendo la violencia contra la mujer una de las conductas punibles de mayor frecuencia a nivel nacional, sin ocasionar asombro dentro de la sociedad, debido a una serie de representaciones sociales que han conllevado a naturalizar el fenómeno en los distintos ámbitos institucionales: judicial, laboral, educativo y en el mismo sector salud, que tienen responsabilidades ineludibles en garantizar una vida libre de violencias para las mujeres.

En la Plataforma para la Acción de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, celebrada en Beijing, China, en 1995, se reconoció que existen barreras que impiden a las mujeres el logro de la igualdad:

En la Plataforma para la Acción se reconoce que las mujeres hacen frente a barreras que dificultan su plena igualdad y su progreso debido a factores tales como su raza, edad, idioma, origen étnico, cultura, religión o sus discapacidades, por pertenecer a comunidades indígenas o por otros factores. Muchas mujeres se enfrentan con obstáculos específicos relacionados con su situación familiar, particularmente en fa-

milias monoparentales, y con su situación socioeconómica, incluyendo sus condiciones de vida en zonas rurales, aisladas geográficamente o empobrecidas. También existen otras barreras adicionales en el caso de las mujeres refugiadas, de mujeres desplazadas, incluso en el interior del país, y de las mujeres inmigrantes y migrantes, incluyendo las trabajadoras migrantes. Muchas de ellas se ven, además, particularmente afectadas por desastres medioambientales, enfermedades graves e infecciosas y por las diversas formas de violencia contra ellas. (Naciones Unidas, 1995, p.55)

Se puede observar el reconocimiento de la violencia contra las mujeres, como un obstáculo para el logro de la igualdad. Además, se puede ver la necesidad de valorar el género, en conjunción con otras características sociales, para conocer los avances y las dificultades que deben superar las mujeres.

“La atribución de características o papeles a los hombres y a las mujeres, de forma individual, explicada únicamente por la pertenencia al grupo de hombres o al grupo de mujeres” (CEJIL y Universidad de Toronto, 2008, p.2), también es un obstáculo para el ejercicio de la igualdad real y efectiva. Estas características, así atribuidas, constituyen los estereotipos de género, abordados por diversos instrumentos de Derechos Humanos, en los cuales se reconoce la discriminación y exclusión que generan, generalmente hacia las mujeres, porque muchos de esos estereotipos parten de ideas naturalizadas basadas en la superioridad de los hombres y la inferioridad de las mujeres.

En los instrumentos de Derechos Humanos, en líneas generales, se contempla la obligación que tienen los Estados de erradicar los estereotipos de género. En esta línea, la CEDAW establece en su artículo 5 la obligación de adoptar medidas para:

- a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

El Comité CEDAW (1992) por su parte, en su Recomendación General N° 19, señala:

Las actitudes tradicionales, según las cuales se considera a la mujer como subordinada o se le atribuyen funciones estereotipadas perpetúan la difusión de prácticas que entrañan violencia o coacción, como la violencia y los malos tratos en la familia (...) Esos prejuicios y prácticas pueden llegar a justificar la violencia contra la mujer como una forma de protección o dominación. El efecto de dicha violencia sobre su integridad física y mental es privarla del goce efectivo, el ejercicio y aún el conocimiento de sus derechos humanos y libertades fundamentales. Si bien en esta observación se hace hincapié en la violencia real o las amenazas de violencia, sus consecuencias básicas contribuyen a mantener a la mujer subordinada, a su escasa participación en política y a su nivel inferior de educación y capacitación y de oportunidades de empleo. (Párrafo 11)

La *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, suscrita el 20 de diciembre de 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece la obligación de los Estados de:

- j) Adoptar todas las medidas apropiadas, especialmente en el sector de la educación, para modificar las pautas sociales y culturales de comportamiento del hombre y de la mujer y eliminar los prejuicios y las prácticas consuetudinarias o de otra índole basadas en la idea de la inferioridad o la superioridad de uno de los sexos y en la atribución de papeles estereotipados al hombre y a la mujer.

Por su parte, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer señala en su artículo 6.b que el derecho a una vida libre de violencia incluye “el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación”.

Y para finalizar este punto, vale la pena destacar lo señalado por el Comité CEDAW (2013) en las *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia*, acerca de su preocupación por el mantenimiento de los estereotipos de género en Colombia:

El Comité está preocupado por la persistencia de las actitudes patriarcales y los estereotipos profundamente arraigados respecto de las fun-

ciones y responsabilidades de la mujer y el hombre en la familia y en la sociedad en el Estado Parte. Observa que tales actitudes y estereotipos constituyen un obstáculo importante a la aplicación de la Convención, ya que son las causas básicas de la situación de desventaja de la mujer en la vida política y pública, especialmente en los puestos decisorios y los cargos electos, así como en el mercado de trabajo; **de la prevalencia de la violencia contra la mujer**¹; y de la segregación de género que se refleja en las oportunidades educacionales de las mujeres y las niñas. También está preocupado porque el Estado Parte no ha adoptado medidas sistemáticas, suficientes y sostenidas para eliminar los estereotipos, en particular los que afectan a las mujeres indígenas y afrocolombianas. (Párrafo 13)

El tema de los estereotipos de género está estrechamente vinculado con las representaciones sociales, por ello, en el transcurso de esta investigación profundizaremos en su estudio.

b) Derecho a la salud como un derecho humano

Que la salud es un derecho humano, es una cuestión sobre la cual no cabe duda, pese a las distintas posiciones que existen en relación con el contenido prestacional de este derecho. En ese sentido, al considerarse la salud no como un servicio público, sino como derecho humano, significa que forma parte esencial del respeto a la dignidad humana y acarrea un conjunto de obligaciones para los Estados, que están obligados a garantizarlo, de acuerdo con sus particularidades. En el caso colombiano, el derecho a la salud es considerado un derecho fundamental, consagrado en el propio texto constitucional:

Pero, precisamente por su relación directa con la dignidad humana, por ser universal, inherente a la persona humana, indisponible, irrenunciable, por entrañar libertades y derechos, por su esencialidad en la materialización de una vida digna y con calidad, por ser un derecho integral e integrador de otros derechos y condiciones vitales, por tener una dimensión individual, pero también una dimensión colectiva es que

1 Negrillas nuestras.

el derecho a la salud, sin lugar a dudas, es un derecho fundamental; y como derecho seriamente fundamental debe ser objeto de todas y cada una de las garantías constitucionales y legales previstas para tal tipo de derechos y no solo para efectos de su justiciabilidad vía acción de tutela. (Gañán Echavarría, 2013, p.19)

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2006) define la salud como:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Comité DESC, 2000), encargado de velar por el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hace referencia a cuestiones sustantivas sobre este derecho en su Observación General N° 14, titulada *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, entre ellas cabe destacar que el derecho a la salud comprende algunas libertades y algunos derechos:

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. (Párrafo 8)

Además de los derechos señalados, comprende:

- El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas;
- El acceso a medicamentos esenciales;
- La salud materna, infantil y reproductiva;

- El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos;
- El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud;
- La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, 2008, p.4).

Así mismo, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) reconoce la salud como un derecho humano al que toda persona debe tener acceso para una vida digna, así lo establece en su artículo 25.1:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948)

Además, considera el artículo 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), una protección especial para la infancia y la maternidad, estableciéndose el derecho a la asistencia y cuidados especiales.

En el caso específico de las mujeres, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) o CETFDCM (también conocida por sus siglas en inglés CEDAW) en los artículos 11 y 12, menciona que el derecho a la salud debe ser garantizado por los Estados sin ningún tipo de discriminación, y en lo que respecta a la garantía del acceso y calidad de la atención médica, hace especial hincapié en lo concerniente a la planificación familiar;

Artículo 11.1: Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos, en particular: (...) f. El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción (...)

Artículo 12:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

El artículo 12 se refiere a la obligación que tienen los Estados de adoptar medidas que garanticen la igualdad en los servicios de salud, por ello se requiere que se reconozca que la violencia contra las mujeres pone en riesgo su salud y su vida (Comité CEDAW, 1992). En ese sentido, se precisa que se aplique un enfoque diferencial que permita visualizar las diferencias existentes entre hombres y mujeres, para que se pueda prestar atención tomándolas en cuenta y evitando que, al no hacerse visibles, se conviertan en desigualdades:

La no discriminación y la igualdad también significan que los Estados deben reconocer las diferencias y satisfacer las necesidades específicas de los grupos que generalmente afrontan dificultades especiales en el sector de la salud, por ejemplo, tasas de mortalidad más altas o una mayor vulnerabilidad a ciertas enfermedades. La obligación de garantizar la no discriminación requiere la aplicación de normas de salud específicas a determinados grupos de población, como mujeres, niños o personas con discapacidad. La adopción de medidas positivas de protección son especialmente necesarias cuando determinados grupos de personas han sido permanentemente discriminados por los Estados Partes o por los agentes privados. (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, 2008, p.10)

El derecho a la salud constituye un derecho humano que debe ser reconocido por todos los Estados, e implementar, obligatoriamente, estrategias, políticas y programas para procurar el mejoramiento del goce en la salud, sin

ningún tipo de distinción, enfocada en la inclusión de todas las personas y esto incluye el reconocimiento de las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (2015) identifica siete principios rectores que guían la prestación del derecho a la salud,

- 1. No discriminación:** Este principio procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.
- 2. Disponibilidad:** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- 3. Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - No discriminación;
 - Accesibilidad física;
 - Accesibilidad económica (asequibilidad);
 - Acceso a la información.
- 4. Aceptabilidad:** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.
- 5. Calidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
- 6. Rendición de cuentas:** Los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.
- 7. Universalidad:** Los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos (OMS, 2015, s.n.).

En definitiva, se puede destacar o indicar que existen varios instrumentos internacionales que reconocen a la salud como derecho humano, a continuación se mencionarán algunos de ellos:

- Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, 1965: artículo 5e) iv).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966: artículo 12.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979: artículos 11 1) f), 12 y 14 2) b).
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989: artículo 24 Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990: artículos 28, 43 e) y 45 c).
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006: artículo 25.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, “Protocolo de San Salvador”, 1988: artículo 10.

También otros mecanismos internacionales se han pronunciado sobre la necesidad de visualizar los derechos humanos de las mujeres, entre ellos el derecho a la salud. En ese sentido, en la II Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena, en 1993, por primera vez se señaló que los derechos de las mujeres y las niñas, también son derechos humanos y además se manifestó la importancia que tiene para el adelanto en el ejercicio de sus derechos, que los Estados adopten medidas de distinta índole, en esferas tales como la salud. Al respecto señala la Declaración y Programa de Acción de Viena, resultado de esta conferencia:

Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona

humana y deben ser eliminadas. Esto puede lograrse con medidas legislativas y con actividades nacionales y cooperación internacional en esferas tales como el desarrollo económico y social, la educación, la atención a la maternidad y a la salud y el apoyo social. (Naciones Unidas, 1993, Párrafo 18)

En la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, celebrada en Beijing (China), en 1995, se abordó el tema de la salud de las mujeres como derecho humano y ámbito de la violencia contra la mujer. En la Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción, entre otras consideraciones se estableció:

Es preciso lograr que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital en pie de igualdad con el hombre. Las mujeres padecen muchas de las afecciones que padecen los hombres, pero de diferente manera. La incidencia de la pobreza y la dependencia económica en la mujer, su experiencia de la violencia, las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas, la discriminación racial y otras formas de discriminación, el control limitado que muchas mujeres ejercen sobre su vida sexual y reproductiva y su falta de influencia en la adopción de decisiones son realidades sociales que tienen efectos perjudiciales sobre su salud. La falta de alimento para las niñas y mujeres y la distribución desigual de los alimentos en el hogar, el acceso insuficiente al agua potable, al saneamiento y al combustible, sobre todo en las zonas rurales y en las zonas urbanas pobres, y las condiciones de vivienda deficientes pesan en exceso sobre la mujer y su familia y repercuten negativamente en su salud. La buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación. (Naciones Unidas, 1995, párrafo 92)

La violencia sexual y basada en el género, incluidos los malos tratos físicos y psicológicos, la trata de mujeres y niñas, así como otras formas de malos tratos y la explotación sexual exponen a las niñas y a las mujeres a un alto riesgo de padecer traumas físicos y mentales, así como enfermedades y embarazos no deseados. Esas situaciones suelen

disuadir a las mujeres de utilizar los servicios de salud y otros servicios.
(Naciones Unidas, 1995, párrafo 99)

En el caso de Colombia la salud se concibe como un derecho de todos los colombianos y colombianas, cuyo servicio público se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con la participación de agentes públicos y privados. Así lo contempla la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 49:

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. (Congreso de la República de Colombia, 1991)

Con base en lo anterior, la Ley 60 de 1993 impulsó el mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual *Sistema General de Seguridad Social Integral* (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio & Vásquez, 2011). Lo anterior, teniendo en cuenta los derechos constitucionales que recaen sobre todos los ciudadanos y las ciudadanas colombianos/as y la responsabilidad estatal de proporcionar las condiciones básicas para una vida digna. El Sistema General de Seguridad Social Integral está conformado por el Sistema General de

Pensiones, el Sistema General de Riesgos Laborales, los Servicios Sociales Complementarios y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este último sistema nace con la finalidad de unir al sector público y privado para asegurar una atención óptima e integral a la población, como la forma de brindar un seguro que cubra los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros.

Actualmente en Colombia existen dos regímenes de aseguramiento para brindar cobertura en salud a la población colombiana: el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Todos los trabajadores y las trabajadoras dependientes e independientes, las y los pensionados con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo mensual vigente, tienen la obligación de afiliarse al régimen contributivo del sistema, para ello deberán contribuir el 12,5 % de los ingresos labores; cuando se trata de los trabajadores dependientes y pensionados, el 4 % del aporte le corresponde al trabajador y el 8,5 %, al empleador. En el caso de los trabajadores independientes son estos quienes deben realizar el total del aporte.

El otro régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es el régimen subsidiado, el cual se encuentra conformado por aquellas personas que no cuentan con los medios para efectuar sus aportes (Guerrero et al., 2011). En esa forma, quedan amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia todos los habitantes.

En este orden de ideas, cabe destacar que el artículo 157 de la Ley 100 de 1993 clasifica a los/as afiliados/as al Sistema General de Seguridad Social en Salud en: afiliados/as mediante el régimen contributivo, el cual se refiere a todas las personas vinculadas a través de contratos laborales, servidores/as públicos/as, pensionados/as y jubilados/as, y los/as trabajadores/as independientes con capacidad de pago. Así mismo, se encuentran los/as afiliados/as mediante el régimen subsidiado, que está compuesto por las personas que no cuentan con capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, en este caso será el Sistema General de Seguridad Social en Salud quien cubra estos aportes.

La Ley 1607 de 2012 en su artículo 30 define el régimen contributivo como:

Un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y el empleador o la Nación, según el caso. (Congreso de la República de Colombia, 2012)

De la misma forma, la Ley 100 de 1993 en su artículo 211 define el régimen subsidiado como:

Un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley. (Congreso de la República de Colombia, 1993)

Este último, por la necesidad de brindarle cobertura en salud a las personas más pobres y vulnerables del país que no cuentan con la capacidad de cubrir con sus propios recursos los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta condición de subsidiado/a será definida por el Estado en el marco de características como la capacidad económica de las personas, medida por sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.

En cuanto a las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, hay que señalar que está conformado por organismos categorizados de acuerdo a la función que ejercen en el sistema como vigilante, superintendencia, administradores y/o prestadores de servicios en salud, así lo contempla la Ley 100 de 1993 en su artículo 155:

Integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud: El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por:

1. Los organismos de dirección, vigilancia y control:
 - a) Los Ministerios de Salud y de Trabajo;
 - b) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y
 - c) La Superintendencia Nacional en Salud;
2. Los organismos de administración y financiación:
 - a) Las entidades promotoras de salud;

- b) Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, y
 - c) El fondo de solidaridad y garantía.
3. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, mixtas o privadas.
 4. Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.
 5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
 6. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en todas sus modalidades.
 7. Los comités de participación comunitaria “Copacos” creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud. (Congreso de la República de Colombia, 1993)

En el año 2007 se promulga la Ley 1122, que tiene como objetivo realizar unos reajustes en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud para mejorar la prestación de los servicios en esta materia y con el fin de garantizar adecuadas condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país, esta ley establece que será responsabilidad del Gobierno Nacional definir el Plan Nacional de Salud Pública cada cuatrienio. “Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar” (Congreso de la República de Colombia, 2007). Este plan debe incluir:

- a) El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada, en materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción, suicidio y la prevalencia de la epilepsia en Colombia (artículo 11 de la Ley 1414 de 2010, que modifica el artículo 33, literal a de la Ley 1122 de 2007);

- b) Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludables y la integración de estos en los distintos niveles educativos;
- c) Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras;
- d) El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS;
- e) Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada periodo de cuatro años;
- f) Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana;
- g) Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir;
- h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud;
- i) Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria;
- j) El plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización;
- k) El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio;
- l) El plan incluirá acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder al comportamiento de los indicadores de mortalidad materna (Ley 1122 de 2007, artículo 33).

Del artículo 33 se puede comprobar que dentro de las obligaciones que tiene el gobierno nacional en el Plan Nacional de Salud Pública, el perfil epidemiológico de la violencia contra las mujeres basada en género (en conjunción con el artículo 5 de la CEDAW), así como vigilar y controlar los factores de riesgo e impulsar cambios de estilos de vida, entre otras acciones, se encuentran en el mandato legal del artículo señalado y resultan de mucha importancia para asegurar a las mujeres una vida libre de violencia.

Dentro de las responsabilidades en la vigilancia de la salud pública y en las prioridades de salud que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud en Colombia, se encuentra la creación de los protocolos de atención a poblaciones con características específicas que requieren de atención prioritaria, como es el caso de las *mujeres víctimas de violencia de género*. De acuerdo a la relevancia del problema en materia de salud pública, la creación de los protocolos de atención se convierte en una medida para la atención y prevención de la violencia contra la mujer, que oriente las actuaciones a seguir y los procedimientos de atención de esta población.

El protocolo de atención es un documento firmado por todas las instancias con responsabilidad en materia de violencia de género donde se recogen todas las actuaciones a seguir por cada servicio profesional implicado (ámbito sanitario, social, policial, judicial, educativo y asociativo), donde este se convierta en guía para el qué hacer, el cómo hacer, y la competencia para realizarlo.

El protocolo debe prever los mecanismos para brindar protección a las mujeres víctimas de violencia, donde es de gran importancia el apoyo del personal político como un proyecto de interés prioritario para la prevención y atención como población en estado de vulnerabilidad. (Diputación Provincial de Sevilla, s.f.)

De lo dicho se desprende que el protocolo de atención es un mecanismo a favor de los derechos de las mujeres y el Estado colombiano, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, tiene la obligación de elaborar los protocolos de atención a mujeres víctimas de violencias, este cuenta con la competencia para la elaboración y/o actualización de las guías de atención a víctimas de violencia de género debido a la importancia que tiene para guiar

la prestación del servicio de salud y optimizar los procesos con miras a garantizarle a la mujer una atención eficiente y de calidad. El Decreto 4796 de 2011 en el artículo 5 lo regula de la siguiente manera:

Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia del presente Decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social, actualizará las guías para la atención de la mujer maltratada y del menor de edad maltratado, contenidas en la Resolución 412 de 2000 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. De igual forma, adoptará el Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011)

Teniendo como precedente las funciones del Ministerio establecidas en la Ley 1257 de 2008 en su artículo 13; El Ministerio de la Protección Social, además de las señaladas en otras leyes, tendrá las siguientes funciones:

1. Elaborará o actualizará los protocolos y guías de actuación de las instituciones de salud y de su personal ante los casos de violencia contra las mujeres. En el marco de la presente ley, para la elaboración de los protocolos el Ministerio tendrá especial cuidado en la atención y protección de las víctimas.
2. Reglamentará el Plan Obligatorio de Salud para que incluya las actividades de atención a las víctimas que corresponda en aplicación de la presente ley, y en particular aquellas definidas en los literales a., b. y c. del artículo 19 de la misma.
3. Contemplará en los planes nacionales y territoriales de salud un apartado de prevención e intervención integral en violencia contra las mujeres.
4. Promoverá el respeto a las decisiones de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. (Congreso de la República de Colombia, 2008)

En materia de violencia sexual, el Ministerio de Salud y Protección Social dictó la Resolución 459 de marzo 6 de 2012, por la cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, sin embargo es preciso reiterar que la violencia contra las mujeres tiene varias manifestaciones, una de ellas es la sexual. Resulta indispensable que el Estado

elabore protocolos de atención en materia de salud, bajo un enfoque integral, para la atención de los casos de violencias físicas y psicológicas contra las mujeres. Además, se requiere hacer seguimiento y evaluación del cumplimiento de esta Resolución por parte de las entidades que tienen competencia en este tema.

c) Las violencias contra las mujeres: un enfoque de Derechos Humanos

El fenómeno de la violencia contra las mujeres, las niñas y las adolescentes no es nuevo en la historia de la humanidad, innumerables narraciones demuestran que ha existido desde tiempos inmemoriales.

Lo que sí es muy reciente desde la perspectiva histórica, es su reconocimiento como una violación de derechos humanos que impide a las mujeres el ejercicio de sus derechos y sus libertades.

Hubo que esperar hasta la década del 90 para que instrumentos internacionales adoptados en el Sistema de Naciones Unidas y en el Sistema Interamericano, reconocieran la violencia contra las mujeres como un asunto de Derechos Humanos.

Así, el Comité CEDAW (1992) en su Recomendación General N° 19, reconoce que:

La violencia contra la mujer, que menoscaba o anula el goce por la mujer de sus derechos humanos y libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de convenios específicos de derechos humanos, constituye discriminación. (párrafo 7)

Con esta afirmación, el Comité dejó establecido que, pese a que la CEDAW no se refiere explícitamente a la violencia contra las mujeres, esta se encuentra incorporada al considerarla como una forma de discriminación.

Un año después, el 20 de diciembre de 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, de esta forma, el tema se saca de los espacios privados, se regula por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y se establecen distintas obligaciones para los Estados que la suscriban.

En esta línea, cabe destacar lo que expresa el artículo 4 de la Declaración: “Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora

una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer”. Y así, este problema se convierte en un asunto de Derechos Humanos, que obliga a los Estados a adoptar medidas para erradicarlo.

Otro aspecto de interés en la Declaración, es que en el Preámbulo se establece que la violencia contra la mujer obedece a la desigualdad estructural existente entre hombres y mujeres, responde a las relaciones desiguales de poder entre los hombres y las mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación e impedido su adelanto pleno, convirtiéndose en uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se le fuerza a una situación de subordinación respecto del hombre.

De esta forma se derrumban falsas premisas que naturalizan este tipo de violencia, con el argumento de que se debe al instinto natural y violento de los hombres; a razones de tipo religiosos e incluso, por motivos médicos que patologizan la actitud del hombre violento. De igual manera, se afirma que, no es el alcohol, ni la droga ni la “provocación” por parte de las mujeres, lo que ocasiona esta violencia, se debe a la existencia de relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres.

El salto más importante en el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un asunto de Derechos Humanos, se dio en el Sistema Interamericano con la adopción de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Organización de Estados Americanos, 1994). Este fue el primer tratado internacional de carácter regional que reconoció el derecho a una vida libre de violencia como derecho humano.

Además, al definir lo que debe considerarse violencia contra la mujer, hace referencia al género, de forma que no se dude de que se trata de una violencia específica, que afecta a las mujeres en virtud de la construcción social de lo que significa ser mujer.

Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. (artículo 1)

Es importante destacar, que esta Convención reconoce que esta violencia

puede darse tanto en lo público como en lo privado, que puede ocurrir dentro de la unidad doméstica, la comunidad o ser perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes. Y de esta forma, se evidencian distintas manifestaciones de la violencia contra las mujeres, más allá de la que se da en las relaciones de pareja.

Vale la pena resaltar que las distintas manifestaciones de la violencia contra las mujeres tales como el feminicidio, la violencia sexual en el marco de los conflictos armados, la violación, el abuso físico y emocional, el acoso sexual, el uso de las mujeres en la pornografía, la explotación sexual, la esterilización o embarazos forzados, la trata de mujeres y niñas, entre otras, no son fenómenos aislados e inconexos, por el contrario, se refieren a distintas expresiones de la opresión de las mujeres y forman parte de un “continuum de violencia contra las mujeres”.

Se requiere visualizar y analizar el continuum de violencia contra las mujeres, describiendo, problematizando y develando las vinculaciones existentes entre distintos hechos que se dan en un contexto determinado, evitando estudiarlos como hechos inconexos y sin ningún tipo de relación (Arroyo Vargas, s.f.).

En el libro *La verdad de las mujeres. Víctimas del conflicto armado en Colombia* se deja evidencia del continuum de violencia que experimentan las mujeres, en el marco del conflicto armado colombiano:

Las mujeres sitúan la violencia que trastorna sus vidas en un continuum de violencias en la historia de Colombia, que ha comportado toda suerte de violaciones y atentados contra su dignidad y sobre sus cuerpos. Ellas descubren este continuum de violencias no solo en sus propias trayectorias de vida, sino en la misma historia del país.

La comisión ha constatado que numerosas mujeres que dieron testimonio como víctimas en el escenario de la guerra, habían estado expuestas a todo tipo de violencias en el lugar que debería ser seguro para ellas, sus propios hogares, por parte de hombres que formaban parte del entramado familiar. Un 26,1 % (n = 243) de las mujeres declara haber sufrido violencia en sus hogares siendo aún niñas. Una de cada siete mujeres había sufrido también violencia sexual y otras violencias, en

el ámbito familiar durante algún periodo de su vida. Se confirma así la existencia de un continuum de violencias que recorre las biografías femeninas, los espacios de vida y de relación de las mujeres en el patriarcado (...) La lucha contra la violencia contra las mujeres debe llevar a logros que erradiquen el fondo de esta práctica que continúa en contextos posconflicto aunque se logren acuerdos de paz. (Ruta pacífica de las mujeres, 2013, pp.80-81)

Cuando se hace alusión al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia como un asunto de derechos humanos, implica hablar de quién tiene responsabilidades para asegurar el ejercicio de este derecho. Es por ello que la aplicación del enfoque de Derechos Humanos, en la violencia contra las mujeres, requiere que se tomen en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Identificar los derechos que deben ser garantizados, así como aquellos derechos no realizados o que son violados.
- b) Identificar a las titulares de derechos.
- c) Identificar brechas de capacidad de titulares de derechos y titulares de obligaciones (América Latina Genera, s.f.).

En ese sentido, según este enfoque, las mujeres son titulares de derechos humanos y ello implica obligaciones para el Estado que debe garantizarlos.

No cumple el Estado colombiano con la obligación de garantizar el derecho a una vida libre de violencias para las mujeres, únicamente con su reconocimiento como tal en el ordenamiento jurídico, sino que se requiere la adopción de medidas de distinta índole para que este derecho se concrete en la realidad, lo que implica que las mujeres logren una verdadera autonomía.

La obligación de garantizar también implica la de prevenir la violencia contra las mujeres basada en género, en ese sentido, es deber de los Estados la elaboración, planificación y ejecución de políticas públicas destinadas a este fin.

Las obligaciones señaladas se relacionan con la obligación de debida diligencia, la cual significa que los Estados deben adoptar medidas integrales que incluyen un adecuado marco jurídico de protección, con una aplicación real y efectiva del mismo y con políticas de prevención y prácticas que permitan actuar de una manera eficaz ante las denuncias.

El concepto de debida diligencia hace referencia al grado de esfuerzo que un Estado debe realizar para aplicar derechos en la práctica. Además, si un derecho es violado, el Estado está en la obligación de restituirlo en la medida de lo posible y proporcionar la indemnización adecuada. (Fernández Matos, 2012, p.118)

Si bien es cierto que no es suficiente con una ley, esta parece ser un requisito para el avance en el ejercicio efectivo del derecho a una vida libre de violencias. En el caso de América Latina, la tercera ola de reformas legales que se dieron en la región a partir de 2007, plantearon mirar la violencia contra las mujeres de manera integral, incluyendo en leyes especiales al conjunto de políticas públicas, las entidades y recursos responsables para la prevención, sanción y erradicación de la violencia (Frías & Hurtado, 2010).

En esta nueva ola se inscribe la Ley 1257 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.193 de 4 de diciembre de 2008, la cual establece una protección integral para las mujeres víctimas de violencia. El artículo 2 consagra lo que en el texto normativo se entiende por violencia contra las mujeres:

cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado. (Congreso de la República de Colombia, 2008)

Se reconocen así las distintas dimensiones de la violencia contra las mujeres, a saber: física, sexual, psicológica, económica e incorpora la violencia patrimonial, también establece que la violencia ocurre en distintos espacios, tanto públicos como privados.

En el segundo informe de seguimiento a la Ley 1257 de 2008 de la Mesa por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, se señala que

La Ley 1257 de 2008 contiene un modelo de protección integral para las mujeres víctimas de violencias que obliga al Estado a adoptar de forma inmediata medidas de protección integrales, además de investigar los hechos que dieron origen a las medidas.

Este modelo de protección integral ha sido desarrollado por la reglamentación de la Ley 1257, que faculta a la autoridad competente (comisarias, juzgados municipales, promiscuos o jueces de control de garantías) a adoptar un conjunto de medidas para proteger a las mujeres. La autoridad puede, entre otras acciones, ordenar medidas de protección en los ámbitos de la justicia, la salud, la educación y el trabajo, tales como garantizar que los agresores no tengan ningún tipo de contacto con la mujer y sus entornos; aprobar a favor de la mujer medidas de atención en salud física y psicológica, así como la prestación de alojamiento, subsidio monetario, alimentación y transporte; definir la oferta educativa necesaria para la mujer y sus hijos de ser procedente y acceder a una oportunidad laboral que garantice la independencia económica de las mujeres. (Congreso de la República de Colombia, 2008, p.28)

Dentro de las obligaciones que tiene el Estado colombiano para asegurar la protección integral está la de erradicar los patrones y estereotipos que naturalizan las violencias de género y que guardan relación con las representaciones sociales.

Marco normativo para la atención en salud de las mujeres víctimas de violencias de género

Tabla 5. *Marco legal*

Norma	Articulado	Descripción
Declaración Universal de los Derechos Humanos	Artículos 25 y 22	Contempla el derecho que tienen todas las personas a un nivel de vida digno donde se les asegure entre otros aspectos la salud, donde se le garantice su derecho a la seguridad social.
Comité para la Eliminación de la discriminación contra la Mujer (CEDAW)	Recomendación General No. 24, relativa a la mujer y la salud. Literales 15 y 19	Obligación de los Estados Partes de proteger los derechos de las mujeres en lo relativo a la salud mediante la expedición de protocolos sanitarios, políticas y procedimientos hospitalarios.
Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém Do Pará”	Artículo 8 literal d	Contempla que los Estados Partes convienen en adoptar medidas específicas para brindar especial atención y servicios a la mujer objeto de violencia.

Declaración de Beijing (1995)	La mujer y la salud Numerales 89-111	Declara que los Gobiernos Partes deben promover la atención primaria en salud para las niñas y mujeres, que incluya el más alto nivel de salud física y mental.
Declaración de Viena (1993)	Numerales 41, 31	Esta Declaración pide a los Estados miembros que se abstengan de adoptar medidas unilaterales contrarias al derecho a la salud, reconociendo a su vez la importancia del disfrute de la mujer de un adecuado nivel de salud física y mental.
Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer	Artículos 3, 4 literal g	Reconoce el derecho de la mujer al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar, por lo cual los Estados deberán garantizar una asistencia especializada.
Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	Objetivo 3	Busca promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015)	Objetivo 3 Objetivo 5 Objetivo 16	Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos/as.
Resolución 1888 de 2009 del Consejo de Seguridad de la ONU	Numeral 13	Alienta a los Estados a que, con apoyo de la comunidad internacional, aumenten el acceso a la atención de la salud, el apoyo psicosocial, la asistencia jurídica y los servicios de reintegración socioeconómica para las víctimas de la violencia sexual, en particular de zonas rurales.
Resolución 1889 de 2009 del Consejo de Seguridad de la ONU	Numeral 10	Alienta a los Estados miembros a que definan de manera pormenorizada las necesidades y prioridades relativas a las mujeres y las niñas y formulen estrategias concretas, para atender esas necesidades y prioridades, que abarcan, entre otras cosas, la prestación de apoyo para que las mujeres y las niñas tengan mayor seguridad física y mejores condiciones socioeconómicas, mediante la educación, actividades generadoras de ingresos, acceso a los servicios básicos, en particular los de salud.

Resolución 2122 de 2013 del Consejo de Seguridad de la ONU	Numeral 11	Contempla que los Estados miembros, todas las partes interesadas, las entidades de las Naciones Unidas y las instituciones financieras, deben apoyar el desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad de las instituciones nacionales, en particular de los sistemas judicial y de salud para prestar una asistencia sostenible a las mujeres y las niñas afectadas por situaciones de conflicto armado y posteriores a conflictos.
CD 37/19, 1993 Organización Panamericana de Salud (OPS)		Reconoció la violencia como un problema importante de salud pública y de derechos humanos
Constitución Política de Colombia 1991	Artículo 49	Contempla la obligación del Estado de organizar, dirigir, reglamentar y ejercer la vigilancia y control en la prestación del servicio de salud.
Ley 823 de 2003. “Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres”	Artículos 6 y 8	Contempla que el Estado ejecutará las acciones necesarias que garanticen una salud integral física y mental a la mujer. Establece la obligación de asegurar que en los procesos de formación y capacitación de los recursos humanos en salud, públicos y privados, se incorpore la perspectiva de género.
Ley 1257 de 2008	Artículos 8, 12 y 13	Regula los derechos y las medidas de atención en el ámbito de la salud que brindan protección a la mujer.
Decreto 164 de 2010 Presidencia de la República de Colombia	Artículos 1 y 3 literal i	Se crea la Comisión Intersectorial denominada “Mesa Interinstitucional para erradicar la violencia contra las mujeres”, cuyo propósito es aunar esfuerzos para la articulación, coordinación y cooperación entre las entidades, a fin de lograr la atención integral, diferenciada, accesible y de calidad a las mujeres víctimas de la violencia.
Decreto 4796 de 2011 Presidencia de la República de Colombia	Artículos 1, 2, 3, 6, 5, 8 y 11	Definir las acciones necesarias para detectar, prevenir y atender integralmente a través de los servicios que garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las mujeres víctimas de violencia e implementar mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud. Obligatoriedad de Guías y Protocolos de atención.
Decreto 2734 de 2012 Presidencia de la República de Colombia		Por el cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia.

Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que, como señala Raquel Osborne (2009), el término violencia contra las mujeres no está exento de equívocos, con aspectos positivos y negativos. Una de las ventajas del uso de este término, es que delimita hacia quién va dirigida esa violencia, dejando por fuera a los hombres, así como a los/as niños/as (cuando la violencia hacia las niñas no es por razones de género), mientras que tiene como desventaja que no aclara la naturaleza (sexista, machista, patriarcal) de este tipo de agresión, de hecho puede ser que en un delito haya violencia contra las mujeres, por ejemplo, el robo de un banco, sin que sea por razones de género. La misma autora señala algunos términos que pueden contribuir a solucionar la problemática:

Una forma de paliar este problema sería el empleo del término *Violencia masculina contra las mujeres* –propuesta por los grupos de varones profeministas– que junto a otras denominaciones como Violencia machista, Violencia sexista o Violencia patriarcal expresan que nos estamos refiriendo a los casos en que *el varón es el responsable de la violencia*. El resto de los términos o parece neutro o se centra en las víctimas, sin quedar siempre claro que sean mujeres, y no en los agresores, que permanecen invisibilizados. (Osborne, 2009, p.31)

d) Representaciones sociales de la violencia de género en el sector salud

El tema de la atención en salud a las mujeres víctimas de violencia de género, implica una revisión más allá de que las instituciones prestadoras de salud cumplan con los protocolos de atención y con la normativa vigente; se requiere revisar la subjetividad de los prestadores/as de salud, las representaciones sociales que tienen en torno al tema de las violencias contra las mujeres, las cuales pueden facilitar o impedir una atención efectiva para las víctimas de este flagelo.

En 1961, Serge Moscovici publica su tesis doctoral titulada “El Psicoanálisis, su imagen y su público”, en la cual busca explicar la construcción del pensamiento social. En este documento el autor incorpora la noción de representación social. Parte de la premisa de que las personas construyen y son construidas por la realidad social. En ese sentido, le da preeminencia a lo colectivo y a la comprensión de la realidad a partir de su construcción social. Desde la propuesta de Moscovici (1961), las representaciones sociales son:

“Elaboraciones colectivas de un objeto social por un grupo, con el propósito de guiar su comportamiento y permitir la comunicación” (Moscovici, 1963, p.251, citado por Ariza, 2011).

A través de las representaciones sociales se puede entender la manera en que se constituye el pensamiento social, permiten aproximarse a la visión del mundo que las personas o los grupos humanos tienen, pues se trata del llamado conocimiento del “sentido común”, como señaláramos en el planteamiento del problema, que es el conocimiento que las personas utilizan para conducirse ante los objetos sociales. Este conocimiento, le permite a las personas y a los grupos actuar colectivamente.

Es preciso destacar que estas representaciones obedecen a un contexto determinado y, al ser construidas socialmente, pueden variar en una dimensión histórica, geográfica, entre otras dimensiones. En todo caso, “Las diferencias en las representaciones sociales dan cuenta de diferencias en la cultura y de las diferencias entre grupos sociales” (Chulvi Ferriols, 2003, p.205).

Una representación social es dinámica, por su propia esencia; debido a que se construye en la cultura es susceptible de deconstruirse y reconstruirse de acuerdo con las necesidades y exigencias de contexto y del propio sujeto; es una herramienta del pensamiento que puede ser reflexivo, interpretativo y generativo de cambios. Tiene una función de proceso mental sociocognitivo mediante el cual los colectivos se explican su realidad, la cubren de elementos afectivos y le dan un significado coherente en su estructura de pensamiento. De acuerdo con Christian Guimelli, esta actividad está socialmente marcada, es decir, no se manifiesta independientemente del campo social en el cual, inevitablemente, se inserta. En ella hay un metasistema, constituido por regulaciones sociales que hacen intervenir los modelos, las creencias ya establecidas, las normas y los valores del grupo. De esta manera se constituyen representaciones sociales compartidas y sistemas que operan en las relaciones humanas. (Flores Palacios, 2012, p.343)

Existen distintas definiciones de las representaciones sociales, la mayoría de ellas comparten la idea de que se trata de conocimiento cotidiano o de sentido común, a través de un proceso de comunicación, en el cual las personas y los grupos, construyen y son construidos por la realidad social.

En las representaciones sociales están presentes las creencias, los valores, los estereotipos y las normas existentes en un grupo social dado, por ello, este estudio se centra en indagar sobre las mismas, porque de esa manera se permite abordar el conocimiento que las personas manejan sobre la violencia contra las mujeres basada en género y el tratamiento cotidiano de este fenómeno en el campo de la salud. Es por ello que la definición de Denise Jodelet (1984) resulta muy esclarecedora para este estudio:

El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.

La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y con los demás. (pp.474-475)

También deja constancia esta autora, que se trata de un conocimiento construido socialmente:

Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido². Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo

2 Destacado en el original.

de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc. En otros términos, se trata de un conocimiento práctico. Al dar sentido, dentro de un incesante movimiento social, a acontecimientos y actos que terminan por sernos habituales, este conocimiento forja las evidencias de nuestra realidad consensual, participa en la construcción social de nuestra realidad. (p.473)

Interesa también destacar la aproximación de representación social que realiza Sandra Araya Umaña (2002), debido a que en esta noción habla de la forma en que hombres y mujeres abordan y actúan en el mundo, y al indicarlo expresamente, permite inferir que se reconoce que ese abordaje es diferente. Además, señala esta autora que los valores, las normas, las creencias y los estereotipos de un grupo o sociedad determinado, pueden ser reconocidos en sus representaciones sociales.

Analizar una representación social implica tomar una postura frente al objeto de representación, este debe cubrir ciertas características como ser relevante para el grupo, tener un significado inserto en la cultura, que defina ciertos valores, creencias, atribuciones e ideologías; “una de las cuestiones importantes no es tanto estudiar la representación de un objeto, como saber primeramente cuál es el objeto de representación”. No todo objeto lo es de representación social. Por lo tanto, antes de tomar un problema u objeto de estudio para su análisis desde esta teoría, será indispensable comprobar que se trata de un objeto polémico y anclado en la estructura de una representación social, que orienta cierto nivel de comportamiento y con una carga afectiva importante para el colectivo. Las representaciones sociales abren la posibilidad de indagar en la complejidad de la construcción del pensamiento colectivo y comprender que la legitimidad de las normas se convertirá en modelos dominantes con una fuerte carga ideológica modelada y configurada en la interacción cultural. (Flores Palacios, 2012, pp.344-345)

Y ello es lo que se intenta indagar en esta investigación, ya que se busca conocer las representaciones sociales de la violencia contra las mujeres pre-

sentes en los/as agentes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para realizar una aproximación de cómo estos factores pueden incidir en la respuesta institucional ante esta problemática. Partiendo del hecho de que se trata de un objeto polémico, que orienta cierto comportamiento y que tiene una carga afectiva para el grupo con el cual se desarrollará la investigación.

Las RS, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo. (Araya Umaña, 2002, p.11)

Las representaciones sociales como estructuras cognitivas llegan a facilitar la aprehensión de fuentes de información, que pueden ser ambiguas o mal definidas, teniendo en cuenta que la información social es simbólica y significativa (Martínez Benlloch & Ortega Campos, 2000). Las representaciones como construcciones sociales según Moscovici, mantienen su estructura integrando el conocimiento (información), con la interpretación y por supuesto con el obrar en la realidad social (actitud).

Teniendo en cuenta esta estructura de las representaciones sociales, su consolidación puede dar origen a otras producciones también de orden social. Según Sandra Araya Umaña (2002), al igual que las representaciones sociales existen otras producciones mentales que se originan en el ámbito social, como las ideologías, las creencias, la percepción, la actitud, la opinión, la imagen y *los estereotipos*.

Shum, Conde y Portillo (2006) definen los estereotipos como “un conjunto de prejuicios, ideas preconcebidas, creencias profundamente arraigadas en el subconsciente colectivo e individual y aceptadas socialmente sobre las conductas y comportamientos” (p.20), es decir, los estereotipos son el primer acercamiento a la construcción del concepto simbólico que luego que alcanza estructura se convierte en representaciones sociales.

El concepto también lo retomaron Gaviria, López y Cuadrado (2013) en la obra *Introducción a la Psicología Social*: “Los estereotipos sociales son

creencias sobre las características que poseen un conjunto de personas, derivadas, simplemente, de su pertenencia a un determinado grupo o categoría social. Es decir, generalizamos, y esas características se las aplicamos a cualquier persona del grupo, aunque no la conozcamos”.

Una de las formas más frecuente de representación social son los estereotipos grupales, que son definidos como una imagen mental, en general muy simplificada, de alguna categoría de personas, institución o acontecimiento que es compartida por un gran número de personas en sus características esenciales (Tajfel, 1984). Tajfel afirma que *“la representación social es más que el estereotipo, pero este constituye una parte importante de la representación social”* (1982, p.22). Como se puede observar, la utilización de ambos conceptos no supone un dilema, no son teorías antagónicas, sino al contrario, las consideramos perspectivas complementarias para la comprensión de fenómenos muy complejos. (Extraído del Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente de España, s.f., pp.44-45)

Cuando se hace referencia a prestadores/as de salud es necesario indagar en la información, interpretación y por consiguiente, en la actitud que estos/as tienen sobre las mujeres víctimas de violencia de género, ya que incide en la respuesta institucional y debería ser el personal idóneo para brindar la detección, atención y seguimiento a la mujer.

Los prestadores/as de salud pueden llegar a tener una serie de creencias en torno al tema, que inicialmente pueden ser rígidas (estereotipo de género) y que a pesar del contacto con las pacientes pueden perdurar en el tiempo (representaciones sociales), actuando como impedimento para una prestación efectiva y eficaz de salud, obstaculizando el proceso de atención prioritario que ordena la normatividad y que es competencia del sistema de salud.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de México (2010), señala que: “los estereotipos y roles tradicionales de género tienden a ser negativos para la salud porque limitan las capacidades y oportunidades de mujeres y hombres para aprovechar su potencial” (p.16), además sintetiza en el siguiente cuadro los diferentes estereotipos que se han evidenciado a lo largo de su investigación, que traen consecuencias en la prestación de los servicios de salud en cuanto a la perspectiva de género:

Tabla 6. *Ejemplos de estereotipos de género que influyen sobre la salud y su atención*

Problemática	Sesgo de género y estereotipos
La salud mental, depresión –y otras patologías asociadas– de las mujeres.	El sesgo surge del estereotipo de debilidad, inferioridad y flaqueza en el carácter, que se adjudica al comportamiento femenino. El sesgo debido al estereotipo masculino de fortaleza, firmeza y seguridad también influye en la dificultad de diagnosticar y atender la depresión en los hombres.
La violencia contra las mujeres como problema de salud.	En los servicios de salud muchas veces se trata a las mujeres como víctimas, y con frecuencia se le revictimiza al suponer que ellas merecen ese trato por haberlo provocado de alguna manera.
A menudo se excluye de responsabilidades a los hombres tanto en las medidas anticonceptivas, como durante el proceso de atención pre y postnatal de la mujer embarazada.	Se piensa que todo lo que atañe a las funciones reproductivas les corresponde a las mujeres. Ese estereotipo determina también que no se promuevan suficientemente estrategias para que los hombres acudan más a los servicios a favor de su propia salud sexual y reproductiva y la de sus parejas.

Fuente: Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México, 2010

La figura femenina siempre se define como opuesta a la figura masculina enmarcadas ambas desde concepciones tradicionales, binarias de la realidad, en las cuales la mujer es sinónimo de ternura, debilidad, inferioridad y flaqueza, mientras que el hombre de firmeza, fortaleza y seguridad. Shum, Conde y Portillo (2006) elaboraron un listado de características que se les atribuyen a las mujeres y a los hombres por razón del sexo:

Tabla 7. *Características asignadas a cada sexo*

Masculino	Femenino
Estabilidad emocional	Inestabilidad emocional
Mecanismos de autocontrol	Falta de control
Dinamismo	Pasividad
Agresividad	Ternura
Tendencia al dominio	Sumisión
Afirmación del yo	Dependencia
Aspecto afectivo poco definido	Aspecto afectivo muy marcado
Aptitud para las ciencias	Intuición
Racionalidad	Frivolidad
Franqueza	Miedo
Valentía	

Fuente: Sau (1998), citada por Shum, Conde & Portillo (2006). *Mujer, discapacidad y violencia: el rostro oculto de la desigualdad*. Madrid: Instituto de la Mujer

Según este tipo de planteamiento, las mujeres poseen unas características propias que las identifican, y están definidas por el rol social que desempeñan. Lo que ha conllevado a la discriminación, violencia, menosprecio y malos tratos.

En el caso de la violencia de género y la atención por parte de los servicios de salud, como se observa en la Tabla 6, en ocasiones, se les revictimiza por considerar que las mujeres provocaron la agresión, son masoquistas o incluso, que se trata de un problema privado que debe resolverse en la pareja sin que haya intervención de terceros, sin que se evidencien los efectos no solo físicos, sino psicológicos que tienen estos actos sobre la salud de las mujeres.

Existen distintos factores que han creado paredes divisorias entre el sector asistencial y las mujeres afectadas por la violencia de género, los autores S. Scott Polsky y Jennifer Markowitz (2006) han enumerado algunas de ellos:

Hay varias barreras para la implicación del clínico en las situaciones de violencia doméstica. Entre los aspectos sociales están la tolerancia de la sociedad frente a la violencia, la desensibilización a través de la exposición repetida, las distintas normas sociales tanto implícitas como explícitas, y las desigualdades de poder en las relaciones interpersonales. La implicación del contexto clínico en la violencia doméstica también está limitada por factores de tipo personal, entre ellos, el sesgo de género y los antecedentes personales de abuso. Algunos profesionales sanitarios han idealizado conceptos de la vida de familia que interfieren con su capacidad de juicio clínico. (p.5)

Las autoras Patricia Salber, María José Varela Portela y Ellen Taliaferro (2000), en su libro *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*, dividen los factores que impiden el diagnóstico de la mujer víctima de violencia de género en tres: factores de la paciente, factores personales del médico y factores estructurales.

Tabla 8. Factores que dificultan el diagnóstico de la mujer víctima de violencia

Factores de la paciente	Factores personales del médico	Factores estructurales
<p>Por miedo de las represalias si el agresor se entera de que su violencia ha sido revelada.</p> <p>Por la vergüenza y humillación que ella siente.</p> <p>Ella puede creer que merece el maltrato.</p> <p>Puede querer proteger a su pareja.</p> <p>Ella no entiende lo que le está pasando.</p> <p>Ella puede creer que su médico no dispone de información o no se interesa lo suficiente sobre la violencia doméstica como para hablarle de ella. Puede estar convencida de que está muy ocupado para perder tiempo hablando de su problema.</p> <p>Ella piensa que su médico no la puede ayudar en este problema.</p>	<p>Creen que no hay violencia doméstica entre la población de sus pacientes. Pero la violencia doméstica puede ocurrirle a cualquiera, a pesar de su edad, raza, nivel socioeconómico o base educacional.</p> <p>La paciente está llorosa y no coopera, incluso está borracha o intoxicada con otras drogas, lo que hace difícil hacer la anamnesis. Pero generalmente no utilizamos estas excusas para olvidar otras condiciones potencialmente fatales.</p> <p>Piensan que la mujer provocó o merecía el abuso. Pero haga lo que haga, nadie merece ser golpeado.</p> <p>Creen que lo que ocurre dentro de la casa, en cuanto a violencia doméstica, es un asunto privado y por lo tanto no tendría que ser discutido.</p> <p>Pero los médicos de forma rutinaria preguntan sobre “asuntos privados” que afectan la salud y el bienestar de sus pacientes, como las preferencias y las prácticas sexuales.</p> <p>Creen que si ella quiere puede irse. Pero hay muchas razones por las que la mujer no puede “simplemente dejarlo”.</p> <p>Conocen al agresor y creen que es incapaz del abuso. Pero la apariencia externa de muchos maltratadores es engañosa y desmiente su potencial para la violencia doméstica.</p> <p>No sabrían qué hacer si descubrieran un abuso o bien creen que es trabajo de otros profesionales, como asistentes sociales. Pero el papel de los médicos en la identificación y derivación de la paciente es muy importante y difícilmente sustituible.</p> <p>Saben qué hacer, pero creen que no ayudará: “De cualquier forma ella volverá con él”. Más a veces, algunas mujeres finalmente se van con la ayuda de sus médicos.</p>	<p>Los ámbitos hospitalarios no favorecen las discusiones sobre violencia doméstica.</p> <p>El área de recepción puede ser semipública.</p> <p>A los pacientes se les pide que expliquen la razón de su visita, mientras otras personas están escuchando u observando.</p> <p>La “habitación” para la exploración puede reducirse a un espacio separado de otros pacientes por una débil cortina.</p> <p>La falta de privacidad puede disminuir la soltura de la mujer para hablar sobre la violencia a que está sometida.</p>

Fuente: Salber, Varela Portela & Taliaferro (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*

En definitiva, estos factores inciden en las falencias en la prestación del servicio de salud y por consiguiente, afectan el bienestar integral de la mujer.

La debilidad en materia de prevención y atención a las mujeres víctimas de violencia de género, ha conllevado a su vez a tolerar dicha violencia desde

las mismas instituciones de salud que tienen el deber de accionar ante un tema que no es de orden privado sino evidentemente público. La Segunda Medición del Estudio sobre Tolerancia Social e Institucional de las Violencias contra las Mujeres, define la tolerancia institucional como el “conjunto de actitudes, percepciones y prácticas de las/os funcionarios públicos que favorecen y perpetúan la violencia contra las mujeres, incluyendo la omisión de los deberes estatales de restitución de derechos, protección, prevención y erradicación así como la perpetración directa de actos de violencia por parte de actores institucionales” (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, ONUMUJERES y AECID, 2015, p.25).

El tema de la tolerancia social e institucional es de especial importancia, de allí los dos estudios realizados en Colombia, el primero en el año 2009 y en el año 2014 la Segunda Medición del Estudio Tolerancia Social e Institucional de las Violencias contra las Mujeres, como se indicara en los antecedentes. Estos estudios tienen como objetivo central identificar los imaginarios, prácticas y actitudes sociales e instituciones que naturalizan la violencia contra las mujeres basada en el género.

Ambos estudios son de especial importancia para este proyecto y fue a partir del año 2014, que se definieron las categorías que se aplicaron en esta investigación, adecuándolas a los objetivos que se perseguían, para la elaboración de los instrumentos de recolección de la información como se verá en las páginas siguientes.

Metodología de la Investigación

Paradigma de investigación

Se usará un enfoque mixto para utilizar las fortalezas que tienen tanto la investigación cualitativa como la cuantitativa (Hernández-Sampieri et al., 2014). El uso de esta metodología mixta o triangulación, en la cual se usaron como técnicas de recolección de información, la entrevista (cualitativa) y la encuesta (cuantitativa), aplicadas al personal asistencial y administrativo de nueve Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de Barranquilla, repartidas en las cinco localidades de la ciudad, pretendió, por un lado, que este estudio fuera lo menos vulnerable posible a sesgos y a fallas metodoló-

gicas, que siempre pueden ocurrir, pero que el uso de un único método, a los efectos del problema que se plantea en esta investigación, lo vuelve más débil y por el otro, la idea era identificar algunas de las diferentes formas en las que se puede observar un fenómeno (Okuda & Gómez-Restrepo, 2005).

Cabe destacar, además, que “ambas aproximaciones han evolucionado y hoy en día asumen valores fundamentales comunes: confianza en la indagación sistemática, supuesto de que la realidad es múltiple y construida, creencia en la falibilidad del conocimiento y la premisa de que la teoría es determinada por los hechos” (Universidad César Vallejo y Universidad Señor de Sipán, s.f., p.20).

Del paradigma cualitativo se rescata su idoneidad para el estudio de la variable “representaciones sociales”, ya “que permite una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas del comportamiento humano, así como de los procesos vividos por los actores sociales” (OPS/OMS, 2000, p.14), por ello se recurrió a la entrevista, ya que se buscaba “conocer la perspectiva del sujeto estudiado, comprender sus categorías mentales, sus interpretaciones, sus percepciones...” (Corbetta, 2007, p.344).

Del paradigma cuantitativo se rescató la categorización del fenómeno a estudiar, en este caso las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres, en variables entre las que se establecieron relaciones estadísticas.

Cabe destacar que fueron razones pragmáticas las que generaron que se recurriera al paradigma cuantitativo, para complementar la investigación cualitativa: en primer lugar, la aplicación del cuestionario de preguntas en la entrevista se hacía muy largo y los/as prestadores/as de servicios de salud tenían un tiempo limitado para apoyar la investigación, por ello se decidió incorporar la encuesta, con preguntas y respuestas cerradas, como técnica de recolección de la información y poder tener los datos requeridos para completar el estudio y, por otro lado, también existía la limitación por parte de la investigadora que realizó el trabajo de campo, también relacionada con el tiempo. Sin embargo, esta complementariedad entre los métodos permitió obtener mayor comprensión de la realidad estudiada:

Justamente de la naturaleza complementaria y acumulativa de los métodos es como se pueden lograr avances. Atrás de cada dato hay conceptos.

Los estudios cualitativos han mostrado que esos datos con frecuencia se derivan de marcos conceptuales androcéntricos o que simplemente ignoran la presencia de las mujeres en los fenómenos estudiados. Por otra parte, los análisis cuantitativos abren nuevas preguntas de investigación, algunas de las cuales solo pueden ser abordadas por métodos cualitativos. La investigación es siempre un proceso dinámico en el que ambos métodos se retroalimentan. (Pedrero Nieto, 2012, p.240)

Tipo de investigación

Se trata de una investigación exploratoria, descriptiva y explicativa.

Es exploratoria porque busca detallar una problemática de la cual existe poca investigación previa, ya que, si bien es cierto que son innumerables los estudios de las violencias contra las mujeres, se consiguieron pocos que abordaran el problema desde la perspectiva de las representaciones sociales de los/as prestadores de servicios de salud y ninguno enfocado en la ciudad de Barranquilla específicamente. En ese sentido, se buscó explorar nuevas perspectivas y que este trabajo sirviera de antecedente a futuras investigaciones.

Es descriptiva porque se persigue detallar las características que definen las representaciones sociales, estereotipos y opiniones que tienen los/as prestadores/as de servicios de salud sobre las violencias contra las mujeres, en sus rasgos más peculiares.

Según Carlos Sabino (1986): La investigación de tipo descriptiva trabaja sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. Para la investigación descriptiva, su preocupación primordial radica en descubrir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada (p.51).

Además, posee componentes explicativos, en la medida en que se busca comprender y explicar, hasta cierto punto, la influencia que pueden tener las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres en la atención o desatención de las mujeres víctimas por parte de las IPS.

Diseño

Se trata de una investigación de campo, definida por Fidias Arias (2006), como aquella que “consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna” (p.31). En este estudio los datos se obtuvieron directamente del personal administrativo y de salud en sus lugares de trabajo: las IPS seleccionadas, localizadas en la ciudad de Barranquilla.

Este trabajo de campo fue apoyado con la investigación documental, “aquella que se basa en la obtención y análisis de datos provenientes de materiales impresos u otros tipos de documentos” (Arias, 2006, p.49). En ese sentido, se emplearon como fuentes primarias, entrevistas y encuestas, y como fuentes secundarias, la revisión de libros, revistas, normas, reglamentos, informes y demás documentos que permitieron indagar sobre las representaciones sociales de los/as agentes prestatarios de servicios de salud en la respuesta institucional y su influencia en la garantía del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Es de hacer notar que no se realizó un análisis de contenido de los documentos, que se trata de una técnica con entidad propia, sino un análisis textual de tipo cualitativo (Corbetta, 2007), de acuerdo al uso de esta herramienta en los estudios con enfoque de derechos humanos.

El diseño de investigación es no experimental, de corte descriptivo, ya que su objetivo es describir e identificar, sin ningún tipo de manipulación, a través de un instrumento las características de las variables, que en este caso son las percepciones y opiniones.

Población y Muestra

Para esta investigación la población estuvo constituida por el personal asistencial y administrativo de nueve Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla: Clínica Centro, Clínica Centro San Camilo, Clínica General del Norte, Clínica La Asunción, Clínica La Merced, Clínica La Victoria, Clínica Murillo, Hospital La Manga y Hospital Niño Jesús, que abarcan todas las localidades en las cuales se subdivide esta entidad. En este sentido, la muestra estuvo constituida de la siguiente manera:

Tabla 9. *Unidades de observación*

Área	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
Localidad Suroccidente	Hospital La Manga Clínica Centro San Camilo
Localidad Suroriente	Clínica La Victoria Clínica Murillo
Localidad Metropolitana	Clínica Centro
Localidad Riomar	Hospital Niño Jesús de Barranquilla
Localidad Norte Centro Histórico	Clínica La Asunción Clínica General del Norte Clínica La Merced

Fuente: Elaboración propia

En cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) se seleccionaron, de acuerdo a los criterios del muestreo no aleatorio, seis funcionarios/as, distribuidos/as en tres asistenciales y tres administrativos/as, para un total de 54 funcionarios/as prestadores/as de servicios de salud en nueve IPS de la ciudad de Barranquilla.

El universo de estudio de la entrevista y la encuesta se presenta en el siguiente cuadro, junto con el tamaño de la muestra a quienes se les aplicaron:

Tabla 10. *Universo de estudio*

Instrumento	Universo de estudio	Tamaño de muestra
Encuesta	Funcionarios/as administrativos/as y asistenciales de nueve IPS de la ciudad de Barranquilla.	49
Entrevista	Funcionarios/as administrativos/as y asistenciales de nueve IPS de la ciudad de Barranquilla.	54

Fuente: Elaboración propia

Muestreo

El estudio seleccionó una muestra por conveniencia, “formada por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso” (Battaglia, 2008, citado por Hernández Sampieri et al., 2014, p.390), teniendo en cuenta en los siguientes criterios para la selección que:

- La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) aceptara hacer parte del estudio.

- La Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) se encontrara ubicada en la ciudad de Barranquilla.
- El personal seleccionado ejerciera funciones asistenciales y/o administrativas que implicara contacto directo con los/as pacientes.
- El personal asistencial y/o administrativo brindara su consentimiento para hacer parte del estudio.
- El personal asistencial y/o administrativo contara con la disposición y disponibilidad de tiempo para la aplicación del instrumento.

Diseño de las categorías de análisis

La *Segunda Medición del Estudio sobre Tolerancia Social e Institucional de las Violencias contra las Mujeres* (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, ONUMUJERES y AECID, 2015), fue el instrumento que sirvió de referencia para el diseño de las categorías usadas en este estudio. Se hizo un ajuste a lo establecido en este documento debido a que su fin último consistió en analizar la tolerancia social e institucional, mientras que nuestra investigación está delimitada a las representaciones sociales, en un área específica: los servicios de salud.

Se hizo uso del *Modelo Ecológico Feminista Integrado*, impulsado por Lori Hesse desde 1998: “El modelo se basa en el reconocimiento de las violencias contra las mujeres como un fenómeno dinámico que se produce en la interacción de las historias individuales, las relaciones más inmediatas (microsistema), los ámbitos socioeconómicos donde se producen (exosistema) y los contextos culturales (macrosistemas)” (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, ONUMUJERES y AECID, 2015, p.12). Este modelo ha sido usado también por las entidades que conforman el sistema de Naciones Unidas.

A partir de este modelo, se definieron categorías que eran relevantes para cumplir con los objetivos de la investigación y se definieron los conceptos. Este procedimiento se usó tanto para las entrevistas como para las encuestas, de acuerdo con la información que aparece en la Tabla 11.

Tabla 11. *Categorías de estudio*

Categorías	Concepto	Subcategorías	Técnica	Índices
Conocimiento sobre las leyes y mecanismos para la atención de las mujeres víctimas de violencia contra las mujeres	El/la funcionario/a prestador/a de servicios de salud se encuentra informado/a de la normatividad actual en materia de atención a mujeres víctimas de violencia de género y de las medidas que deben garantizar los servicios de salud.		Entrevista	5,6,7,8,9,10, 11,12 y 13
Opiniones sobre la violencia de género	Percepciones y concepciones que tienen los/as agentes de salud sobre las violencias de género.		Entrevista	14,15,16,17, 18,19 y 20
Macrosistema-Contextos culturales	Se refiere a los valores, creencias y representaciones culturales que producen y reproducen el ordenamiento patriarcal de las sociedades (Segunda medición del estudio sobre tolerancia, 2015).	Profundización de los roles de género	Encuesta	1,2,3,4,5,6,7, 8,9 y 10
		Aprobación social del castigo físico hacia las mujeres	Encuesta	11 y 12
		Menosprecio	Encuesta	13,14,15, 16,17,18,19, 20 y 21
Exosistema	Aspectos originados en los factores estructurales pero que afectan los entornos más cotidianos de las personas e incluye para el caso de las violencias contra las mujeres, la posición socioeconómica, el aislamiento de las mujeres y las familias y el rol de los pares (Segunda medición del estudio sobre tolerancia, 2015).	Legitimación social de la violencia en razón de la pobreza	Encuesta	22
		Separación del espacio público y privado	Encuesta	23,24,25 y 26
Microsistema-Relaciones interpersonales	Son los entornos más próximos en los que se gestan o se potencian las agresiones porque, a través de diferentes dispositivos y mecanismos, se construye el sistema de relaciones de los integrantes de la familia que potencian o generan las violencias contra las mujeres (Segunda medición del estudio sobre tolerancia, 2015).	Ordenamiento patriarcal de las familias	Encuesta	27,28 y 29

Categorías	Concepto	Subcategorías	Técnica	Índices
Endosistema Historias personales	El proceso de aprendizaje y normalización de la violencia surtida durante la infancia respecto al cual se incorporaron nociones que validan la violencia como un medio aceptable de interacción (Segunda medición del estudio sobre tolerancia, 2015).	Justificación de la violencia sobre la base de la historia personal.	Encuesta	30 y 31
Ruta crítica	Es un proceso que se construye a partir de la secuencia de decisiones tomadas y acciones ejecutadas por las mujeres afectadas por las violencias de género y las respuestas encontradas en su búsqueda de soluciones (Segunda medición del estudio sobre tolerancia, 2015).	Conciliación	Encuesta	32,33, 34 y 35

Fuente: Elaboración propia

Técnicas e Instrumentos

Como se indicó, el estudio se realizó a partir de la aplicación de técnicas cualitativas (encuestas) y cuantitativas (entrevistas).

a) Encuesta: Se trata de “una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características” (Casas Anguita, Repullo Labrador & Donado Campos, 2003, p.528).

Se utilizó una Escala de Likert que “consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se le solicita al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico” (Hernández Sampieri et al., 2014, p.238).

La Escala de Likert, instrumento base de esta investigación, se diseñó utilizando ítems del cuestionario validado por la escala de medida en el sistema de análisis de información seleccionado (alfa de Cronbach), el cual fue adecuado de la *Segunda Medición del Estudio sobre Tolerancia Social e Institucional de las Violencias contra las Mujeres* emitido por la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer.

El alfa de Cronbach

permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. (Frias-Navarro, s.f., p.1)

La escala Likert quedó constituida por 35 ítems en donde se midieron cinco grandes variables, organizadas de la siguiente manera:

Tabla 12. *Variables de estudio*

Macrosistema - Contextos culturales	Profundización de los roles de género	10 ítems
	Aprobación social del castigo físico	2 ítems
	Menosprecio	9 ítems
Exosistema	Legitimación social de la violencia en razón de la pobreza	1 ítems
	Separación del espacio público y privado	4 ítems
Microsistema - relaciones interpersonales	Ordenamiento patriarcal de las familias	3 ítems
Historias personales	Justificación de la violencia sobre la base de la historia personal	2 ítems
Ruta crítica	Atención - Conciliación	4 ítems

Fuente: Elaboración propia

Para responder a los ítems se incorporaron cinco opciones de respuesta:

Totalmente de acuerdo: Si se cumple **totalmente** la afirmación en su caso.

De acuerdo: Si se cumple en **alguna medida** la afirmación en su caso.

Ni de acuerdo ni en desacuerdo: Si no se cuenta con una postura clara sobre el tema.

En desacuerdo: Si **no se cumple en alguna medida** la afirmación en su caso.

Totalmente en desacuerdo: Si **no se cumple** la afirmación en su caso.

b) Entrevista: En relación con la técnica cualitativa, se aplicó la entrevista estructurada, que como su nombre lo indica, se realiza conforme a un esquema fijo y sobre la base de un formulario de precisión para controlar las respuestas. Todas las preguntas se definieron previamente y fueron aplicadas en el mismo orden al personal entrevistado.

El cuestionario diseñado fue validado por personas expertas en la temática género y salud. El cuestionario estuvo constituido por 20 preguntas, con las que se midieron el conocimiento sobre las leyes y los mecanismos para la atención de las mujeres víctimas de violencia contra las mujeres y algunas opiniones sobre la violencia de género, así como datos sociodemográficos de las personas entrevistadas, de acuerdo a lo reflejado en la Tabla 13.

Tabla 13. *Variables del cuestionario de entrevista*

Datos sociodemográficos	4 ítems
Conocimiento sobre las leyes y mecanismos para la atención de las mujeres víctimas de violencia	9 ítems
Opiniones sobre la violencia de género	7 ítems

Fuente: Elaboración propia

Previo consentimiento de las personas entrevistadas y asegurándoles la confidencialidad, explicándoles el uso que se daría a las entrevistas y brevemente el estudio, se grabaron las entrevistas para hacer más fácil la recuperación de la información obtenida, se transcribieron íntegramente y se analizó su contenido. Se crearon categorías que permitieron medir los resultados.

Además, como se indicara, también se usaron como técnicas de recolección de información, la revisión documental y bibliográfica especializada en la temática para elaborar el marco de referencia del proyecto.

Procedimiento

En la elaboración del presente estudio, se desarrollaron las siguientes fases:

1. Revisión de la literatura actualizada en torno a las temáticas: violencia contra las mujeres, género, derecho a la salud como un derecho humano, las perspectivas de género en el sector salud y las representaciones sociales.
2. Revisión de la legislación nacional e internacional que regula la protección a la mujer en el ámbito sanitario y el derecho a una vida libre de violencias.
3. Identificación de los indicadores de cada una de las dimensiones y construcción de un banco de ítems o afirmaciones por dimensión.
4. Elección del formato y diseño del instrumento de encuesta.
5. Validación del instrumento mediante la aplicación del alfa de Cronbach.
6. Diseño del cuestionario de entrevista.
7. Validación del cuestionario mediante juicio de expertos/as.
8. Versión final del instrumento y organización de la aplicación.
9. Revisión con base en datos del Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud), la información disponible sobre las IPS de la ciudad de Barranquilla (Nº de IPS, naturaleza, dirección, teléfono, correo electrónico y gerente).
10. Solicitud de autorización para aplicación de instrumentos en las IPS seleccionadas (solicitud escrita).
11. Socialización del proyecto en las IPS interesadas en el mismo.
12. Socialización del proyecto ante el Comité de Ética de la Clínica General del Norte.
13. Selección de IPS de acuerdo a criterios de muestreo.
14. Elaboración de formato de consentimiento informado para diligenciamiento del personal seleccionado.
15. Aplicación del instrumento y encuesta a personal asistencial y administrativo de las IPS seleccionadas.
16. Transcripción de entrevistas.
17. Preparación de los datos para el análisis: tabulación, codificación y elaboración de matriz en Excel, correspondiente a encuestas y entrevistas.
18. Estimación de la confiabilidad y validez final del instrumento a través de los datos.

19. Elaboración del diario de campo con todas las actividades desarrolladas en la investigación.

20. Análisis de los datos.

21. Elaboración del informe técnico, informe de autoevaluación y del proyecto de investigación.

Análisis datos

Encuesta

Para la validación del instrumento se empleó el alfa de Cronbach, el cual arrojó los siguientes resultados:

Tabla 14. *Validación de instrumento (encuesta)*

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
,753	35

Fuente: Elaboración propia

Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,75, lo que muestra una confiabilidad aceptable del instrumento como se puede ver en la Tabla 14.

El proceso de análisis y validación del instrumento, requirió revertir los siguientes ítems:

- Con apoyo, los agresores pueden superar sus problemas de agresión.
- Todos los agresores deben ser judicializados.
- Si un hombre maltrata a su esposa otras personas ajenas a la familia deben intervenir.
- Los casos de tocamientos de glúteos o senos deben ser conocidos por las entidades del Estado.
- Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, la acción que haría sería buscar que las partes concilien.
- Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, busca que el agresor salga de la casa.
- La conciliación con el agresor es inviable cuando la víctima corre peligro.

Tabla 15. *Análisis descriptivo*

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujeres	39	79,6
	Hombres	10	20,4
Área	Personal asistencial	26	53,1
	Personal administrativo	23	46,9
Tipo de IPS	Clínica	35	71,4
	Hospital	14	28,6
Localidades Barranquilla	Suroccidente	9	18,4
	Suroriente	10	20,4
	Metropolitana	6	12,2
	Riomar	5	10,2
	Norte Centro Histórico	19	38,8
Naturaleza jurídica	Pública	6	12,2
	Privada	34	69,4
	Mixta	9	18,4

Fuente: Elaboración propia

Se aplicó la encuesta a 49 personas, como se evidencia en la Tabla 15, la mayoría de las entrevistadas fueron mujeres que representaron el 79,6 % y el 20,4 % hombres. Del total, el 53,1 % corresponde a personal asistencial y el 46,9 % a personal administrativo; el 71,4 % laboran en clínicas y el 28,6 % en hospitales; desde el enfoque de localidades el 18,4 % es de la localidad Suroccidente, el 20,4 % de la localidad Suroriente, el 12,2 % de la localidad Metropolitana, el 10,2 % de la localidad Riomar y el 38,8 % de la localidad Norte Centro Histórico. En lo relacionado a la naturaleza jurídica de la institución para la cual laboran, el 12,2 % de los encuestados trabajan en una institución prestadora de salud de carácter público, el 69,4 % en institución privada y el 18,4 % en una institución mixta.

Análisis de frecuencia por ítems

Se hizo el análisis por ítems del instrumento aplicado a la población objeto de estudio, organizado por las categorías anteriormente identificadas:

Ámbitos del modelo ecológico feminista integrado

1. Macrosistema - Contextos culturales

1.1. Profundización de los roles de género

Tabla 16. Análisis de frecuencia de la categoría “profundización de los roles de género”

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus mujeres	2 (4,1 %)	7 (14,3 %)	6 (12,2 %)	20 (40,8 %)	14 (28,6 %)
No me gusta cuando veo un hombre con actitudes femeninas	9 (18,4 %)	12 (24,5 %)	9 (18,4 %)	8 (16,3 %)	11 (22,4 %)
Los hombres siempre están listos para tener sexo	7 (14,3 %)	16 (32,7 %)	6 (12,2 %)	14 (28,6 %)	6 (12,2 %)
Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos	11 (22,4 %)	18 (36,7 %)	3 (6,1 %)	9 (18,4 %)	8 (16,3 %)
El papel más importante de las mujeres es cuidar de su casa, cocinar y cuidar a su familia	1 (2 %)	4 (8,2 %)	2 (4,1 %)	15 (30,6 %)	27 (55,1 %)
Una mujer está completa y se realiza solo cuando tiene hijos e hijas	0 (0 %)	1 (2 %)	3 (6,1 %)	18 (36,7 %)	27 (55,1 %)
Las mujeres son las que deben cuidarse para no quedar embarazadas	2 (4,1 %)	3 (6,1 %)	1 (2 %)	15 (30,6 %)	28 (57,1 %)
Se justifica pegarle a una mujer cuando ha sido infiel	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	12 (24,5 %)	36 (73,5 %)
Si las mujeres conservaran su lugar serían menos agredidas por sus parejas	6 (12,2 %)	5 (10,2 %)	3 (6,1 %)	12 (24,5 %)	23 (46,9 %)
La mujer que desea mantener unida a su familia aguanta la violencia del marido	1 (2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	8 (16,3 %)	40 (81,6 %)

Fuente: Elaboración propia

El 40,8 % de la muestra está en desacuerdo con respecto a que “Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus mujeres”; el 24,5 % de la mues-

tra está de acuerdo con respecto a “No me gusta cuando veo un hombre con actitudes femeninas”; el 32,7 % de la muestra se encuentra de acuerdo en que “Los hombres siempre están listos para tener sexo”; el 36,7 % de la muestra se encuentra de acuerdo en que “Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos”; el 55,1 % de la muestra está totalmente en desacuerdo en que “El papel más importante de las mujeres es cuidar de su casa, cocinar y cuidar a su familia”; el 55,1 % de la muestra se encuentra totalmente en desacuerdo con respecto a que “Una mujer está completa y se realiza solo cuando tiene hijos e hijas”; el 57,1 % de la muestra se mantiene totalmente en desacuerdo en que “Las mujeres son las que deben cuidarse para no quedar embarazadas”; el 73,5 % de la muestra está totalmente en desacuerdo con respecto a que “Se justifica pegarle a una mujer cuando ha sido infiel”; el 46,9 % de la muestra se considera totalmente en desacuerdo con respecto a que “Si las mujeres conservaran su lugar serían menos agredidas por sus parejas”; y el 81,6 % de la muestra está totalmente en desacuerdo en que “La mujer que desea mantener unida a su familia aguanta la violencia del marido”.

Cabe destacar los resultados asociados al ítem “Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos”, ya que la sumatoria entre las personas que están totalmente de acuerdo y de acuerdo, representa el 59,1 % de la muestra total. Esto significa que más de la mitad de las personas entrevistadas considera que los hombres pueden agredir si se les provoca, cuando en realidad, no hay ninguna justificación ni provocación que legitime la violencia.

También hay que señalar que en los ítems “Se justifica pegarle a una mujer cuando ha sido infiel” y “La mujer que desea mantener unida a su familia aguanta la violencia del marido”, la sumatoria entre quienes están en desacuerdo y completamente en desacuerdo representa la mayoría absoluta, lo que significa, por un lado que se está consciente que la infidelidad no justifica la violencia contra las mujeres y por otro lado, superando, visiones tradicionales, se considera que la unión de la familia no debe basarse en el sometimiento de la mujer a la violencia que le infringe su pareja.

1.2. Aprobación social del castigo físico hacia las mujeres

Tabla 17. *Análisis de frecuencia de la categoría “aprobación social del castigo físico hacia las mujeres”*

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta	6 (12,2 %)	6 (12,2 %)	6 (12,2 %)	16 (32,7 %)	15 (30,6 %)
Las mujeres celosas buscan que las maltraten	1 (2 %)	3 (6,1 %)	3 (6,1 %)	20 (40,8 %)	22 (44,9 %)

Fuente: Elaboración propia

El 32,7 % de la muestra respondió estar en desacuerdo con respecto a que “Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta” y el 44,9 % de la muestra cree estar totalmente en desacuerdo con respecto a que “Las mujeres celosas buscan que las maltraten”.

1.3. Menosprecio

Tabla 18. *Análisis de frecuencia de la categoría “menosprecio”*

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Al tema de las violencias contra las mujeres se le da más importancia de la que merece	2 (4,1 %)	3 (6,1 %)	3 (6,1 %)	21 (42,9 %)	20 (40,8 %)
Por lo general, las mujeres exageran los hechos de violencia	0 (0 %)	1 (2 %)	2 (4,1 %)	30 (61,2 %)	16 (32,7 %)
La violencia de pareja tiene menos impacto que la violencia contra los niños, niñas y adolescentes	2 (4,1 %)	10 (20,4 %)	5 (10,2 %)	13 (26,5 %)	19 (38,8 %)
Las mujeres que se visten de manera provocativa se exponen	11 (22,4 %)	12 (24,5 %)	2 (4,1 %)	9 (18,4 %)	15 (30,6 %)

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Si una mujer no opone resistencia, no se puede decir que fue una violación	3 (6,1 %)	3 (6,1 %)	1 (2 %)	21 (42,9 %)	21 (42,9 %)
Todos los hombres son propensos a ser agresores	2 (4,1 %)	5 (10,2 %)	4 (8,2 %)	21 (42,9 %)	17 (34,7 %)
Los violadores son, por lo general, hombres que no pueden controlar sus instintos sexuales	11 (22,4 %)	9 (18,4 %)	5 (10,2 %)	13 (26,5 %)	11 (22,4 %)
Con apoyo los agresores pueden superar sus problemas de agresión	11 (22,4 %)	25 (51 %)	1 (2 %)	7 (14,3 %)	5 (10,2 %)
Todos los agresores deben ser judicializados	27 (55,1 %)	18 (36,7 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	3 (6,1 %)

Fuente: Elaboración propia

El 42,9 % de la muestra cree estar en desacuerdo con respecto a que “Al tema de las violencias contra las mujeres se le da más importancia de la que merece”; el 61,2 % de la muestra están en desacuerdo con respecto a que “Por lo general, las mujeres exageran los hechos de violencia”; el 38,8 % de la muestra expresa que está totalmente en desacuerdo con respecto a que “La violencia de pareja tiene menos impacto que la violencia contra los niños, niñas y adolescentes”; el 30,6 % de la muestra considera que totalmente en desacuerdo con respecto a que “Las mujeres que se visten de manera provocativa se exponen”; el 42,9 % de la muestra se encuentra en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con respecto a “Si una mujer no opone resistencia, no se puede decir que fue una violación”; el 42,9 % de la muestra se encuentra en desacuerdo con respecto a que “Todos los hombres son propensos a ser agresores”; el 22,4 % de la muestra se encuentra totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo con respecto a que “Los violadores son, por lo general, hombres que no pueden controlar sus instintos sexuales”; el 51 % de la muestra aprueba que de acuerdo con respecto a que “Con apoyo los agresores pueden superar sus problemas de agresión” y el 55,1 % se encuentra totalmente de acuerdo con respecto a que “Todos los agresores deben ser judicializados”. En

los dos últimos ítems se puede constatar que más de la mitad de las personas encuestadas cree que los hombres agresores pueden superar esta situación, de igual manera, más de la mitad considera que los agresores deben ser judicializados, en este último caso, hay que destacar que esa creencia significa el reconocimiento de que la violencia de género no es un asunto privado, sino que le compete al Estado asegurar a las mujeres una vida libre de violencia, pero en futuras investigaciones habría que indagar si esta fuerte creencia en la judicialización, no estaría relacionada con el hecho de que parte del personal que labora en los centros de salud, opina que la violencia contra las mujeres se trata de un asunto en el cual no tienen competencia.

Es importante hacer mención que la sumatoria de totalmente de acuerdo y de acuerdo, en los ítems “Las mujeres que se visten en forma provocativa se exponen” (46,9 %) y “Los violadores son, por lo general, hombres que no pueden controlar sus instintos sexuales” (40,8 %), indica que todavía hay creencias arraigadas en el personal prestador de servicios de las IPS, basado en los estereotipos de género.

2. Exosistema

2.1. Legitimación social de la violencia en razón de la pobreza

Tabla 19. Análisis de frecuencia de la categoría “legitimación social de la violencia en razón de la pobreza”

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
La violencia contra las mujeres es más frecuente en los sectores más pobres	10 (20,4 %)	16 (32,7 %)	4 (8,2 %)	12 (24,5 %)	7 (14,3 %)

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 19, llama la atención que más de la mitad de las personas encuestadas, el 53,1 %, consideró estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que la violencia contra las mujeres es más frecuente en los sectores pobres. Este dato es importante, porque esta creencia no se ajusta a la realidad, según la cual la violencia contra las mujeres se da en todos los estratos sociales, lo

que puede variar en la forma de manifestarse y, además, puede generar la invisibilización de los casos de violencia de género, cuando la víctima no se ajuste al estereotipo de mujer pobre que existe en el imaginario colectivo.

2.2. Separación del espacio público y privado

Tabla 20. *Análisis de frecuencia de la categoría “separación del espacio público y privado”*

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los problemas familiares solo deben discutirse con miembros de la familia	4 (8,2 %)	15 (30,6 %)	2 (4,1 %)	21 (42,9 %)	7 (14,3 %)
Si un hombre maltrata a su esposa otras personas ajenas a la familia deben intervenir	10 (20,4 %)	26 (53,1 %)	2 (4,1 %)	6 (12,2 %)	5 (10,2 %)
Lo que pasa en el espacio privado no es responsabilidad de las instituciones	1 (2 %)	5 (10,2 %)	3 (6,1 %)	19 (38,8 %)	21 (42,9 %)
Los casos de tocamientos de glúteos o senos deben ser conocidos por las entidades del Estado	16 (32,7 %)	23 (46,9 %)	2 (4,1 %)	3 (6,1 %)	5 (10,2 %)

Fuente: Elaboración propia

El 42,9 % está en desacuerdo con respecto a que “Los problemas familiares solo deben discutirse con miembros de la familia”; el 53,1 % está de acuerdo con respecto a que “Si un hombre maltrata a su esposa otras personas ajenas a la familia deben intervenir”; el 42,9 % de la muestra se encuentra totalmente en desacuerdo con que “Lo que pasa en el espacio privado no es responsabilidad de las instituciones” y el 46,9 % de la muestra está de acuerdo con que “Los casos de tocamientos de glúteos o senos deben ser conocidos por las entidades del Estado”. En este último caso, también destaca que la sumatoria entre quienes están de acuerdo y totalmente de acuerdo representa el 79,6 % del total, lo que significa que hay una conciencia mayor de casos de violencia contra las mujeres que anteriormente no se reconocían como tales.

3. *Microsistema - Relaciones interpersonales*

3.1. *Ordenamiento patriarcal de las familias*

Tabla 21. *Análisis de frecuencia de la categoría “ordenamiento patriarcal de las familias”*

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Los hombres son la cabeza del hogar	6 (12,2 %)	8 (16,3 %)	9 (18,4 %)	16 (32,7 %)	10 (20,4 %)
Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja	2 (4,1 %)	4 (8,2 %)	4 (8,2 %)	21 (42,9 %)	18 (36,7 %)
El Estado debe hacer un esfuerzo para que las parejas permanezcan juntas a pesar de que haya violencia	3 (6,1 %)	1 (2 %)	4 (8,2 %)	17 (34,7 %)	24 (49 %)

Fuente: Elaboración propia

El 32,7 % de la muestra opina estar en desacuerdo con respecto a que “Los hombres son la cabeza del hogar”; el 42,9 % se encuentra en desacuerdo con respecto a que “Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja” y el 49 % de la muestra expresaron estar totalmente en desacuerdo con respecto a que “El Estado debe hacer un esfuerzo para que las parejas permanezcan juntas a pesar de que haya violencia”.

4. *Historias personales*

4.1. *Justificación de la violencia sobre la base de la historia personal*

Tabla 22. *Análisis de frecuencia de la categoría “justificación de la violencia sobre la base de la historia personal”*

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Hay casos de violencia de pareja en los que pareciera que a la mujer le gusta que le peguen	8 (16,3 %)	20 (40,8 %)	3 (6,1 %)	8 (16,3 %)	10 (20,4 %)
Solo las mujeres sin autoestima sufren de violencia	1 (2 %)	3 (6,1 %)	1 (2 %)	22 (44,9 %)	22 (44,9 %)

Fuente: Elaboración propia

El 57,1 % de la muestra se encuentra de acuerdo y totalmente de acuerdo con respecto a que “Hay casos de violencia de pareja en los que pareciera que a la mujer le gusta que le peguen”, este dato debe llamar la atención porque responde a uno de los estereotipos más arraigados en los casos de violencia contra las mujeres, que las señala como masoquistas, que les gusta que les peguen, sin entender el ciclo de la violencia, la pérdida de autoestima que puede tener una mujer que está sometida a agresión, así como un conjunto de factores socioculturales y económicos que pueden llevarla a mantenerse en una relación violenta y que nada tienen que ver con el deseo de ser agredida. Detrás de toda agresión, hay humillación, abuso e irrespeto, a ninguna mujer le gusta padecerlos, hay que crear conciencia y educar sobre este tema.

Es importante destacar que más del 80 % de las personas entrevistadas, se encuentran en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con respecto a que “Solo las mujeres sin autoestima sufren de violencia”, ya que supone entender que mujeres que se perciben como seguras de sí mismas y con autonomía personal y económica, también pueden padecerla, ya que el factor de riesgo es ser mujer.

5. Ruta crítica

5.1. Conciliación

Tabla 23. Análisis de frecuencia de la categoría “conciliación”

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, la acción que haría sería buscar que las partes concilien	7 (14,3 %)	28 (57,1 %)	1 (2 %)	7 (14,3 %)	6 (12,2 %)
Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, busca que el agresor salga de la casa	8 (20,4 %)	19 (18,4 %)	3 (6,1 %)	9 (38,8 %)	10 (16,3 %)

Ítems	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Frente a la conciliación en casos de violencia intrafamiliar, lo más importante es la unidad familiar, por esto es mejor conciliar	8 (16,3 %)	23 (46,9 %)	1 (2 %)	10 (20,4 %)	7 (14,3 %)
La conciliación con el agresor es inviable cuando la víctima corre peligro	21 (42,9 %)	16 (32,7 %)	0 (0 %)	4 (8,2 %)	8 (16,3 %)

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de esta categoría deben llamar la atención de las autoridades, ya que los datos muestran que la conciliación entre el agresor y la mujer víctima de violencia de género es una alternativa para solucionar los problemas de este tipo que se den en el contexto de una relación de pareja, sin que se entre a reflexionar que para que la conciliación sirva como método de resolución de conflicto, debe existir igualdad entre las partes, lo que resulta imposible en los casos de violencia de género, en virtud de las relaciones desiguales de poder.

El 71,4 % de la muestra se encuentra de acuerdo o totalmente de acuerdo con respecto a que “Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, la acción que haría sería buscar que las partes concilien”. También debe ser una alerta que 55,1 % no esté de acuerdo o totalmente en desacuerdo en sacar al agresor de la casa, sin entrar a analizar las posibles consecuencias para la víctima de continuar habitando la misma casa que este y no se considere que mantener la situación que generó la violencia, hace que el riesgo continúe y el hogar se convierte en el sitio más peligroso para las mujeres.

También, el 46,9 % opina estar de acuerdo con respecto a que “Frente a la conciliación en casos de violencia intrafamiliar, lo más importante es la unidad familiar, por esto es mejor conciliar”, dato que se compara con el hecho de que el 42,9 % de la muestra se encuentra totalmente de acuerdo con respecto a que “La conciliación con el agresor es inviable cuando la víctima corre peligro”.

En la mayoría de los ítems los mayores porcentajes se cargan hacia los niveles de desacuerdo, salvo para los ítems revertidos.

Tabla 24. Análisis inferencial

		Frecuencia	Global	Macrosistema - Contextos culturales	Profundización de los roles de género	Aprobación social del castigo físico hacia las mujeres	Menosprecio	Exosistema	Legitimación social de la violencia en razón de la pobreza	Separación del espacio público y privado	Microsistema - relaciones interpersonales	Historias personales	Ruta crítica de atención
Sexo	Femenino	39	0,14	0,35	0,53	0,93	0,37	0,07	0,03*	0,30	0,37	0,75	0,03*
	Masculino	10											
Área	Personal asistencial	26											
	Personal administrativo	23	0,05	0,08	0,41	0,02*	0,04*	0,12	0,32	0,38	0,05	0,96	0,36
Categoriza- ción IPS	Clínica	35											
	Hospital	14	0,56	0,41	0,11	0,48	0,74	0,43	0,88	0,38	0,88	0,14	0,70
Localidades Barranquilla	Suroccidente	9											
	Suroriente	10											
	Metropolitana Riomar	6 5	0,79	0,71	0,48	0,50	0,43	0,80	1,00	0,90	0,85	0,42	0,99
Naturaleza jurídica	Norte Centro Histórico	19											
	Pública	6											
	Privada	34	0,65	0,53	0,19	0,73	0,80	0,72	0,96	0,58	0,97	0,55	0,89
	Mixta	9											

P-valor: significativo mediante prueba wilcoxon para las variables sexo, área y tipo de IPS

Fuente: Elaboración propia

En el estudio se relacionaron las características sociodemográficas y cada una de las categorías del instrumento. Para lo cual se empleó para sexo, área y tipo de IPS la prueba Wilcoxon encontrándose p-valores significativos como se evidencia en la Tabla 24. Para las variables localidad y naturaleza jurídica se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis no encontrándose valores significativos.

Relacionada la característica sexo y las categorías “legitimación social de la violencia en razón de la pobreza”, y “ruta crítica de atención” se encontró un p-valor significativo equivalente a $p = 0,03^*$ para ambas relaciones. En el caso de la característica área y la categoría “aprobación social del castigo físico hacia las mujeres” se halló una relación significativa de $p = 0,02^*$ y con la categoría “menosprecio” un p-valor significativo de $p = 0,04^*$.

Entrevista

Se entrevistaron a 54 funcionarios de nueve Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Barranquilla, 27 corresponden a personal administrativo y 27 a personal asistencial. De la información arrojada por las entrevistas transcritas, se construyeron categorías y se realizó el correspondiente análisis organizando los datos de la siguiente manera: principal agresor de las mujeres, atención brindada a las mujeres víctimas de violencia de género, principal causa generadora de la agresión hacia las mujeres, conceptualización de la violencia contra la mujer por razones de género, conocimiento de la normatividad actual que garantiza a las mujeres una vida libre de violencias, detección de la violencia en mujeres, formación para la atención integral de la mujer, existencia en la IPS del protocolo de atención, registro de la información de las víctimas de violencia de género, rol del/la funcionario/a prestador/a de servicios de salud y propuestas de solución a la problemática.

Tabla 25. Análisis descriptivo de la categoría “Agresor”

CATEGORÍA = Agresor	
	Frec. (%)
Adictos	1 (1,7 %)
Estrato bajo	1 (1,7 %)
Familia	4 (6,7 %)
Hombre y mujer	2 (3,3 %)

Hombres	48 (80 %)
Mujeres	2 (3,3 %)
Personas mayores	1 (1,7 %)
Policías	1 (1,7 %)
Total	60 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 80 % de la muestra considera que los hombres son las personas que con mayor frecuencia agreden o maltratan a las mujeres.

Pues en el hospital siempre llegan, la mayoría son mujeres agredidas por la pareja, por el esposo, son pocos casos que vienen o que de pronto por el típico machismo el hombre no reporta estos casos, pero la mayoría son las mujeres que reportan esto. (Entrevista 74-G)

Definitivamente que los hombres, verdad, no cabe duda que ya hay grandes niveles en que ya las mujeres han optado formas de agredirse entre ellas, pero sigue siendo todavía en una estadística mayor que el hombre y sobre todo sus compañeros permanentes, son los que agreden a estas mujeres. (Entrevista 47-G)

Tabla 26. *Análisis descriptivo de la categoría “Atención”*

CATEGORÍA = Atención	
	Frec. (%)
Asistencial	5 (12,2 %)
Interdisciplinaria	25 (61 %)
No tienen competencia	4 (9,8 %)
Ruta de atención estatal	5 (12,2 %)
Solo psicología	2 (4,9 %)
Total	41 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

En relación con el tipo de atención brindada por las IPS, se destaca dentro del análisis de los datos, que el 61 % de la muestra considera que la atención a las mujeres víctimas de violencia de género brindada en sus instituciones ha

sido interdisciplinaria, al integrar las distintas áreas de la salud en pro de la mujer. A continuación, un ejemplo de una de las respuestas dada:

Pues si está en hospitalización, intervenimos de forma integral, el médico que es la persona encargada de evaluarla y trabajo social, una persona encargada de orientarla, denunciar si es el caso, orientarla más o menos como tiene que denunciar, ese es más o menos el trabajo de apoyo de trabajo social y psicología, brindarle el apoyo, el apoyo dependiendo de la situación, si está en crisis, si no está en crisis, cómo está, dependiendo esa, cómo esté la paciente y a nivel de las personas que vienen aquí a consulta externa se le da el apoyo, el apoyo familiar o el apoyo terapéutico dependiendo. (Entrevista 9G)

Cabe destacar que, en este punto, hay que profundizar para conocer realmente en qué consiste la atención interdisciplinaria de la cual hablan los/as prestadores/as de servicios, lo cual puede plantearse en futuras investigaciones.

Tabla 27. *Análisis descriptivo de la categoría “Causa”*

CATEGORÍA = Causa	
	Frec. (%)
Adicciones	9 (12,3 %)
Celos	12 (16,4 %)
Conflictos entre parejas	7 (9,6 %)
Culpa de la mujer	12 (16,4 %)
Débil accionar del Estado	3 (4,1 %)
Débil comunicación en la pareja	2 (2,7 %)
Dependencia económica	1 (1,4 %)
Discriminación de género	3 (4,1 %)
Falta de educación	4 (5,5 %)
Infidelidad	4 (5,5 %)
Machismo	7 (9,6 %)
Ordenamiento familiar	4 (5,5 %)
Pobreza	5 (6,9 %)
Total	73 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

En relación con las causas de la violencia, se puede apreciar que se señalan distintos factores, destacando que los mayores porcentajes (16,4 % en ambos casos) considera que la principal causa por la que agreden a las mujeres es por celos y por circunstancias provocadas por ellas mismas (culpa de la mujer). Este último dato es comparable con las respuestas dadas en la encuesta, en la que se señala que hay mujeres a las cuales les gusta ser golpeadas y esta debe llevar a las autoridades con competencia en la materia, a tomar medidas para erradicar estos estereotipos que se constituyen en barreras y obstáculos para la protección y garantía integral del derecho de las mujeres a una vida libre de violencias.

Pese a que la mayoría de las personas entrevistadas no visualiza las desigualdades como una causa de la violencia de género, destaca la respuesta de una de las personas entrevistadas en relación con este tema:

Sin lugar a dudas, el proceso que ellas manejan de que todavía no estamos en una igualdad de condiciones sociales, laborales, económicas, donde el hombre es el que lleva de pronto el sustento a la casa y del otro lado, la parte de que todavía en este país aunque hemos avanzado mucho no estamos en igualdad de condiciones, en cuanto al estudio, en cuanto a lo laboral, en cuanto a los mismos cargos en los entes administrativos, gubernamentales, verdad, pero se ha avanzado, esperemos que los gobiernos adopten unas posiciones donde la mujer tenga el equilibrio normal de lo que significa que en el mundo seamos iguales todos, un 50 y 50 %. (Entrevista 46G)

Tabla 28. *Análisis descriptivo de la categoría “Conceptualización”*

CATEGORÍA = Conceptualización	
	Frec. (%)
Acción injustificable	1 (2 %)
Acto contra voluntad	3 (5,9 %)
Agresión física	19 (37,3 %)
Discriminación	1 (2 %)
Enfermedad	1 (2 %)
Maltrato fines de dominio	3 (5,9 %)
Multifactorial	20 (39,2 %)
Violencia por ser mujer	1 (2 %)
Vulneración de derechos	2 (3,9 %)
Total	51 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se resalta dentro del análisis de los datos, que el 39,2 % de la muestra considera que la violencia de género es multifactorial porque afecta de varias formas el bienestar de la mujer: físico, sexual, psicológico, económico y social. No obstante, también cabe destacar que el segundo mayor porcentaje es la agresión física (37,3 %), lo que significa que se sigue viendo como violencia aquella que deja rastros físicos, lo que invisibiliza las secuelas a largo plazo que puede generar la violencia psicológica.

Es preciso alertar los bajos porcentajes obtenidos por la categoría discriminación (2 %) y vulneración de derechos (3,9 %), esto quiere decir que menos del 6 % visualiza la problemática como un asunto relacionado con los derechos humanos, lo que trae como consecuencia que no se concientice de las obligaciones que tienen como prestadores de un servicio público asociado al derecho a la salud, ya que la violencia de género ha sido declarada como problema de salud pública, como se indicó en páginas precedentes.

Es necesario que se den herramientas para el abordaje sociosanitario del problema de las violencias contra las mujeres, bajo un enfoque de derechos humanos.

Tabla 29. *Análisis descriptivo de la categoría “Conocimiento normatividad”*

CATEGORÍA = Conocimiento normatividad	
	Frec. (%)
Conoce	44 (44,4 %)
Desconoce	55 (55,6 %)
Total	99 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 55,6 % desconoce la normatividad actual en materia de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres. Este dato debe ser una alerta a las autoridades sobre la necesidad de informar, capacitar y sensibilizar a los/as funcionarios/as que tienen competencia en la ruta de atención integral de las violencias contra las mujeres, porque su desconocimiento genera desprotección y falta de garantías para las víctimas.

De las entrevistas, también resulta importante observar cómo la normatividad en esta materia se asocia a judicialización, lo cual fue revelado por la encuesta, sin que se tenga claro que la Ley 1257 de 2008, establece sanciones para los agresores, así como un conjunto de medidas obligatorias de distintos sectores, entre ellos el de salud.

Definitivamente eso tiene que nacer de la ley, tiene que nacer del Estado, verdad, la normatividad debe ajustar unos puntos que se deben apoyar desde todo punto de vista de los entes, desde la Fiscalía, desde la Procuraduría, desde las Cortes para que sean justos y equilibrados en cuanto a la pena de estas personas que se vuelven agresoras de las mujeres. (Entrevista 48G)

Si hay una ley, la ley es del año 2012, ahora mismo se me escapa cómo es el número de esa resolución para atención de violencia sexual, estoy totalmente de acuerdo con respecto a la nueva normatividad que existe, es más, pienso que todavía se queda corta, hay casos de violencia intrafamiliar que no penalizan inmediatamente al agresor y es una parte de revictimizar nuevamente a la mujer, yo creo que ya la justicia se quedó un poco corta con las penas. (Entrevista 103G)

Bueno, nosotros cumplimos con todo lo que es de ley, sí, desconozco exactamente punto por punto pero sí nos hacen capacitaciones muy continuas sobre el tema y creo que es la forma correcta de llevar a cabo y apoyar a las mujer en este tipo de situaciones porque ahí está amparada en la ley, cómo puede proceder ella ante este tipo de situación. (Entrevista 122G)

Así como se precisa la última de las personas entrevistadas (122G) les dan capacitaciones, habrá que revisar su calidad para asegurar que se conocen los derechos de las mujeres y las obligaciones que se tienen. Además, en los talleres, cursos y demás estrategias educacionales que se desarrollen, se debe incorporar la erradicación de los estereotipos de género, como se ha señalado anteriormente.

Tabla 30. Análisis descriptivo de la categoría “Detección”

CATEGORÍA = Detección	
	Frec. (%)
Indaga al paciente	29 (53,7 %)
Labor de psicología	1 (1,9 %)
Labor de trabajadora social	1 (1,9 %)
No se indaga	9 (16,7 %)
No se Indaga	2 (3,7 %)
Paciente informe	9 (16,7 %)
Sintomatología	3 (5,6 %)
Total	54 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 53,7 % de la muestra manifiesta que la detección de la violencia en las mujeres que acuden a la institución prestadora de salud a la cual pertenecen, se da porque el personal asistencial o administrativo indaga a la paciente durante la atención si ha sido víctima de violencia.

Es necesario que se mejoren las herramientas que maneja el personal porque las violencias contra las mujeres, como se ha señalado, tienen innumerables manifestaciones y de los datos podemos apreciar que solo en tres casos (5,6 %), fueron detectadas por la sintomatología de las víctimas. Hay que recordar que se trata de un tema que, pese a los avances, continúa siendo tabú y además, que en muchos casos, al estar la violencia “naturalizada”, las mujeres no la visualizan como un problema asociado con la salud, es por ello que un conocimiento sólido por parte del personal que presta sus servicios en las IPS redundará en beneficios para las mujeres.

Claro, o sea, primero pregunto cuál es el motivo de su consulta, dependiendo de lo que ella me diga, ahí comienzo a hacerle las preguntas respectivas, depende el caso, o a veces que les da pena de decirlo, pero generalmente ya uno está en estos puestos, uno como que por malicia o algo ya aprende como a conocer esos casos y les pregunto, las guío, o sea generalmente les doy consejos, que no se dejen maltratar y todas esas cuestiones. (Entrevista 50G)

Tabla 31. *Análisis descriptivo de la categoría “Formación”*

CATEGORÍA = Formación	
	Frec. (%)
Capacitación estatal	4 (6,9 %)
No capacitan	15 (25,9 %)
Personal seleccionado	5 (8,6 %)
Si capacitan	26 (44,8 %)
Solo personal administrativo	3 (5,2 %)
Solo personal asistencial	5 (8,6 %)
Total	58 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 44,8 % de la muestra sí recibe algún tipo de taller de información o capacitación respecto a la atención a las mujeres víctimas de violencia de género. No obstante, las otras respuestas obtenidas, también deben alertar sobre la necesidad de profundizar en los procesos de sensibilización, formación y capacitación, ya que un 25,9 % manifestó que no se capacita, pero otras personas señalaron que se capacitaba solo al personal administrativo (5,2 %) o solo al asistencial (8,6 %), cuando debe darse a todas las personas que tienen competencia y funciones en el contexto de la ruta de atención.

Tabla 32. *Análisis descriptivo de la categoría “Protocolo de Atención”*

CATEGORÍA = Protocolo de Atención	
	Frec. (%)
Activa personal asistencial	4 (7,5 %)
Aplicación Ley	1 (1,9 %)
Desconoce existencia	8 (15,1 %)
Existencia	27 (50,9 %)
Existencia solo violencia sexual	2 (3,8 %)
Inexistencia	6 (11,3 %)
Manejo personal seleccionado	2 (3,8 %)
Notificación entes competentes	3 (5,7 %)
Total	53 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 50,9 % de la muestra manifiesta que la institución donde prestan los servicios de salud cuenta con protocolos de atención que protegen a las mujeres víctimas de violencia de género, sin embargo, no estuvo planteado como objetivo de este estudio realizar un análisis y evaluación de dichos protocolos para conocer su idoneidad bajo un enfoque de derechos humanos y de género. Además, que exista no implica necesariamente que se aplique en todas las circunstancias, lo anterior se indica ya que de las respuestas a las preguntas de la entrevista, se puede apreciar que en algunas de las personas existe la visión de que el protocolo conlleva a la remisión de los casos a Bienestar Familiar, cuando en dichos protocolos deben establecerse los lineamientos y fases para la atención en el centro de salud, por parte del personal con competencia en esta materia.

Eh bueno, lo que pasa es que nosotros manejamos un protocolo, eh diferente a lo que se maneja de pronto con la parte del derecho, nosotros lo que se refiere a violencia intrafamiliar lo manejamos desde el Bienestar Familiar, ya, se pasa las remisiones a Bienestar Familiar y Bienestar Familiar se encarga de hacer el proceso como tal de hacer la investigación, nosotros nos encargamos únicamente de la atención física, ellos se encargan de la atención, eh ya trabajo social del ICBF se encarga de hacer la visita, ICBF se encarga de llevar la psicóloga, de estudiar todo el proceso como tal, pero que nosotros generemos desde aquí, nos encarguemos de hacer la denuncia no, porque no se puede, nosotros no podemos hacer la denuncia como tal, la denuncia la tiene que hacer la paciente, verdad, que fue la afectada, únicamente nos encargamos de hacer el reporte al ente que es ICBF en este caso. (Entrevista 22G)

Sí, está montado bajo las bases de unos programas de calidad que nosotros tenemos y está toda la información pertinente y están todos los protocolos a seguir en cuanto a estos casos, es una directriz importante de las directivas de la IPS donde se tienen unos programas activos con el respaldo del Bienestar Familiar, con el respaldo del Distrito, de Defensa a la Mujer, donde se tiene todo el andamiaje, toda la estructura para brindarle todo el soporte que ellas necesitan cuando se presenta un caso de estos, verdad y por supuesto la ley, la ley nos ampara, nos

cobija y se hacen los formatos y las denuncias pertinentes al respecto.
(Entrevista 39G)

Tabla 33. *Análisis descriptivo de la categoría “Registro información”*

CATEGORÍA = Registro información	
	Frec. (%)
Desconoce registro	6 (11,1 %)
En trámite de rutina	12 (22,2 %)
Estadística	5 (9,3 %)
No se registra	11 (20,4 %)
Registra personal administrativo	1 (1,9 %)
Registra personal asistencial	2 (3,7 %)
Registra trabajo social y psicología	3 (5,6 %)
Registra violencia sexual	1 (1,9 %)
Sí se registra	12 (22,2 %)
Total	54 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 22,2 % de la muestra aclara que en la institución en donde prestan los servicios de salud se lleva algún tipo de registro, o dentro de sus formatos de rutina se registran los casos de violencia contra las mujeres atendidos en esa IPS, pero también es importante indicar que el 20,4 % de la muestra señala que no se registran estos casos. Algunas de las personas entrevistadas, explicaron el proceso de registro:

Pues se llena una ficha, esta, la ficha, pues se vigila, nos da para llenarla que es sobre los datos de violencia de género, eso está la jefe de Epidemiología, que es la que se encarga de esa parte de reportarlo en caso de que ya haya pues algo mayor, pues ahí es donde directamente nos comunicamos ya con la policía que es la encargada de eso y también viene y se hace sus registros pues básicamente eso. (Entrevista 132 G)
Sí, si como te venía diciendo el formulario y eso lo maneja Trabajo Social, se le hace eso y se le coloca en la historia clínica, se custodia allá con la historia clínica pero sí se hace el formato y se llena. (Entrevista 185G)

Tabla 34. *Análisis descriptivo de la categoría “Rol del/la Funcionario/a”*

CATEGORÍA = Rol del/la Funcionario/a	
	Frec. (%)
Apoyo a los procesos	1 (1,8 %)
Atención administrativa y asistencia	1 (1,8 %)
Capacitarse para mejor servicio	1 (1,8 %)
Comunicación con el paciente	20 (35,1 %)
Denunciar	3 (5,3 %)
Gestión con entes competentes	17 (29,8 %)
Informar al paciente	7 (12,3 %)
No tiene competencia	6 (10,5 %)
Seguimiento y control	1 (1,8 %)
Total	57 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis de los datos, que el 35,1 % de la muestra afirma que el rol como funcionario/a prestador/a de salud con las mujeres víctimas de violencia de género es mantener una efectiva comunicación con la paciente, que permita crear una relación de confiabilidad para la atención y seguimiento de la mujer. Un 29,8 % señala que dentro de las funciones está la gestión ante los entes competentes.

Cabe destacar la respuesta de una de las personas entrevistadas que señala que se debe evitar la revictimización de la víctima, tema que resulta crucial para poder garantizar una atención idónea que respete la dignidad y los derechos humanos de la mujer maltratada.

En el Hospital Niño Jesús tratamos de no revictimizar a la paciente, entonces cuando llega una paciente, sea que la hallamos detectado aquí o sea que venga ya notificada, se hace la atención en conjunto, entonces el rol mío principalmente es lograr que la paciente tenga esa empatía contigo, te diga lo que le está pasando, guardarle su privacidad y su confidencialidad, pero brindarle la ayuda que ella necesita, orientarla donde tiene que ir y tratar de que eso que ella vivió no la siga afectando para que no se repita, nosotros tendemos a repetir los patrones, entonces si yo fui maltratada voy a maltratar y esa es la idea de que cuando llegues al Hospital y te hacen atención psicológica que vayas rompiendo esos patrones. (Entrevista 233G)

Tabla 35. Análisis descriptivo de la categoría “Solución”

CATEGORÍA = Solución	
	Frec. (%)
Accionar de entes estatales	5 (5,3 %)
Atención integral	5 (5,3 %)
Capacitar personal prestador de salud	3 (3,2 %)
Centros de atención a la mujer	1 (1,1 %)
Educación a la mujer	33 (34,7 %)
Educación a la sociedad general	18 (18,9 %)
Implementación protocolo	1 (1,1 %)
Mejorar comunicación con el paciente	4 (4,2 %)
Mejorar selección pareja	2 (2,1 %)
Mujer denuncie	8 (8,4 %)
No hay solución	2 (2,1 %)
Obligatoriedad del registro	1 (1,1 %)
Opciones de empleo a las mujeres	1 (1,1 %)
Orientación familiar	8 (8,4 %)
Sanciones más severas	1 (1,1 %)
Seguimiento y control	2 (2,1 %)
Total	95 (100 %)

Fuente: Elaboración propia

Se destaca dentro del análisis, que la mayoría de las respuestas dadas por las personas entrevistadas, como solución al problema de las violencias contra las mujeres, se concentran en el área de educación y capacitación: 56,8 % del total, repartidas en quienes piensan que se debe educar a la mujer (34,7 %); educar a la sociedad en general (18,9 %) y capacitar al personal prestador de salud (3,2 %). Las investigadoras que suscribimos este estudio reconocemos que este es un tema crucial para garantizar el derecho a una vida libre de violencias para las mujeres.

A continuación se presentan algunas de las respuestas dadas en relación con la categoría solución al problema de las violencias contra las mujeres, desde la educación:

A nivel de educación, definitivamente es educativo, porque es cambiar-

le la mentalidad, que la mujer sepa que si ella no quiere que le toquen el cabello, hablando de sexualidad, pero no, ellas piensan que como es el esposo tiene derecho a hacerlo, y está bien, no son pocas las que dicen no quiero y no quiero y no, ay, es que él quiso, es que él me obligó y si no le digo me pega, entonces, pero eso está bien porque yo entiendo que él tiene una necesidad, entonces es a nivel educativo totalmente. (Entrevista 13G)

Pues, lo primero es educar al paciente, educar a cada una de esas personas, pero vuelvo y te repito es difícilmente la educación con ellos, nosotros contamos con un programa que se llama *Caminantes de la Salud*, que cuando se presentan esos casos, ellos se encargan de dirigirse pues, a los hogares de esas personas y tratan de capacitar pues, a los miembros, pero muchos de ellos son apáticos a eso, casi la mayoría, cuando ven que de pronto llega un *Caminante de la Salud*, uy, mira que lo que pasa es que me dijeron que esto, que lo otro, que estuviste en el hospital, vamos a hablar acerca de eso, vamos a buscarle ayuda psicológica, vamos a buscarle ayuda por Trabajo Social, son apáticos, ¿qué hacen algunas? de pronto escuchando lo que nosotros les estamos diciendo aquí mientras están en el proceso que llegó, que llegó cortada, que llegó golpeada y pues se activa todo, la Psicóloga, Trabajo Social, sigue, ella hace la denuncia pero a los tres días ves tú que quitó la denuncia, entonces ya no puede generarse una nueva denuncia porque resulta que ella... (Entrevista 34G)

Yo pienso que empezando por el colegio, enseñándole a las niñas los derechos y en sí, qué es una agresión, porque a veces uno piensa que la agresión es pegar, pero la agresión la más fuerte es la verbal, porque ahí hablando, hablando, agrediendo, agrediendo verbalmente, ahí se van incendiando las cosas y ahí es donde empiezan, conlleva a lo físico, al maltrato físico. (Entrevista 100G)

Ahí dándole una buena educación, que una educación, todo parte de la educación realmente, porque de pronto no tanto ni del aspecto económico porque de pronto, este, ay no sé, o sea, o sea, o sea, o sea, dándole una buena asesoría, no sé, o sea, enseñándoles desde pequeños, uno

como madre a los hijos que no se dejen violentar por otra persona, que conozcan sus derechos, que se hagan respetar, o sea y parte de ahí y luego del Estado brindándole y ayudando a esa familia a que los hijos se puedan educar y no estén sumidos ahí dependientes de otras personas que económicamente para que luego los maltraten por cualquier cosa. (Entrevista 61G)

La siguiente respuesta, deja claro que se trata también de sensibilizar y de ir a las causas del problema:

Hay que sensibilizar, primero sensibilizar a la mujer de que no solamente es que el esposo te maltrate en la casa, empezando por la casa, que si el esposo no la deja salir, que si el esposo no le permite hacer, ser extrovertida ya estoy siendo violento, cierto, y que esa pareja debe tener apoyo psicológico, esa es la parte que debemos empezar desde la casa para que los hijos y todo el mundo, ya tengo claro que es que debemos evitar la violencia hacia la mujer, yo pienso que es lo ideal porque cuando estamos tratando ya aquí, ya tratamos la causa, tratamos lo que ya pasó, cuando me llega a mí una mujer que el esposo la golpeó porque estaba borracho o porque llegó y la agredió, ya yo voy a ver lo que pasó mas no estoy viendo la causa, de pronto tenemos hombres que son machistas y no permiten a la mujer ser, tiene la cómo es que es, la costumbre de quedarse callada y eso hay que modificarlo y eso lo debemos cambiar. (Entrevista 110G)

Desde las entidades con competencia en esta materia, debe aprovecharse la claridad de los/as funcionarios/as de las IPS sobre la educación y sensibilización como soluciones al problema, para elaborar y aplicar programas de formación, capacitación y sensibilización encaminados a erradicar este flagelo en la sociedad colombiana.

Conclusiones

La revisión de la normatividad nacional e internacional en materia de atención a las mujeres víctimas de violencia de género, refleja que este problema es antiguo, pero solo desde hace unas décadas se ha hecho visible en las legislaciones del mundo; los Estados han tratado durante años de demostrar que

sus políticas apuntan a la inclusión de las mujeres y a que estas disfruten de sus derechos en condiciones de igualdad, lo cual, pese a los avances existentes, está aún lejos de conseguirse, entre otras razones, porque las violencias contra las mujeres están muy presentes en las sociedades, realidad de la cual no escapa Colombia ni la ciudad de Barranquilla, como lo reflejaron los datos estadísticos incluidos en esta investigación.

Más reciente es el abordaje de las violencias contra las mujeres como un problema de salud pública y la necesidad de una atención integral que supere la visión de judicialización de los agresores como única alternativa, lo que sin duda es importante, pero es necesario visibilizar las necesidades de las mujeres víctimas, quienes generalmente requieren atención en el área de la salud y una protección integral de sus derechos.

Los resultados de este estudio arrojaron que una proporción importante de las personas que respondieron a las preguntas de la encuesta o de la entrevista, ponen el énfasis en el abordaje del problema desde la perspectiva de la administración de justicia, de la judicialización de los casos, por ello se requiere actuar para que se entienda que la protección integral, establecida en la Ley 1257 de 2008, regula las conductas delictivas, pero también un conjunto de medidas, entre estas las de atención, que son competencias de distintas entidades y áreas, incluida la salud.

La mayoría de los países se han declarado defensores de los derechos de las mujeres y responsables de brindar especial atención en salud a la mujer objeto de violencia a través de un servicio integral que identifique los problemas de salud que las afectan y en esa medida, que sus necesidades estén en el orden de prioridades de los planes de salud, falta que esto se materialice y que efectivamente se lleve a la práctica. Para lograrlo, hay dos cosas muy importantes, relacionadas con las y los agentes prestadores de servicios de salud: por un lado, que conozcan las medidas y la normativa existente para el abordaje de esta problemática y, por el otro, la existencia de protocolos de atención idóneos que efectivamente aborden las necesidades de las mujeres afectadas por este flagelo.

En relación con el conocimiento de la normativa para la atención de los casos de violencias contra las mujeres, que existe en Colombia y es completa,

integrada por la Constitución Política, tratados internacionales en materia de derechos humanos en general y derechos de las mujeres en particular, leyes emanadas del Congreso, reglamentos y decretos del Ejecutivo Nacional, así como los planes de desarrollo de las distintas entidades político-territoriales, entre otros, cabe destacar que más de la mitad de las personas consultadas para esta muestra, el 55,6 % del total, desconoce la existencia de esta normativa, ello se constituye en una barrera u obstáculo en la garantía del derecho a una vida libre de violencias para las mujeres, en la medida que no se saben cuáles son las competencias y obligaciones que se tienen desde el área donde se labora.

A ello hay que agregar que la mitad de la muestra, el 50,9 %, señaló que no existe un protocolo de atención para las mujeres víctimas de violencias de género. En relación con este punto, pueden darse varias interpretaciones: 1. Que el protocolo exista y parte del personal no lo conozca, lo que implica la necesidad de socializarlo y la obligación que tienen en esta materia las IPS; 2. Que exista y se esté aplicando, lo que lleva a plantearse si dicho instrumento está contemplando solamente la violencia sexual o también la física y aquella violencia más difícil de detectar, pero cuyas secuelas pueden ser las más duraderas: la psicológica. Esto es necesario delimitarlo ya que se observó a nivel nacional, que se han hecho importantes avances en la implementación de protocolos de salud para la atención de la violencia sexual, pero no ocurre lo mismo con la violencia física, ni mucho menos con la psicológica y, por último; 3. Asociado con el anterior, si existe el protocolo, su idoneidad para garantizar la protección integral de la salud de las mujeres víctimas de violencia de género. Como próximos pasos a seguir, se recomienda evaluar los protocolos existentes y, cuando sea necesario, adecuarlos a las necesidades de las mujeres, mediante un enfoque integral y de derechos humanos.

Es preciso advertir, además, sobre la necesidad de contar con datos estadísticos confiables que permitan cuantificar la magnitud del problema de las violencias contra las mujeres, asociado con la atención por las IPS, ya que de esa manera se pueden tomar las medidas pertinentes y elaborar políticas públicas adecuadas al problema que se pretende atender. En ese sentido, resulta preocupante que un 20,4 % del total de personas consultadas manifieste que en

la entidad donde trabaja, no se lleve registro de los casos de violencias contra las mujeres, ello genera subregistros, invisibilización y discriminación contra las mujeres porque sus necesidades no son tomadas en cuenta y eso afecta la atención que reciben.

Colombia otorgó competencia al Ministerio de Salud y Protección Social para reglamentar las guías de actuación de las instituciones de salud, incluir en el Plan Obligatorio de Salud las actuaciones pertinentes para la atención a las mujeres víctimas de violencia e incluir en los planes de desarrollo nacionales y territoriales el tema de la prevención e intervención integral en violencia contra las mujeres. Así mismo, se les otorgó a las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la facultad de emplear todas las medidas de atención necesarias que les garantice a las mujeres una vida libre de violencias.

La Alcaldía Distrital de Barranquilla a través de su Secretaría de Salud, manifiesta que viene trabajando para darle cumplimiento a lo que ordena la normatividad vigente en materia de promoción, prevención y atención de la violencia contra la mujer, motivo por el cual el 10 de julio de 2015, la Secretaría hizo el lanzamiento de la Ruta Integral de las Medidas de Atención a la Mujer Víctima, según la cual, las medidas de atención otorgadas por las Comisarías de Familia son recepcionadas y gestionadas a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE). Algunos datos de la actuación de la Secretaría de Salud del distrito de Barranquilla frente a la problemática son:

- En el año 2015 atendieron a 25 mujeres y en el año 2016 a 10 mujeres víctimas de violencia en el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE).
- En el año 2015 trasladaron a los albergues de paso a 14 mujeres y para el año 2016 a 11 mujeres.
- El Distrito no cuenta con un protocolo de atención para las mujeres víctimas de violencia de género.
- Las capacitaciones sobre la ruta de atención son dirigidas a un número específico de prestadores/as de salud, previa selección de la IPS.

El tema de las capacitaciones del personal de las IPS fue abordado en esta investigación, arrojando como resultado que el 44,8 % de la muestra manifes-

tó haber recibido algún tipo de taller de información o capacitación respecto a la atención de las mujeres víctimas de violencia de género. No obstante, las otras respuestas obtenidas, también deben alertar sobre la necesidad de profundizar en los procesos de sensibilización, formación y capacitación, ya que un 25,9 % reconoció que no se capacita, pero otras personas señalaron que se capacitaba solo al personal administrativo (5,2 %) o solo al asistencial (8,6 %), cuando debe darse a todas las personas que tienen competencia y funciones en el contexto de la ruta de atención.

Además, es preciso advertir que un taller de mediodía o una charla no son suficientes para el abordaje de un problema basado en relaciones desiguales de poder, que es estructural y que hunde sus raíces en patrones culturales y estereotipos de género que colocan a las mujeres en una posición de subordinación y desventaja social, por ello, en la formación al personal de las IPS, debe dársele herramientas teóricas para asegurar la protección integral que la mujer víctima de violencia requiere.

En relación con este último planteamiento, los fundamentos teóricos en torno a la atención en salud de las mujeres víctimas de violencia coinciden en contemplar que la figura de la mujer en la sociedad es necesario replantearla, al considerar que es importante despertar el interés de los prestadores/as de servicios de salud ante las necesidades particulares de la mujer, que no siempre estarán relacionadas con los problemas que afectan a los hombres, ni con las características hormonales de las mujeres o con su capacidad reproductiva.

Distintos/as autores/as coinciden en que el sector salud se debe desprender de la concepción del modelo de cuerpo humano y de enfermedad como sinónimo de masculinidad, se requiere deslastrarse de la concepción del hombre como referente o modelo universal de la humanidad, a lo que la mujer necesariamente debe ser igual y de lo contrario se sentencia al margen de “normalidad femenina”, que le otorga de manera simultánea desinterés, poca importancia y despreocupación por parte del sector salud, por el solo hecho de ser “mujer” con todo lo que esto implica en el abordaje de las violencias que padece por serlo.

En cuanto a las opiniones sobre la violencia de género, la aplicación del instrumento a los/as prestadores/as de servicios de salud refleja una diferen-

cia significativa en la opinión entre hombres y mujeres al considerar que la violencia contra las mujeres es más frecuente en los sectores más pobres de la ciudad, y la importancia que tiene la conciliación para el mantenimiento de la unidad familiar.

En lo concerniente con la conciliación en los casos de violencia de género, se trata de una creencia muy arraigada en los/as prestadores/as de servicios de salud, como lo reflejan los datos de este estudio, por ello, es preciso sensibilizar y concientizar en relación con las desigualdades de poder que se encuentran en la raíz de este tipo de violencia y que traen como consecuencia un conjunto de barreras u obstáculos que imposibilitan la conciliación entre la víctima agredida o maltratada y su agresor, ya que no hay paridad, ni hablamos de dos partes con circunstancias similares, por ello, una eventual conciliación puede estar dada, entre otras razones, por el miedo que la víctima le tiene a su agresor, por la naturalización de las violencias o a otras circunstancias que no tienen que ver con los presupuestos de este método de resolución de conflictos y que mal aplicado en estos casos, puede incluso incidir en los feminicidios.

Continuando con el tema de las representaciones sociales, este estudio pudo comprobar que existe claridad por parte de los/as prestadores/as de servicios de salud, en que la violencia contra la mujer no es un asunto solo de la pareja sino que, por el contrario, el Estado debe intervenir para garantizarle una vida libre de violencias, así opinó más del 80 % de la muestra, al señalar no estar de acuerdo o totalmente en desacuerdo con la afirmación “Lo que pasa en el espacio privado no es responsabilidad de las instituciones”.

Sin embargo, siguen existiendo ciertas creencias basadas en estereotipos de género que son preocupantes y que pueden incidir en la respuesta institucional a las violencias por parte de las IPS. Entre ellas destacan:

- El 46,9 % de las personas consultadas manifiestan estar de acuerdo y totalmente de acuerdo con la siguiente afirmación: “Las mujeres que se visten de manera provocativa se exponen”.
- El 57,1 % considera que “Hay casos de violencia de pareja en los que pareciera que a la mujer le gusta que le peguen”.
- El 40,8 % considera que “Los violadores son, por lo general, hombres que no pueden controlar sus instintos sexuales”.

- El 59,1 % de la muestra considera que “Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos”.

Estas respuestas arraigadas en representaciones sociales deben ser abordadas y trabajar por su transformación, de acuerdo a lo establecido en el artículo 5 del Comité de la CEDAW que señala:

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para: a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

Cuando se habla de modificación de patrones socioculturales, se asocia con educación y formación, solución seleccionada por la mayoría de las personas consultadas para acabar con las violencias contra las mujeres.

En definitiva, las soluciones a este problema deben ir encaminadas a la formación y concientización de la sociedad sobre el rol de la mujer y las consecuencias que el peso de la historia ha desbordado sobre su salud, trayendo consigo innumerables afectaciones de tipo físico, psicológico y emocional.

Los Estados deben replantear las medidas puestas en marcha para la erradicación de la violencia, ya que por años han incrementado las sanciones, han promulgado nuevas legislaciones, han otorgado a la mujer información sobre las rutas de atención, pero pese a ello, la violencia contra las mujeres sigue siendo hoy un problema de salud pública de grandes proporciones.

En materia de salud, es necesario que los/as prestadores/as de salud estén informados/as sobre las rutas de atención, para brindarle el acompañamiento que requiere el caso, contar con protocolos de atención y conocer el modo en que deben operar, lo que no surtirá efecto si sigue persistiendo la mentalidad de las representaciones sociales en torno al tema creando barreras que distancian el deber del/la funcionario/a con la paciente, que lo/la aíslan del problema sintiéndose sin la competencia para hacer parte de la solución, anclado a estereotipos de género que lo mantienen en la posición de que la mujer se encuentra en un ciclo del que nunca saldrá, que son asuntos netamente maritales en los que no debe entrometerse ya que son de tipo privado.

Vencer las representaciones que le han impedido a las mujeres gozar de una atención integral de salud acorde con sus necesidades, le permitirá dejar atrás el yugo que la historia le entregó, no siendo escuchada, no siendo valorada, y poco visible para la ciencia. Acabar con las representaciones sociales basadas en estereotipos de género permitirá formar una sociedad más equitativa y justa en camino a la prevalencia de los derechos humanos.

Referencias

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud (2008). *El derecho a la salud*. Folleto informativo N° 31. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- América Latina Genera (s.f.). *Derechos Humanos*. Recuperado de: http://www.americalatinagenera.org/es/documentos/tematicas/tema_derechos_humanos.pdf
- Araya Umaña, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. *Cuadernos de Ciencias Sociales*, 127. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Recuperado de: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>
- Arias, F. (2006). *El Proyecto de Investigación: introducción a la metodología científica*. 5ª edición. Caracas: Editorial Episteme.
- Ariza, G. (2011). *La violencia en las relaciones de pareja en Medellín y sus representaciones sociales*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Ariza, G. (2013). Las representaciones sociales de la violencia en las relaciones de pareja en Medellín en el siglo XXI. *CES Psicología*, 6(1), 134-158. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802013000100009&lng=en&tlng=es
- Arroyo Vargas, R. (s.f.). *Violencia estructural de género. Una categoría necesaria de análisis para los derechos humanos de las mujeres*. Recuperado de: <http://cidem-ac.org/PDFs/bibliovirtual/VIOLENCIA%20CONTRA%20LAS%20MUJERES/Violencia%20Estructural%20de%20Genero%20contra%20las%20Mujeres.%20%20Dra.%20Roxana%20Arroyo.pdf>

- Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Recuperado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- Bosch, E. (2007). *Violencia de género, algunas cuestiones básicas*. Jaén: Formación Alcalá S.L.
- Casas Anguita, J., Repullo Labrador, JR. & Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Atención Primaria*, 31(8), 527-538. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2010). *Guía para la incorporación de la Perspectiva de Género en Programas de Salud*. México D.F.: Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinterrelacionadosconelVIH/CENSIDA/GUIA_PERSPECTIVA_GENERO%20ssa.pdf
- Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL) y Universidad de Toronto (2008). *Amicus Curiae. Aplicación ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. Campo Algodonero: Claudia Ivette González, Esmeralda Herrera Monreal y Laura Berenice Ramos Monárrez en contra de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de: <http://cejil.org/sites/default/files/amicus-campo-algodonero-espl.pdf>
- Chulvi Ferriols, B. (2003). *El prejuicio hacia las minorías: El caso de los gitanos* (Tesis doctoral). Dirigida por: Juan Antonio Pérez Pérez. Universidad de Valencia, Valencia. Recuperado de: <http://mobiroderic.uv.es/handle/10550/38824>

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015). *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América*. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>
- Comité CEDAW (1992). *Recomendación General N° 19. La violencia contra la mujer*. 11° periodo de sesiones. Recuperado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>
- Comité CEDAW (2013). *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia*. Recuperado de: <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Observaciones-CEDAW-VII-VIII-Informe-Colombia.pdf>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). *Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>
- Congreso de la República de Colombia (1991). Constitución Política de Colombia, Bogotá D.C. *Gaceta Constitucional* No. 116 de 20 de julio de 1991. Recuperado de: http://www.senado.gov.co/images/stories/Informacion_General/constitucion_politica.pdf
- Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100 de 1993. *Diario Oficial* 41.148 del 23 de diciembre. Recuperado de: <http://www.alcaldia-bogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=274>
- Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122 de 2007. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
- Congreso de la República de Colombia (2008). Ley 1257 de 2008. *Diario Oficial* 47193 del 4 de diciembre. Recuperado de: <http://www.alcaldia-bogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34054>
- Congreso de la República de Colombia (2010). Ley 1414 de 2010. *Diario Oficial* 47890 del 11 de noviembre. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=40746#11>
- Congreso de la República de Colombia (2012). Ley 1542 de 2012. Recuperado de www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=48239

- Congreso de la República de Colombia (2012). Ley 1607 de 2012. *Diario Oficial* 48655 del 26 de diciembre. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=51040>
- Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, ONUMUJERES y AECID (2015). *Segunda medición del estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres. Informe final, 2015*. Recuperado de: <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Documents/Segunda-medicion-estudio-tolerancia-violencias-contra-mujeres.pdf>
- Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) (2013). CONPES 161. *Equidad de género para las mujeres*. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/161.pdf>
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y Técnicas de Investigación Social*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Diputación Provincial de Sevilla (s.f.). Guía sobre creación y funcionamiento de las comisiones locales de seguimiento contra la violencia de género. Recuperado de www.famp.es/racs/ramlvm/03%20documentos%20de%20consulta/guias/6%2006.pdf
- Dorado Caballero, A. (2015). *Construyendo la representación social de la diversidad afectivo-sexual* (Tesis Doctoral). Dirigida por: Santiago Pezera Izquierdo. Universidad de Girona, Girona. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/303044/tadc.pdf?sequence=6>
- Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONUMUJER) (s.f.). *Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas*. Recuperado de: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#sthash.6bhrHSP1.dpuf>
- Equidad Mujer (2015). *Segunda medición del estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres*. Bogotá.
- Facio, A. (1992). *Cuando el género suena cambios trae*. San José: ILANUD. Recuperado de: <http://www.fiscalia.gub.uy/innovaportal/file/2477/1/libro.pdf>
- Facio, A. & Fries, L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. *Academia Revista sobre enseñanza del Derecho de Buenos Aires*, 3(6), 259-294. Recuperado de: http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf

- Fernández Matos, D.C. (2012). *El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Estudios de Derechos Humanos y Género*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Flores Palacios, F. (2012). Representación social y género: una relación de sentido común. En N. Blazquez Graf, F. Flores Palacios & M. Ríos Everardo (Coord.), *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp.339-358). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Frías-Navarro, M.D. (s.f.). *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Valencia: Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Frías, L. & Hurtado, V. (2010). *Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe*. Serie Mujer y Desarrollo, N° 99. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina.
- Gallego, M. & García, L. (2011). *Experiencias exitosas. Mujeres que han roto el ciclo de violencia. Violencia basada en género en la relación de pareja*. Bogotá: ONUMUJERES.
- Gañán Echavarría, J.L. (2013). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Monitor Estratégico*, (3), 7-19. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/naturaleza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>
- Gaviria, E., López-Sáez, M. & Cuadrado, I. (Coords.) (2013). *Introducción a la Psicología Social*. 2ª edición. Madrid: Sanz y Torres.
- Gobernación del Atlántico (2016). *Plan de Desarrollo 2016-2019. "Atlántico Líder"*. Barranquilla: Autor. Recuperado de: http://www.atlantico.gov.co/images/stories/plan_desarrollo/plan_de_desarrollo_2016_2016_definitivo.pdf
- Guerrero, R., Gallego, A.I., Becerril-Montekio, V. & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), S144-S155. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es&tlng=es

- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ª edición. México: McGraw-Hill.
- Herrera, C., Rajsbaum, A., Agoff, C. & Franco, A. (2006). Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México. *Salud Pública de México*, 48(Supl. 2), S259-S267. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800006
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009-2014). *Masatugó N° 1. Forensis de Mujeres. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en mujeres en Colombia*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/2331290/Masatugo+2009-2014..pdf/1b5a8a14-ace6-46f3-ab7f-a947f042f005>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015). *Cifras estadísticas de la violencia contra la mujer*. Recuperado de: http://www.medicinalegal.gov.co/el-instituto/-/asset_publisher/4Of1Zx8ChtVP/content/cifras-estadisticas-de-violencia-contra-la-mujer-en-2015
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici, *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós. Recuperado de: <https://sociopsicologia.files.wordpress.com/2010/05/rsociales-djodelet.pdf>
- Lagarde, M. (1996). *El género: La perspectiva de género*. España: Editorial Horas y Horas.
- Martínez Benlloch, I. & Ortega Campos, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universitat de València.
- Mesa por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, Ley 1257 de 2008. *Cinco años después... II Informe de seguimiento a la implementación de la Ley 1257 de 2008*, 2013. Recuperado de: <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/informesddhh/Informe%20Ley%201257.pdf>

- Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente de España (s.f.). 3. *Representaciones sociales, estereotipos e identidad social*. Recuperado de: http://www.mapama.gob.es/ministerio/pags/biblioteca/fondo/pdf/87506_7.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2011). Decreto 4796 del 2011. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2011/Documents/Diciembre/20/dec479620122011.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Resolución 459 de marzo 6 de 2012, por la cual se adopta el Protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2014). *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>
- Moya, M. & Rodríguez-Bailón, R. (Coord.) (2011). *Fundamentos de la Psicología Social*. España: Ediciones Pirámide.
- Movimiento de Género Perspectiva de género. Recuperado de www.movimientosdegenero.com/articulos/perspectiva-de-genero
- Naciones Unidas (1995). *Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción. IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres*. Beijing (China), septiembre 1995. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Naciones Unidas (1993). *Declaración y Programa de Acción de Viena*. Recuperado de: http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf
- Observatorio de Asuntos de Género (2013). *Algunos factores asociados a la violencia contra las mujeres afrodescendientes, negras, raizales y palenqueras (ANRP) Colombia 2012-2013*.
- Observatorio de Humanas: Mujeres, Paz y Seguridad (2013). Boletín No. 2 Estadísticas sociodemográficas, información regional. Atlántico, Barranquilla.

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2013). *Estudio mundial sobre el homicidio. Resumen ejecutivo*. Recuperado de: http://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/GLOBAL_HOMICIDE_Report_ExSum_spanish.pdf
- Okuda Benavides, M. & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(1), 118-124. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a08.pdf>
- Organización de Estados Americanos (1994). *Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ"*. Recuperado de: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Organización Mundial de la Salud (2006a). *La Constitución de la Organización Mundial de Salud*. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2006b). *Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Nota descriptiva. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud (2013a). *Salud y Derechos Humanos*. Nota descriptiva N° 323. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2013b). *Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es "un problema de salud global de proporciones epidémicas"*. Recuperado de: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Salud y derechos humanos*. Centro de prensa. Recuperado de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/
- Orozco, M., Valdés, L., Fuentes, N., García, J. & Orozco A. (s.f.). *Ruta crítica y percepción de la violencia intrafamiliar contra la mujer en el Consejo Popular "Los Maceo"*. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

- Osborne, R. (2009). *Apuntes sobre violencia de género*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Pedrero Nieto, M. (2012). Metodología cuantitativa para reforzar estudios cualitativos. En N. Blazquez Graf, F. Flores Palacios & M. Ríos Everardo (Coords.), *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp.239-270). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2012). *Barranquilla. Informe sobre el estado de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Estado de avance 2012. Recuperado de: http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm_barranquilla.pdf
- Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS (2000). La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudios de caso de diez países.
- Reyes, E. (2015). La cruzada para detener los ataques de ácido en Colombia. *El País*, Bogotá, 20 de junio de 2015. Recuperado de: http://internacional.elpais.com/internacional/2015/06/20/actualidad/1434753951_855089.html
- Rizo, M. (2006). Conceptos para pensar lo urbano: el abordaje de la ciudad desde la identidad, el habitus y las representaciones sociales. *Bifurcaciones*, (6). Recuperado de: <http://www.bifurcaciones.cl/006/Rizo.htm#autor>
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*, VIII(30), 95-145. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/159/15903007.pdf>
- Ruta pacífica de las mujeres (2013). *La verdad de las mujeres. Víctimas del conflicto armado en Colombia*. Resumen. Recuperado de: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/Paz/undp-co-resumenlaverdaddelasmujeres-2013.pdf>
- Sabino A., C. (1986). *El proceso de investigación*. Caracas: Editorial Panapo.
- Salber, P., Varela Portela, M.J. & Taliaferro, E. (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario: cómo hacer las preguntas correctas y reconocer el mal trato: ... otra forma de salvar vidas*. Barcelona: Cedecs.

- Scott Polsky, S. & Markowitz, J. (2006). *Atlas en color de violencia doméstica*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Shum, G., Conde, A. & Portillo, I. (2006). *Mujer, discapacidad y violencia: el rostro oculto de la desigualdad*. Serie Estudios, N° 93. Madrid: Instituto de la Mujer. Recuperado de: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/discapacidadViolencia.pdf>
- Sisma Mujer. Boletín especial 25 de noviembre, 2014. Recuperado de: <http://www.sismamujer.org/wp-content/uploads/2014/11/Boletin-Especial-25-noviembre-2014.-La-erradicacion-de-las-violencias-en-contra-de-las-mujeres-y-las-ni%C3%B1as-el-paso-definitivo-hacia-la-paz.pdf>
- Universidad César Vallejo y Universidad Señor de Sipán (s.f.). *Los métodos mixtos*. Recuperado de: https://www.slideshare.net/Bernachi/los-metodos-mixtos?from_action=save
- Valcárcel, A. (2009). *Feminismo en el mundo global*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

(Resolución 8430 de octubre 4 de 1993)

Título del Proyecto: Las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres por parte del personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla.

Investigador principal: María Nohemí González Martínez.

Coinvestigadora: Dhayana Fernández Matos.

Joven investigador Colciencias: Paula Andrea Márquez Vásquez.

Grupo de investigación: Estudios de Género, Familias y Sociedad, categoría A Colciencias.

Entidad patrocinadora: Colciencias - Universidad Simón Bolívar.

Personal (directivo, administrativo o sanitario): Estamos invitándolo a participar en un proyecto de investigación titulado “Las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres por parte del personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla”; donde la institución a la cual usted pertenece ha sido seleccionada para participar, sin embargo es usted quien decide si acepta participar o no, debe conocer y comprender los siguientes puntos en el proceso conocido como consentimiento informado. Usted tiene toda la libertad para preguntar sobre cualquier punto que no le sea claro de tal forma que pueda establecer si desea participar o no en este proyecto de investigación. En caso de aceptar, deberá firmar la carta adjunta, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Objetivo del estudio: El objetivo de la investigación es analizar las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres que tiene el personal prestador de servicios de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla.

Justificación: Este proyecto es relevante debido a que existe evidentemente una necesidad urgente de mejorar la atención en salud como un problema de carácter prioritario, donde se efectúe una intervención efectiva para la prevención, la detección y la adecuada atención a las mujeres víctimas de

violencia de género, teniendo en cuenta que causa afectaciones que generan vulnerabilidad en las mujeres con tendencia a problemas de salud a corto, mediano y largo plazo.

Procedimientos: En caso de que usted acepte participar en el estudio, se le hará una entrevista que tendrá una duración entre 30 a 45 minutos, y posterior a ello una encuesta que se enviará por correo electrónico donde se abordarán preguntas relacionadas con el conocimiento, prácticas y actitudes para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género, se desarrollarán las siguientes temáticas:

- Identificación de las representaciones sociales que tiene el personal administrativo y sanitario de las IPS de la ciudad de Barranquilla con relación a las mujeres víctimas de violencia de género.
- Identificación de los procedimientos, prácticas y actitudes para la atención prioritaria a la mujer víctima de violencia de género.
- Percepciones sobre los principales impedimentos para el ejercicio y cumplimiento de la competencia otorgada por la Ley 1257 de 2008.
- Conocimiento sobre la normativa a aplicar en los casos de violencia contra las mujeres.

Beneficios del estudio: Con este estudio se podrá conocer las representaciones sociales en torno a las violencias contra las mujeres con enfoque de género, teniendo en cuenta las actitudes, prácticas y conocimientos acerca del tema, estudiar el alcance de la normatividad existente que regula la materia, la influencia en la respuesta institucional brindando así mayor claridad sobre la actual atención, detección y prevención que se les brinda a las mujeres víctimas de violencia en la ciudad de Barranquilla.

Riesgos para salud: Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, se clasifica en la categoría de una investigación con riesgo mínimo, debido a que la principal molestia que podrían recibir los/as entrevistados/as, es que no deseen abordar los temas o por el contrario, manifiesten algún tipo de resistencia al tema.

Aclaraciones: Su decisión de participar en el estudio es voluntaria, no existe ninguna consecuencia negativa hacia usted en el caso de no aceptar

participar; en caso de aceptar, usted podrá retirarse cuando así lo desee, informando las razones de su decisión, las cuales serán absolutamente respetadas. Al participar en el estudio usted no tendrá que realizar ningún tipo de gasto, estos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación, además, no recibirá ningún tipo de pago por su participación. Durante el transcurso del estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo a las investigadoras responsables. Los resultados obtenidos en el estudio son confidenciales, respetando la identidad de la persona y serán divulgados y publicados a la comunidad respetando su identidad y privacidad.

Si no tiene dudas al respecto y acepta la participación, lo/la invitamos a firmar la Carta de Consentimiento Informado adjunta a este instructivo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Yo, _____

Personal (directivo, administrativo y/o sanitario) prestador de servicios de salud _____

He recibido la información correspondiente al proyecto de investigación “Las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres por parte del personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla”; y mis inquietudes han sido respondidas de manera satisfactoria. Acepto participar en el estudio.

Firma del Entrevistado

PARA SER DILIGENCIADO POR LA INVESTIGADORA

Certifico que he explicado a:

La naturaleza y los propósitos de la investigación; explicando los beneficios de su participación. He contestado sus preguntas e inquietudes y aclarado toda duda existente al respecto. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma de la investigadora

Fecha

CUESTIONARIO DE ENTREVISTA

Proyecto: “Las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres por parte del personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla”.

Entrevistadora: Paula Márquez Vásquez

En primer lugar, queremos agradecerle su colaboración con este proyecto que busca conocer las opiniones que tiene el personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla sobre las violencias contra las mujeres, con el fin de realizar un diagnóstico que contribuya con el ejercicio del derecho a una vida libre de violencias de las mujeres y niñas de Barranquilla.

A continuación, le haremos un conjunto de preguntas, algunas abiertas, así que siéntase con la libertad de decir lo que piense y de hecho puede agregar algún comentario sobre las violencias contra las mujeres que no se haya señalado expresamente en el cuestionario, y otras cerradas, en las cuales se le dirá las categorías que puede seleccionar.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Género:

a) Mujer _____

b) Hombre _____

2. La IPS en la cual trabaja es:

a) Pública _____

b) Privada _____

3. Usted es personal:

- a) Administrativo _____ Señale su cargo: _____
b) De salud _____ Señale su cargo _____

4. Tiempo que tiene usted de experiencia laborando en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):

- a) 6 meses a 1 año _____
b) 1 a 3 años _____
c) 4 a 6 años _____
d) 7 a 9 años _____
e) 10 o más años _____

CONOCIMIENTO SOBRE LAS LEYES Y MECANISMOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN CONTRA LAS MUJERES

5. ¿Cuáles son las razones más comunes por las que acuden mujeres al servicio de las IPS?
6. En algún momento, en los procedimientos de rutina, ¿se indaga si las mujeres que acuden a la IPS, son víctimas de violencia de género?
7. ¿Conoce usted alguna ley y/o mecanismo del Estado colombiano que proteja las mujeres de las violencias de género? Si los conoce, ¿cuál es su opinión al respecto? Explique.
8. ¿La IPS posee protocolos y/o estándares para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género?
9. ¿Recibe el personal administrativo y sanitario algún tipo de taller de información o capacitación respecto a la atención de las mujeres víctimas de violencia de género?
10. ¿Ha detectado o atendido directamente a alguna mujer víctima de violencia de género en los últimos tres meses? Si la respuesta es afirmativa, ¿puede mencionar los tipos de violencia contra las mujeres que ha atendido?, ¿son daños psicológicos, físicos, sexuales o de otro tipo? Por favor explique.

11. ¿Existe algún formulario o registro, o se lleva alguna estadística de los casos de violencia contra las mujeres atendidos en esa IPS?
12. ¿Qué tipo de servicios presta la IPS a las mujeres víctimas de violencia contra la mujer?, ¿cuál es su opinión sobre el servicio prestado?
13. La Ley 1257 de 2008 que establece normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, establece unas obligaciones para las IPS. ¿Usted conoce estas disposiciones?, de ser afirmativa su respuesta, ¿puede darnos su opinión al respecto?

OPINIONES SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

14. ¿Cómo definiría usted la violencia contra las mujeres basada en el género?
15. ¿Considera usted que las violencias contra las mujeres es un problema que está presente en la ciudad de Barranquilla?
16. ¿Cómo cree usted que se mejoraría la atención a las mujeres víctimas de violencia de género?
17. ¿Cuáles cree usted son los motivos y/o causas de la violencia de género contra las mujeres?
18. ¿Quiénes cree usted son las personas que más frecuentemente agreden o maltratan a las mujeres?
19. ¿Cómo se podría prevenir o evitar la violencia de género contra las mujeres?
20. ¿Cuál considera usted es su rol ante las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a la IPS?

CUESTIONARIO

CASO N° _____

La siguiente encuesta tiene como objetivo describir las representaciones sociales de las violencias contra las mujeres por parte del personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla y su influencia en la respuesta institucional.

El uso de esta información es para fines investigativos y garantizamos su completa confidencialidad. Agradecemos su sinceridad al momento de responder las preguntas.

Sexo: F () M () Edad: _____

IPS: _____

Cargo: _____

Instrucciones:

A continuación encontrará algunas afirmaciones, lea atentamente cada frase sobre algunos temas relacionados con hombres y mujeres, en las cuales se presentan cinco posibilidades de elección y van desde totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Señale con una “X” el valor que mejor considere apropiado.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Totalmente de Acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo

Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus mujeres	1	2	3	4	5
No me gusta cuando veo un hombre con actitudes femeninas	1	2	3	4	5
Los hombres siempre están listos para tener sexo	1	2	3	4	5

Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos	1	2	3	4	5
El papel más importante de las mujeres es cuidar de su casa, cocinar y cuidar a su familia	1	2	3	4	5
Una mujer está completa y se realiza solo cuando tiene hijos e hijas	1	2	3	4	5
Las mujeres son las que deben cuidarse para no quedar embarazadas	1	2	3	4	5
Se justifica pegarle a una mujer cuando ha sido infiel	1	2	3	4	5
Si las mujeres conservaran su lugar serían menos agredidas por sus parejas	1	2	3	4	5
La mujer que desea mantener unida a su familia aguanta la violencia del marido	1	2	3	4	5
Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta	1	2	3	4	5
Las mujeres celosas buscan que las maltraten	1	2	3	4	5
Al tema de las violencias contra las mujeres se le da más importancia de la que merece	1	2	3	4	5
Por lo general, las mujeres exageran los hechos de violencia	1	2	3	4	5
La violencia de pareja tiene menos impacto que la violencia contra los niños, niñas y adolescentes	1	2	3	4	5
Las mujeres que se visten de manera provocativa se exponen a que les falten el respeto	1	2	3	4	5
Si una mujer no opone resistencia, no se puede decir que fue una violación	1	2	3	4	5
Todos los hombres son propensos a ser agresores	1	2	3	4	5
Los violadores son, por lo general, hombres que no pueden controlar sus instintos sexuales	1	2	3	4	5
Con apoyo los agresores pueden superar sus problemas de agresión	1	2	3	4	5
Todos los agresores deben ser judicializados	1	2	3	4	5
La violencia contra las mujeres es más frecuente en los sectores más pobres	1	2	3	4	5
Los problemas familiares solo deben discutirse con miembros de la familia	1	2	3	4	5
Si un hombre maltrata a su esposa otras personas ajenas a la familia deben intervenir	1	2	3	4	5
Lo que pasa en el espacio privado no es responsabilidad de las instituciones	1	2	3	4	5
Los casos de tocamientos de glúteos o senos deben ser conocidos por las entidades del Estado	1	2	3	4	5
Los hombres son la cabeza del hogar	1	2	3	4	5
Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja	1	2	3	4	5
El Estado debe hacer un esfuerzo para que las parejas permanezcan juntas a pesar de que haya violencia	1	2	3	4	5

Hay casos de violencia de pareja en los que pareciera que a la mujer le gusta que le peguen	1	2	3	4	5
Solo las mujeres sin autoestima sufren de violencia	1	2	3	4	5
Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, la acción que haría es buscar que las partes concilien	1	2	3	4	5
Si está en sus manos resolver un caso de violencia de pareja, busca que el agresor salga de la casa	1	2	3	4	5
Frente a la conciliación en casos de violencia intrafamiliar, lo más importante es la unidad familiar, por esto es mejor conciliar	1	2	3	4	5
La conciliación con el agresor es inviable cuando la víctima corre peligro	1	2	3	4	5

CAPÍTULO II
Análisis y Conceptualización desde un Enfoque de Género
de la Medición y Caracterización Multidimensional
de la Feminización de la Pobreza en el Distrito de Barranquilla

Andrés Mauricio Ahumada Montaña

María Nohemí González Martínez

Dhayana Fernández Matos

Universidad Simón Bolívar

Convocatoria 673 de 2014 Colciencias

“Formación de Capital Humano de Alto Nivel
para el Departamento del Atlántico”, 2017

Introducción

Las desigualdades de género, abordadas desde las diferentes perspectivas, incluyen trabajos recientes relacionados con la pobreza que afecta a las mujeres en el contexto local, regional, nacional e internacional. En este sentido, los diversos trabajos e instrumentos realizados por organizaciones multilaterales, como la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), han estudiado la problemática en aras de ofrecer herramientas cuantificables que aporten en la construcción de políticas públicas para el pleno desarrollo de la mujer.

En la presente investigación, el objetivo central es caracterizar y presentar en las cinco zonas de la ciudad de Barranquilla una primera aproximación de las actividades no remuneradas que realizan las mujeres, aplicando una versión modificada de la encuesta del uso del tiempo para América Latina y el Caribe diseñada por la CEPAL, con la finalidad de que esta investigación, de carácter exploratorio, sirva de antecedente para el desarrollo de políticas públicas que consoliden procesos reales de cambio e igualdad para un pleno escenario de bienestar incluyente.

Con la presente investigación se reafirma el compromiso adquirido por la Universidad Simón Bolívar y el grupo de investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad, en contribuir en la construcción real de políticas públicas encaminadas a disminuir la brecha entre hombres y mujeres, así como la pobreza de género que afecta a mujeres, quienes aparte de las actividades remuneradas en materia laboral fuera del hogar, asumen la responsabilidad de cuidar y atender a otros miembros del hogar, así como actividades de tipo doméstico no remuneradas.

Planteamiento del problema

En Colombia existen diferencias de género que se evidencian en indicadores sociales de ocupación, pobreza, violencia, educación y salud, que muestran en algunos casos, grandes disparidades de exclusión y discriminación social de la mujer, las cuales se reflejan en obstáculos al desarrollo de sus capacidades y en el impedimento en el goce de los derechos humanos y en el libre ejercicio de la ciudadanía.

A pesar de que se observa una tendencia nacional en la disminución de la pobreza monetaria donde “entre el 2014 y el 2015 la pobreza monetaria en Co-

lombia presentó una reducción del 28,5 % al 27,8 %” (*El Portafolio*, 2016), e incluso el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) donde “En el año 2015, se redujo en 1,7 puntos porcentuales el Índice de Pobreza Multidimensional, IPM, equivalente a 700 mil personas. En 2014 fue de 21,9 % y en 2015 pasó a 20,2 %” (DANE, 2015), no se evidencia una tendencia a cerrar la brecha entre la pobreza femenina y la pobreza masculina, la cual se considera alta teniendo en cuenta que el trabajo no remunerado no solo obstaculiza el desarrollo de las mujeres, sino que además dejan de percibir recursos esenciales para mantener el hogar y/o formarse profesionalmente.

El estudio de las pautas en cuanto a la asignación de tareas según los géneros, el cuidado infantil, el cuidado de los miembros de la familia, el cuidado de los mayores, el cuidado del hogar, el cuidado de la salud, el cuidado emocional, la gestión económica de la precariedad, son ocupaciones que deben estudiarse como ejes de análisis para la medición y caracterización multidimensional de la feminización de la pobreza en el Caribe colombiano.

La pobreza femenina no es únicamente un problema económico, o de falta de ingresos, es también un problema cultural, una de las causas principales en las que se materializa este fenómeno consiste en la norma de asignación casi exclusiva de las labores de “cuidado en el hogar” a las mujeres. Se necesita estudiar esta dimensión cultural de la pobreza expresada en la medición del tiempo dedicado al “cuidado” y proponer políticas dirigidas simultáneamente a las dimensiones económicas y culturales de la pobreza (Téllez, 2001).

Las transformaciones en el trabajo remunerado, como consecuencia de la globalización de las actividades económicas, y el incremento de la participación femenina en el mercado laboral son dos factores que obligan actualmente a investigar la carga total de trabajo remunerado y no remunerado que realizan mujeres y hombres. Carga que se ha incrementado en la población femenina y que la hace más vulnerable a procesos de empobrecimiento. Para medirla, se han manejado las encuestas del uso del tiempo.

Las encuestas sobre uso del tiempo comienzan a implementarse bajo distintas modalidades principalmente en los países desarrollados de Europa en el último tercio del siglo XX frente a la demanda de investigación social y sociológica ocasionada por los cambios en la estructura

demográfica, la expansión de actividades de ocio y el interés de los medios de comunicación por análisis de audiencia según franjas horarias. También cumplieron un papel fundamental las demandas feministas y de otros actores de la agenda de género a nivel internacional que cuestionaron el uso exclusivo de las variables relativas al trabajo remunerado y los ingresos destacando la importancia de la medición del trabajo doméstico en los hogares como aporte sustantivo a las economías de los países industrializados. Estos estudios se incorporaron a las mediciones de índole social y medían el tiempo dedicado al trabajo remunerado, no remunerado, los cuidados, la educación, la cultura. Para las Ciencias Sociales y la Estadística significó una ruptura en la forma tradicional de medir el trabajo exclusivamente centrado en lo mercantil. (Aguirre & Ferrari, 2014, pp.13-14)

Entre los países que han realizado estas encuestas del Uso del Tiempo en América Latina están: Argentina (INDEC, 2013), Bolivia (INE, 2010), Brasil (Cunha, 2009), Chile (INE, 2010), Colombia (DANE, 2012a), Costa Rica (CEPAL, 2012b), Ecuador (INEC, 2012), El Salvador (CEPAL, 2010), Guatemala (INE Guatemala, 2012), Honduras (CEPAL, 2009), México (INEGI, 2012), Nicaragua (INEC, 1998), Panamá (INEC, 2011), Perú (INEI, 2010), República Dominicana (Araya, 2003), Uruguay (INE, 2013) y Venezuela (INE, 2012).

Estos antecedentes de medición del uso del tiempo robustecen la justificación para realizar este proyecto, ya que en el contexto de Barranquilla, no se había realizado un estudio sobre cómo se distribuyen las tareas y actividades no remuneradas dentro del hogar, de manera que esta investigación busca conocer cuál es la situación. Por lo anterior, la presente investigación se centra en indagar y responder los siguientes interrogantes para el distrito de Barranquilla:

- ¿Quién realiza las actividades de trabajo de cuidado y no remunerado en el hogar?
- ¿Cómo se distribuyen dichas actividades entre los miembros de la familia?
- ¿Son las mujeres quienes realizan las actividades de cuidado y trabajo no remunerado en el hogar?

- ¿Realizan las mujeres trabajo voluntario no remunerado para otros hogares?
- ¿Las mujeres cuentan con el tiempo y disposición para sus cuidados personales?

Justificación

En la medida que se reflexione acerca de las ventajas y desventajas de las metodologías empleadas para la medición de la pobreza desde una óptica de género y una dimensión de cohesión social, será posible desarrollar investigaciones, formular recomendaciones y emprender acciones efectivas de política pública de combate a la pobreza.

Trabajos especializados en pobreza y género, como los de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), han contribuido al desarrollo de reflexiones sobre la necesidad de incorporar las preocupaciones de género en el tema de la pobreza, algunas de ellas han sido específicas al sugerir un camino metodológico a seguir para medir la pobreza de manera multidimensional, incorporando específicamente las desigualdades de género (CEPAL). Sin embargo, hasta ahora, las encuestas y otras fuentes de información utilizadas para elaborar mediciones de pobreza, no contemplan las preocupaciones de género, ni la percepción y representaciones de las voces de las mujeres, razón por la cual dichas medidas han ignorado la carga que la pobreza significa para las mujeres. En ese sentido, se hace necesario realizar estudios que muestren la desigualdad en el acceso y control de los recursos de todo tipo por parte de las mujeres, así como las formas más graves de vivir en la pobreza.

La realización de este estudio en la ciudad de Barranquilla se justifica porque se trata de aplicar una encuesta que ha sido ya validada en contextos nacionales e internacionales, a la cual se le harán unas modificaciones de acuerdo a los objetivos de la investigación, pero que pretende dar a conocer la manera como se distribuyen las tareas en el hogar y el tiempo que las mujeres dedican a actividades de crecimiento y cuidado personales.

Adicionalmente, por parte de la ciudad existe un desconocimiento de quiénes son las personas encargadas de desarrollar las actividades no remuneradas del hogar, razón por la cual se hace indispensable su aplicación para la reco-

lección de información que permita incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres a través del desarrollo de políticas públicas, al ser un mecanismo de medición de la pobreza que disminuya las desigualdades y genere oportunidades.

Objetivos

Objetivo General

Analizar, mediante la encuesta de Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL), ajustada y modificada, la distribución del trabajo del hogar no remunerado, que realizan las mujeres de las cinco zonas de la ciudad de Barranquilla.

Objetivos Específicos

- Identificar las actividades no remuneradas del hogar que realizan las mujeres en las cinco zonas de la ciudad de Barranquilla.
- Establecer las actividades no remuneradas de cuidado y atención a miembros del hogar que realizan las mujeres en las cinco zonas de la ciudad de Barranquilla.
- Presentar las actividades más comunes que realizan las mujeres con relación a los cuidados personales en las cinco zonas de la ciudad de Barranquilla.

Antecedentes

Las recientes investigaciones sobre los cuidados familiares han realizado aportes fundamentales en el análisis de la condición de las mujeres en situación de pobreza y la interpretación de los datos que miden esa problemática. Los análisis, utilizando el enfoque de género, han permitido examinar las condiciones de inserción social diferenciada de mujeres y hombres y las valoraciones culturales que acompañan esta inserción (Arriagada, 2005).

Además, estas investigaciones han planteado nuevas dimensiones y retos a las políticas públicas al incorporar el cuidado como un campo de la agenda pública, el cual exige ser abordado fuera del enfoque de las políticas de beneficencia. El área del cuidado estudia la producción de servicios en los hogares

que son la base de la reproducción de la vida y bienestar de sus integrantes, asimismo, identifica el valor económico de esta actividad y su aporte al Producto Interno Bruto (PIB) de los países, y finalmente propone políticas de redistribución del cuidado en la sociedad (Esquivel, 2015).

En Colombia la estimación de las necesidades de políticas de cuidado se sustenta en los siguientes datos de pobreza femenina y sus vinculaciones con la participación de las mujeres en las actividades económicas remuneradas y no remuneradas, así como con las características de los grupos familiares.

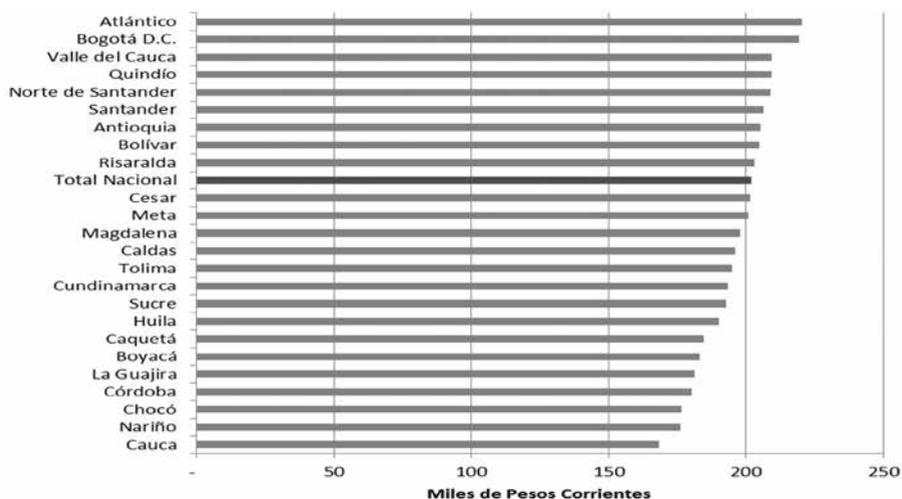


Gráfico 1. Línea de pobreza por departamentos y Bogotá D.C., 2012

Fuente: DANE, cálculos con base GEIH¹

Según los indicadores de pobreza monetaria presentados por el DANE (2012b) en su informe de género 2011, las mujeres presentan mayores porcentajes de pobreza relativa y extrema frente a los porcentajes de pobreza de los hombres durante todo el periodo analizado en dicho informe (2008-2011), ubicándose en el año 2011 la pobreza relativa femenina en un 34,7 % frente

1 De acuerdo con el DANE (2015), la gran encuesta integrada de hogares “es el resultado de un marco estructural del Sistema de Encuestas Sociales en un lapso de 10 años (periodo intercensal) donde, en el primer año, se integró la ECH con la ENIG. Posteriormente, se integra la ECH con la ECV. En las etapas subsiguientes se realizaron módulos periódicos, bien de profundización en el estudio de fenómenos específicos, o bien, para monitorear fenómenos que se midieron en profundidad en la GEIH el primer año”.

al 33,5 % de los hombres y la pobreza extrema femenina en un 10,9 % y la de los hombres en un 10,3 %.

Al realizar un análisis de la población sin ingresos propios encontramos que en toda la región latinoamericana las mujeres presentan porcentajes más altos que la población masculina. En relación a los datos de Colombia el porcentaje de mujeres sin ingresos propios es casi tres veces más alto que el porcentaje de hombres sin ingresos (DANE, 2015).

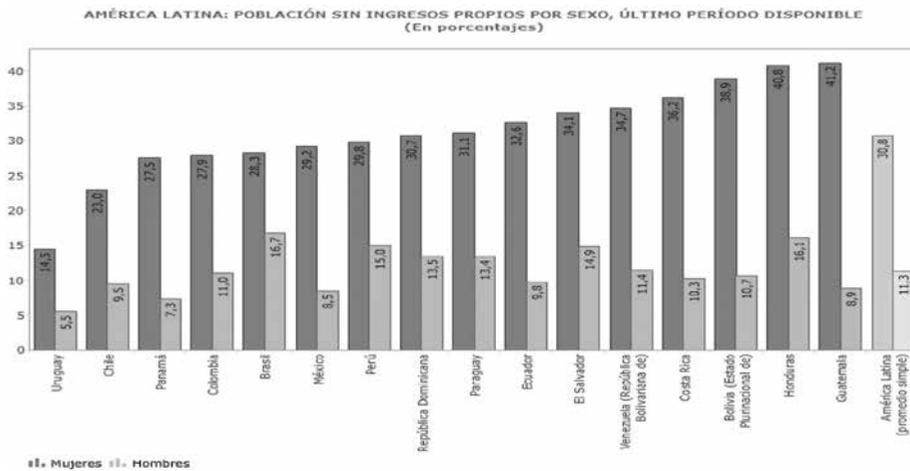


Gráfico 2. Población sin ingresos propios por sexo

Fuente: División de Estadísticas. Unidad de Estadísticas Sociales, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, 2013.

Los resultados muestran para el caso colombiano, que el 27,9 % de las mujeres colombianas y 11 % de los hombres no tienen ingresos propios (Gráfico 2). Esta cifra contrasta con lo que ocurre en el ámbito educativo donde las mujeres colombianas presentaban para el año 2013 un mayor nivel en comparación con otros países de la región, este es 2 % mayor a los hombres y 1 % mayor al promedio latinoamericano (Tabla 1).

Tabla 1. Población de 25 años de edad, por años de instrucción y sexo 2013 (en porcentajes)

País	Sexo	Años de Instrucción			
		0-5	6-9	10-12	13 y más
Colombia	Ambos sexos	33,7	14,9	28,5	22,8
	Hombres	35,4	14,9	28,3	21,4
	Mujeres	32,2	14,9	28,7	24,2
América Latina	Ambos sexos	23,5	29,0	25,4	22,0
	Hombres	22,6	30,4	26,1	20,8
	Mujeres	24,3	27,8	24,8	23,2

Fuente: CEPAL, 2013. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe

En relación con la tasa de participación de las mujeres en las actividades económicas en Colombia, hay que señalar que esta sigue siendo baja comparada con la masculina, es menor en 24 puntos, sin embargo, es 5 puntos mayor que la tasa promedio de las mujeres en otros países de América Latina (Tabla 2).

Ahora bien, la tasa de participación de las mujeres en las actividades económicas en las edades de 25 a 44 es en 22 puntos menor que la tasa de participación de los hombres en ese mismo grupo de edad, en este caso también esta tasa de las mujeres es mayor que la tasa promedio de América Latina (CEPAL, 2013).

Tabla 2. Tasa de participación de la población en la actividad económica, por sexo y grupo de edad, 2013

País	Ambos Sexos						Hombres					Mujeres						
	Total (15 y más)	15-24	25-34	35-44	45-59	60 y más	Total (15 y más)	15-24	25-34	35-44	45-59	60 y más	Total (15 y más)	15-24	25-34	35-44	45-59	60 y más
Colombia	69,4	54,5	85,0	85,8	38,4	38,4	81,6	63,2	96,4	97,2	94,0	54,2	58,0	46,0	74,2	75,4	64,6	25,0
América Latina (promedio simple)	64,4	49,1	79,5	81,6	75,6	38,3	79,1	60,7	94,5	96,5	93,0	54,5	50,8	37,4	65,7	68,4	60,3	24,4

Fuente: CEPAL, 2013. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe

También se observa que la incidencia de la pobreza en los hogares es mayor cuando la jefatura del hogar es femenina (Tabla 3).

Tabla 3. *Incidencia de la pobreza en hogares, según sexo de la jefatura de hogar, total, nacional (porcentaje)*

País	Periodo	Mujeres	Hombres
Colombia	2002	46,0	44,0

Fuente: CEPAL, 2013. Panorama Social de América Latina

Según los datos de la Tabla 4, relacionados con tiempo total de trabajo remunerado y no remunerado, el tiempo total de trabajo es mayor en los hombres no pobres y en las mujeres pobres, así mismo, el trabajo no remunerado es mayor en las mujeres pobres (casi 25 horas semanales más que los hombres pobres y 8 horas más que las no pobres), y el trabajo remunerado es menor en las mujeres pobres (casi 40 horas menos que los hombres pobres y 6 horas menos que las mujeres no pobres) (CEPAL, 2013). Esto puede llevar a decir que las mujeres, particularmente las pobres, trabajan más horas y perciben menos ingresos por el trabajo que realizan.

Tabla 4. *Tiempo total de trabajo, hombres y mujeres*

País	Año	Periodo	Universo	Tiempo de Trabajo					
				Tiempo total de trabajo		Trabajo doméstico no remunerado		Trabajo remunerado	
				H	M	H	M	H	M
Colombia	2007	Semana	Población ocupada de 10 años y más	7,3	86,9	25,4	44,9	48,1	42,0
Colombia pobres	2008	Semana	Población ocupada de 15 años y más	63,8	77,5	14,8	39,5	78,9	37,9
Colombia no pobres	2008	Semana	Población ocupada de 15 años y más	64,8	75,9	13,5	31,8	51,2	44,1

Fuente: CEPAL, 2013. División de Asuntos de Género

La CEPAL, en la publicación *Panorama Social de América Latina, 2013*, al referirse a la ocupación y duración de las jornadas labores, afirma "... existe una clara brecha de género en cuanto a las horas de trabajo remunerado. En el

caso de las mujeres que viven en pareja, y especialmente las que tienen hijos menores, esta brecha responde al hecho de que la disponibilidad para el trabajo remunerado se encuentra restringida por el tiempo que estas dedican al hogar y a las responsabilidades domésticas” (p.148).

La brecha en cuanto a las horas de trabajo remunerado y la dedicación de las mujeres a las actividades de cuidado, repercuten en las desigualdades existentes en relación con la autonomía económica y el uso del tiempo libre, que es prácticamente inexistente en las mujeres pobres con hijos/as menores. Desde el enfoque de la justicia, Nancy Fraser (1997) señala que el mundo emergente necesitará otro tipo de Estado y unas nuevas políticas adaptadas a las condiciones radicalmente nuevas de producción (empleo) y reproducción (división sexual del trabajo-cuidado). Las nuevas políticas deben apoyar el nuevo orden de género, basado en la equidad de género.

Ahora bien, la nueva generación de políticas que están siendo consideradas en el área de pobreza y género parten de la constatación de que la mayoría de las mujeres, pobres y no pobres, tanto para participar en el trabajo remunerado formal o informal, como para desarrollar sus capacidades, dependen de las responsabilidades de cuidado familiares que recaen exclusivamente en ellas (Aguirre, 2007; Aguirre & Ferrari, 2014).

Estas nuevas políticas proponen que las labores de cuidado sean responsabilidad de todas las personas e instituciones, que los organismos gubernamentales, nacionales y locales, el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil tienen corresponsabilidad en esta área de gestión pública de prestación de servicios de cuidado, principalmente para la primera infancia, para la tercera edad, y para personas enfermas o con discapacidades. Lo que caracteriza esta propuesta de políticas es que no se limitan únicamente a los servicios de cuidado en el corto plazo, fundamentalmente están dirigidas a cambiar los roles tradicionales de género en el mediano plazo y en el largo plazo (CEPAL, 2012a).

Resultados de la encuesta del uso del tiempo

En el año 2013, atendiendo el requerimiento contemplado en la Ley 1413

de 2010² de Colombia, inciso 5, se llevó a cabo la encuesta de uso del tiempo con el fin de identificar la carga en términos de horas que realizaban los hombres y las mujeres en el desarrollo de actividades específicas relacionadas con el trabajo remunerado, no remunerado y personales.

Tabla 5. Carga de trabajo en términos de hora

Actividades	Promedio periodo 2007-2010		Diferencias horas mujeres y hombres
	Hombres	Mujeres	
Carga total de trabajo	61,6	72,4	10,8
Horas remuneradas	48,5	40,4	-8,1
Horas no remuneradas	13,1	32	18,9

Fuente: DANE

De acuerdo con el trabajo realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2012a):

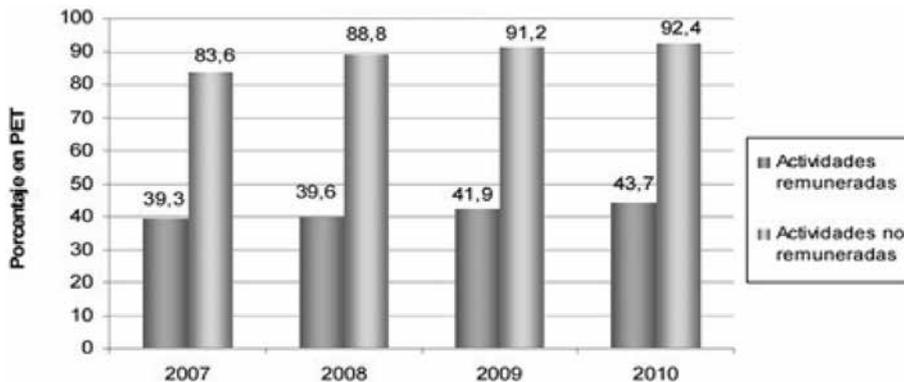


Gráfico 3. Mujeres en actividades remuneradas y no remuneradas, participación en la PET (%)

Fuente: DANE (2012a)

Sobrecarga de trabajo de las mujeres: en el periodo 2007-2010 las mujeres trabajaban 10,8 horas promedio a la semana más que los hombres, en el total nacional. El trabajo no remunerado de las mujeres fue 18,9 horas más que

2 La Ley 1413 de 2010 tiene por objeto incluir la economía del cuidado conformada por el trabajo de hogar no remunerado en el Sistema de Cuentas Nacionales, con la finalidad de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas.

el de los hombres (Gráfico 3), frente a las no remuneradas donde los índices demuestran que ha habido un aumento paulatino en los años medidos; cabe resaltar que los hombres presentan un resultado inverso, cargando más tiempo a labores remuneradas (DANE, 2012a).

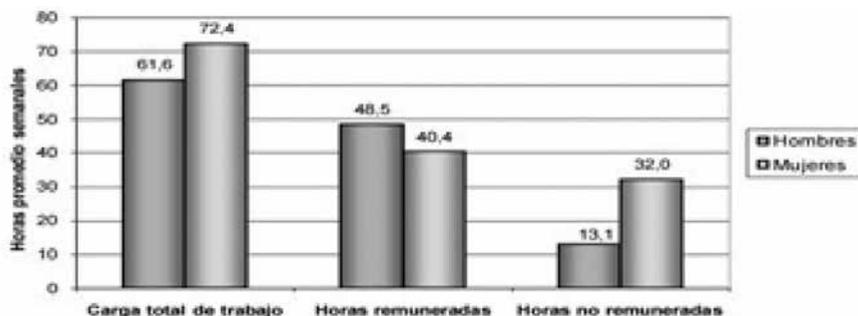


Gráfico 4. Horas a la semana, promedio 2007-2010, total nacional
Fuente: DANE (2012a)

Por lo anterior, y estableciendo una comparación entre ambos sexos en los periodos 2007-2010, se infiere de acuerdo al ejercicio, que en la semana, los hombres tienen una mayor carga de horas sobre el trabajo remunerado (48,5 horas/semana), mientras que las mujeres tienen una menor participación (40,4 horas/semana); sin embargo, las horas que corresponden a tareas no remuneradas muestran una dinámica diferente, siendo las mujeres las que mayor carga tienen representada en 32 horas, mientras que los hombres apenas tienen una carga horaria de 13,1 horas (DANE, 2012a). En el trabajo total, hay una diferencia clara ya que las mujeres tienen una carga de 72,4 horas/semana, mientras que los hombres tienen 61,6 horas/semana, quedando nuevamente comprobado que las mujeres trabajan más, pero como una parte importante de su trabajo no es remunerado, perciben menos ingresos por el trabajo realizado. Eso debe llevar a reflexionar sobre la carga de los servicios de cuidado para la vida de las mujeres.

Marco teórico

Pobreza

Dentro de las problemáticas presentes en el sistema económico actual, la

pobreza ha afectado considerablemente el desarrollo de los Estados de bienestar. Como se señaló, es considerada multidimensional y abordada desde diferentes perspectivas, entre ellas, Acosta Navarro (2009) señala las tres siguientes:

- Subsistencia, se da cuando las familias no obtienen los ingresos necesarios para mantener la eficiencia física. La alimentación representa la porción de bien más necesario para la subsistencia. Se le cuestiona que se enfoque más en las necesidades humanas desde el aspecto físico que en lo social.
- El enfoque de las necesidades básicas, donde el centro de tal perspectiva establece la importancia de los requerimientos mínimos para el consumo privado, y servicios esenciales para la comunidad (Feres & Mancero, 2001a), se concentra en dos elementos: “(i) Requerimientos mínimos para consumo privado, como por ejemplo: alimento, techo, equipamiento doméstico y, (ii) servicios esenciales proporcionados por y para la comunidad: servicios públicos, infraestructura, transporte, salud, educación” (Acosta Navarro, 2009, p.5).
- El concepto de la privación relativa, donde se tienen en cuenta los recursos y las condiciones sociales. En este último enfoque se resalta la teoría de las capacidades de Amartya Sen (2000), sobre la cual se fundamenta este proyecto, donde se trata de abordar la pobreza como privación de capacidades.

Pobreza como privación de capacidades

Contrastando la definición y medición de pobreza presentada por los estudios económicos, donde los ingresos se convierten en el principal indicador para establecer los niveles de bienestar que poseen los/as ciudadanos/as en un país determinado, y definida por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) como “la insuficiencia de recursos monetarios para adquirir una canasta de consumo mínima aceptable socialmente” (Ministerio de Economía y Finanzas de Perú, 2013, s.p.), surgieron nuevos enfoques orientados a entender la pobreza más allá de la renta fija percibida por aquellos que hacen parte del mercado laboral.

Uno de los conceptos que marcaron la concepción de pobreza más allá del aspecto económico y medida por la población fue el desarrollado por Amartya

Sen (2000) acerca de la privación de las capacidades para ser libres y obtener una mejor calidad de vida. Sin embargo, para poder entender la privación de las capacidades, es necesario definir el contexto en la que nace aquella.

Alejadas de las posiciones utilitaristas y de satisfacción general, las capacidades se encierran en un escenario evaluativo y de libertades que busca identificar lo que las personas son “capaces de ser y hacer”, lo que requiere de unas condiciones específicas que contribuyan, en palabras de Sen, a una libertad que permita al individuo alcanzar lo que valora. Urquijo (2014) señala que:

Aquí Sen deja ver de manera muy clara qué entiende por «capacidad», pues afirma que su intención era explorar un enfoque particular del bienestar en términos de la habilidad de una persona para hacer actos valiosos. Si se mira retrospectivamente desde nuestros días lo que ha sido la obra de Sen hasta el momento que introduce por primera vez el concepto capacidades, se puede afirmar que desde ese momento Sen formuló un enfoque como un marco conceptual que permite evaluar y valorar el bienestar individual, los acuerdos sociales y el diseño de políticas públicas en la sociedad. Si bien es claro que el concepto capacidad nace para evaluar el bienestar individual, esto no excluye que pueda ser usado en otros ámbitos de estudio diferentes al de la economía del bienestar, como las políticas públicas, el desarrollo humano, la educación, la ética y la filosofía política, entre otros. (p.66)

En este contexto de las privaciones de las capacidades, limitar al Producto Interno Bruto (PIB) de un país o la renta personal para definir la pobreza, no es suficiente para construir un análisis de cómo han mejorado las condiciones generales de la población; reconoce que la pobreza económica es uno de sus generadores, pero no el único.

Para Sen (2000), la inclusión de aspectos que van más allá de la renta genera un énfasis basado en la atención de desigualdades que se requiere para reducir la brecha salarial. El autor afirma:

Lo que hace la perspectiva de las capacidades en el análisis de la pobreza es contribuir a comprender mejor la naturaleza y las causas de la pobreza y la privación, trasladando la atención principal de los medios (y de un determinado medio que suele ser objeto de atención exclusi-

va, a saber, la renta) a los fines que los individuos tienen razones para perseguir y, por lo tanto, a las libertades necesarias para satisfacer estos fines. (p.117)

Se observa entonces que la pobreza de renta y la de capacidades se encuentran estrechamente relacionadas por su grado de complementariedad. Adicionalmente, existen dos elementos que, según Sen (2000), construyen los pilares fundamentales para referenciar un completo gozo de las libertades individuales que hacen parte del desarrollo: la fundamentación y las competencias.

La teoría de las capacidades subraya como primer elemento la fundamentación, la cual se establece, desde el enfoque de Sen (2000), como las actividades donde el individuo determina cuáles serán los logros que desea alcanzar por iniciativa propia, sumando a ello los medios que se requieren para obtener tal fin. En este sentido, el autor comienza a realizar una diferenciación entre los medios y los fines; pensar en tener únicamente un bien no demuestra la realidad de bienestar, ni una disminución considerable de las desigualdades existentes en las naciones.

Todos los seres humanos requieren el cubrimiento de sus necesidades básicas tales como el acceso a los servicios públicos, salud, educación, etc., así como la autorrealización y formación permanente. Cada una de estas actividades presenta una situación deseada, un fin que se pretende alcanzar, haciendo necesario el uso de bienes. Estos deben ofrecer un valor real que sirva para que las personas puedan obtener cada uno de esos logros, pero no el fin en sí mismo debido a que no muestra cómo las personas consiguen estar inmersas en escenarios de bienestar.

Desde los funcionamientos simples (satisfacción de necesidades básicas) hasta aquellos complejos (de autorrealización), los criterios que permiten evaluar cada uno de esos logros deseados varían de acuerdo con los contextos en los que se encuentren los individuos de una determinada Nación. A considerar, Sen (2002) afirma:

Algunos funcionamientos son muy elementales, como estar nutrido adecuadamente, tener buena salud, etc., y a todos estos podemos darles evaluaciones altas, por razones obvias. Otros pueden ser más complejos, pero seguir siendo ampliamente apreciados, como alcanzar la autodignidad o integrarse socialmente. Sin embargo, los individuos

pueden diferir mucho entre sí en la ponderación que les dan a estos funcionamientos –por muy valiosos que puedan ser– y la valoración de las ventajas individuales y sociales debe tener en cuenta estas variaciones. Por ejemplo, en el contexto de algunos tipos de análisis social, al tratar con la pobreza extrema en las economías en desarrollo, podemos avanzar mucho con un número relativamente pequeño de funcionamientos centralmente importantes y de las capacidades básicas correspondientes (por ejemplo, la habilidad para estar bien nutrido y tener buena vivienda, la posibilidad de escapar de la morbilidad evitable y de la mortalidad prematura, y así sucesivamente). En otros contextos, que incluyen problemas más generales del desarrollo económico, la lista puede ser mucho más larga y diversa. (p.31)

La cadena de relaciones que presenta este enfoque de pobreza continúa su construcción sobre la línea de las capacidades, un concepto confuso que generó una revolución para entender la pobreza como un ejercicio propio de los individuos, que requiere de condiciones mínimas, que deben ser cubiertas por los Estados, para que las mismas personas puedan alcanzar sus propios estados de bienestar. Si los funcionamientos se definen como logros individuales, las capacidades tienen en cuenta la sumatoria de todas ellas, haciendo que se creen esfuerzos para que se alcancen la mayoría de aquellos; la capacidad “es la oportunidad con la que cuenta una persona para llevar el tipo de vida que considera valiosa” (Sen, 2000, p.38), y para que se pueda dar es necesario que sean cubiertos aspectos que permitan la generación de condiciones ideales de bienestar.

Con el funcionamiento se forman las capacidades, y con estas se consolidan las libertades de los individuos, concepto presentado por Sen (2000), en el que expresa el desarrollo como libertad y no frente a la renta fija que puedan percibir las personas. Teniendo como base la calidad de vida, el autor muestra ejemplos de cómo algunas naciones con altos ingresos en su PIB, poseen altos índices de mortalidad o una baja atención frente a temas como servicios públicos o educación.

Según Sen (2000), “Se presta atención a la expansión de las capacidades de las personas para llevar el tipo de vida que valoran y tienen razones para valo-

rar. Dichas capacidades pueden aumentarse por medio de medidas públicas” (p.36). En este sentido, el autor presenta las capacidades como una manera de alcanzar logros desde los diferentes funcionamientos, pero enfatiza su discurso en el apoyo que debe existir en las naciones para que las personas puedan ejercer de manera normal el desarrollo de sus logros.

Pobreza y sus capacidades humanas fundamentales

Siguiendo en la línea del concepto de capacidades promovido por Sen (2000), aparece en escena la posición de Martha Nussbaum (2012) acerca de la definición de pobreza. Para la autora, es claro que en aras de superar las desigualdades es necesario que se tengan “Libertades sustanciales” (2012) donde se garantice la participación, en lo económico y político, de los individuos. Bajo los enfoques de Sen y Nussbaum (2002), las políticas públicas y las legislaciones deben proponer mecanismos que acaben con la privación de capacidades que requieren las personas para la obtención de logros. Es en este último aspecto donde se distancian las posiciones de los autores: las capacidades funcionales humanas centrales.

Para Nussbaum (2000), existen 10 capacidades que son necesarias para un pleno desarrollo de libertades en el individuo:

1. Vida. Ser capaces de vivir una vida humana de duración normal hasta su fin, sin morir prematuramente o antes de que la vida se reduzca a algo que no merezca la pena vivir.
2. Salud corporal. Ser capaces de gozar de buena salud, incluyendo la salud reproductiva, estar adecuadamente alimentado y tener una vivienda adecuada.
3. Integridad corporal. Ser capaces de moverse libremente de un lugar a otro; que los límites físicos propios sean considerados soberanos, es decir, poder estar a salvo de asaltos, incluyendo la violencia sexual, los abusos sexuales infantiles y la violencia de género; tener oportunidades para disfrutar de la satisfacción sexual y de la capacidad de elección en materia de reproducción.
4. Sentidos, imaginación y pensamiento. Ser capaces de utilizar los sentidos, de imaginar, pensar y razonar, y de poder hacer estas cosas de una forma realmente humana, es decir, informada y cultivada gracias a una educa-

ción adecuada, que incluye (pero no está limitada a) el alfabetismo y una formación básica matemática y científica. Ser capaces de hacer uso de la imaginación y el pensamiento para poder experimentar y producir obras autoexpresivas, además de participar en acontecimientos elegidos personalmente, que sean religiosos, literarios o músicos, entre otros. Ser capaces de utilizar la mente de maneras protegidas por las garantías a la libertad de expresión, con respeto a la expresión política, artística y de culto religioso. Ser capaces de buscar el sentido propio de la vida de forma individual. Ser capaces de disfrutar de experiencias placenteras y de evitar daños innecesarios.

5. Emociones. Ser capaces de tener vínculos afectivos con cosas y personas ajenas a nosotros mismos; amar a los que nos aman y nos cuidan y sentir pesar ante su ausencia; en general, amar, sentir pensar, añorar, agradecer y experimentar ira justificada. Poder desarrollarse emocionalmente sin las trabas de los miedos y ansiedades abrumadores, ni por casos traumáticos de abusos o negligencias (Defender esto supone promover formas de asociación humana que pueden ser demostrablemente esenciales para su desarrollo).
6. Razón práctica. Ser capaces de formar un concepto del bien e iniciar una reflexión crítica respecto de la planificación de la vida (esto supone la protección de la libertad de conciencia).
7. Afiliación. a) Ser capaces de vivir con otros y volcados hacia otros, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos y comprometerse en diversas formas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación del otro y tener compasión hacia esta situación; tener la capacidad tanto para la justicia como para la amistad (Esto implica proteger instituciones que constituyen y alimentan tales formas de afiliación, así como la libertad de asamblea y de discurso político); b) Teniendo las bases sociales del amor propio y de la no humillación, ser capaces de ser tratados como seres dignos cuyo valor es idéntico al de los demás. Esto implica, como mínimo, la protección contra la discriminación por motivo de raza, sexo, orientación sexual, religión, casta, etnia u origen nacional. El trabajo, poder trabajar como seres humanos, ejercitando la razón práctica y forjando relaciones significativas de mutuo reconocimiento con otros trabajadores.

8. Otras especies. Ser capaces de vivir interesados y en relación con los animales, las plantas y el mundo de la naturaleza.
9. Capacidad para jugar. Ser capaces de reír, jugar y disfrutar de actividades de ocio.
10. Control sobre el entorno de cada uno. a) Político. Ser capaces de participar eficazmente en las decisiones políticas que gobiernan nuestras vidas; tener el derecho de participación política junto con la protección de la libertad de expresión y de asociación; b) Material. Ser capaces de poseer propiedades (tanto tierras como bienes muebles) no solo de manera formal, sino en términos de una oportunidad real; tener derechos sobre la propiedad en base de igualdad con otros; tener el derecho de buscar un empleo en condiciones de igualdad con otros, ser libres de registros y embargos injustificados (pp.231-233).

Frente a cada una de estas, debe haber una promoción por parte de los gobiernos para alcanzarlas. Enfatizar en los medios más allá de la tenencia de bienes tangibles establece un punto de partida para fortalecer las capacidades humanas centrales. Así mismo, considera que no debe referirse a estas como “Derechos Humanos” porque se requieren acciones reales donde la política juegue un papel trascendental para su logro (Crespo, 2007). No obstante, y en línea con la postura clásica de desarrollo, considera como “Derechos constitucionales” el poder gozar de cada una de estas capacidades, tal y como lo establecen autores como John Rawls en sus concepciones de lo que denominan justicia, donde posteriormente hace un análisis de los puntos de convergencia y reformula algunos aspectos claves de su teoría (Rawls, 2006).

Sin embargo, la teoría de las capacidades fundamentales de Nussbaum se complementa con la inclusión del concepto de feminismo, el cual puede presentar información real de las desigualdades y determinar cómo una atención amplia desde este enfoque permite que las políticas gubernamentales evidencien si toda la población, hombres y mujeres, viven en buenas condiciones con calidad de vida (Nussbaum, 1999). En esa posición corrobora que la idea de justicia junto con la teoría de las capacidades establece una relación que debe

beneficiar a toda la población, incluyendo a las mujeres. Nussbaum afirma (2002):

La mejor aproximación a esta idea de un mínimo social básico proviene de un enfoque centrado en las capacidades humanas centrales, colocándola en el contexto de un tipo de liberalismo político que las transforma en metas específicamente políticas y que las presenta libres de toda fundamentación específicamente metafísica. De esta manera, considero que las capacidades pueden ser objeto de un consenso traslapado entre gente que, de otra manera, tiene concepciones comprensivas muy distintas acerca del bien. Y sostendré que las capacidades en cuestión deben procurarse para todas y cada una de las personas, tratando a cada persona como fin y no como una mera herramienta de los fines de otros. De este modo, adopto un principio de la capacidad de cada persona, basado en un principio de cada persona como fin. Demasiado a menudo se trató a las mujeres como apoyo a los fines de otro más que como fines en sí mismos. Por ello, este principio tiene una particular fuerza crítica con respecto a la vida de las mujeres. Finalmente, mi enfoque utiliza la idea de un nivel mínimo de cada capacidad, debajo del cual no se considera posible que los ciudadanos puedan lograr un funcionamiento verdaderamente humano; el objetivo social debe comprenderse en términos de llegar a tener ciudadanos por encima de esa capacidad mínima. (pp.32-33)

Pobreza con enfoque de género

Aunque las diferentes concepciones de pobreza han servido para determinar cómo se construye calidad de vida a partir de cifras o acceso a condiciones básicas para vivir, existen algunas categorías que consolidan la idea de precisar el término a escenarios específicos que no pueden ser generalizados para toda la población. Es así como surgen, desde diferentes enfoques, posturas encaminadas a disminuir brechas, sobre todo desde los sexos, hombres y mujeres, y ser más inclusivas; a partir de allí emerge el estudio de la pobreza con enfoque de género, una categoría que genera una atención frente a las diferencias suscitadas.

Cuando se habla de enfoque de género es necesario entender que:

El sexo se refiere a las características biológicas que, entre otras, son comunes a todas las sociedades y culturas. Género, en cambio, se relaciona con los rasgos que han ido moldeándose a lo largo de la historia de las relaciones sociales. Las divergencias biológicas son el origen de las que se producen en materia de género, pero los modos en que se determina el papel que desempeñan mujeres y hombres van más allá de las particularidades físicas y biológicas que distinguen a cada sexo. Las diferencias en materia de género se construyen socialmente y se inculcan sobre la base de la percepción que tienen las distintas sociedades acerca de la diversidad física, los presupuestos de gustos, preferencias y capacidades entre mujeres y hombres. Es decir, mientras las disimilitudes en materia de sexo son inmutables, las de género varían según las culturas y cambian a través del tiempo para responder a las transformaciones de la sociedad. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, s.f.)

Lo anterior presenta una postura donde las oportunidades que afectan a las mujeres no son las mismas que aquejan al sexo masculino, lo cual genera desigualdades, que requieren necesariamente de una intervención por parte de diferentes sectores en aras de hacer de la disminución de la pobreza un proceso que atienda a todos los sectores de la población (CEPAL & OIT, 2003).

Sobre el desarrollo de esta teoría han habido diferentes enfoques relacionados con identificar la manera más eficaz para determinar si la recolección de información refleja un proceso sólido para conocer las desigualdades. No son únicamente carencias económicas las que restringen a las mujeres, también la falta de oportunidades refleja un obstáculo que limita una superación real de la pobreza.

Sobre este tema, Bravo (1998) comenta:

La división del trabajo por sexo, al asignar a las mujeres el espacio doméstico, determina la “desigualdad en las oportunidades que ellas tienen como género para acceder a los recursos materiales y sociales (propiedad de capital productivo, trabajo remunerado, educación y capacitación), así como a participar en la toma de las principales decisiones políticas, económicas y sociales”. (p.63)

Además de la carga doméstica que impide un pleno desarrollo de las mujeres, también son tomadas en cuenta variables como el analfabetismo, donde dos tercios de los 781 millones de personas en el mundo que no saben leer y escribir, son mujeres, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (Unesco) (Revista *Semana*, 2014).

Otro de los aspectos que compone el análisis desde el enfoque de género, es la participación de las mujeres en el mercado laboral. Aunque desde hace varios lustros ha aumentado paulatinamente su inclusión en este tema, se siguen presentando tasas bajas de participación a nivel mundial. En este sentido, se observa cómo en Colombia, de acuerdo la última medición del desempleo, las mujeres que no están laborando se ubican con el 12,7 %, mientras que los hombres aparecen con una tasa de 7,5 %, lo que sigue demostrando cómo el acceso al mercado laboral es restringido por lo que las políticas deben promover más inclusión entre sexos; esta anotación se corrobora con las cifras que muestran cómo la participación de aquellas ha permanecido constante comparando los periodos 2015 y primer trimestre del año 2016: “para las mujeres la tasa de ocupación se ubicó en 47,4 %, igual a la presentada en el mismo trimestre móvil del año anterior” (DANE, 2016).

Los factores que se tienen en cuenta para abordar las problemáticas con enfoque de género han derivado en una serie de métodos que han intentado medir la pobreza. Sobre este esquema hay tres modelos que presentan ventajas y desventajas de acuerdo con las diferentes variables que maneja cada método: medición de ingresos por hogar, unidad de análisis: hogares o individuos, y otros enfoques de medición (CEPAL, 2009).

Aunque cada una posee variables específicas, la pobreza con enfoque de género maneja una perspectiva multidimensional, donde lo monetario apenas se convierte en un aspecto frente a las condiciones mínimas que deben garantizar una correcta calidad de vida. En este sentido, se creó el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), definido como “un indicador que refleja el grado de privación de las personas en un conjunto de dimensiones. La medida permite determinar la naturaleza de la privación (de acuerdo con las dimensiones seleccionadas) y la intensidad de la misma. El IPM es la combinación del porcentaje de personas consideradas pobres, y de la proporción de dimensiones

en las cuales los hogares son, en promedio, pobres” (Departamento Nacional de Planeación de Colombia, 2011, p.1). La salud, educación, empleo, servicios básicos, vivienda, son algunos de los componentes que se miden a nivel mundial (que varía de acuerdo a cada país), no limitándose a cifras que muestran resultados parciales y sesgados.

La medición de la pobreza a través del ingreso por hogar, mantiene una postura concentrada en la renta que perciben los hombres y mujeres. Aunque es considerada como una excelente fórmula para realizar análisis comparativos entre periodos y recolecta información de carácter cuantitativo, no logra expresar en términos reales las condiciones de pobreza por la variabilidad en que pueden incurrir los salarios, así como las confusas delimitaciones de quienes son aquellos que perciben y no perciben salario. Prestar atención a los ingresos per cápita encierra entonces el ejercicio a un resultado que fluctúa, arrojando solo una interpretación económica de la situación (Feres & Manceiro, 2001b).

El indicador utilizado en este método de medición es la jefatura de hogar, entendida según la CEPAL (2004) como:

La jefatura de hogar femenina ha sido utilizada como un indicador de la feminización de la pobreza y ya a finales de los setenta se planteó que estos hogares eran “los más pobres entre los pobres”. Entre las razones de esta sobre representación femenina entre los pobres se señala que el ingreso promedio que recibe la jefa de hogar en el mercado laboral es más bajo que el que reciben los jefes de hogar, y que las jefas de hogar sufren mayor discriminación para obtener un trabajo remunerado y otro tipo de recursos debido a las limitaciones de tiempo y movilidad. (p.24)

A pesar de estos beneficios, la jefatura de hogar no representa datos ciertos sobre quién aporta más (hombres y/o mujeres), así como las inconsistencias relacionadas con el contexto en el que vive cada uno/a. Las desigualdades deben presentarse con el fin de determinar en términos reales las carencias de cada uno para focalizar esfuerzos frente a los contextos que viven a diario las mujeres con este rol. Los hombres cuentan con el apoyo de su pareja para realizar acciones en conjunto, sin embargo, para las mujeres, que se encuentran en una situación más vulnerable, la realidad se torna más complicada por lo

que debe existir mayor grado de especificidad a la hora de recolectar información (Bravo, 2003).

Sin embargo, la jefatura de hogar ha mostrado, desde la década de los noventa, una focalización hacia la pobreza femenina por las cifras que establecen un mayor grado de esta problemática cuando son ellas las que asumen la carga del hogar. Los trabajos desarrollados en este periodo sostienen que:

Se consideraba que la jefatura femenina exacerbaba la pobreza, dado que las mujeres estaban limitadas en tiempo y recursos por sus triples cargas de empleo, labores domésticas y cuidado de los hijos, porque sufrían de discriminación en el mercado laboral, porque no estaban en condiciones de tener el estatus de ‘proveedor doble’ tan vital para soportar las presiones vinculadas con la reestructuración económica neoliberal, y porque no contaban con el valioso trabajo ajeno al mercado que desempeñaban las ‘esposas’ en las unidades encabezadas por hombres. (Chant, 2003, p.14)

Lo anterior refleja la descompensación que existe entre hombres y mujeres, donde la carga de trabajo afecta notoriamente las diferentes actividades y capacidades que tienen aquellas en términos generales. Se genera entonces un debate donde se analiza la importancia del trabajo no remunerado, y posiciones en las que se exigen políticas donde haya un reconocimiento a esta labor real, donde las mujeres resultan ser las más afectadas (Chant, 2003).

El trabajo doméstico no remunerado se ha convertido en un tema que ha generado, en los últimos tiempos su atención en la esfera pública. Durante siglos la mujer ha asumido un rol reproductivo y cuidado permanente del hogar, privándola de oportunidades que podrían mejorar sus condiciones de vida desde lo laboral y la autorrealización. La figura de la mujer formada por el sistema motivó la creación de mecanismos de resistencia liderados por autoras tales como Silvia Federici (2013), quien hace una fuerte crítica a la forma como el capitalismo presenta el trabajo doméstico. Esta autora afirma:

El trabajo doméstico fue transformado en un atributo natural en vez de ser reconocido como trabajo ya que estaba destinado a no ser remunerado. El capital tenía que convencernos de que es natural, inevitable e

incluso una actividad que te hace sentir plena, para así hacernos aceptar el trabajar sin obtener un salario. A su vez, la condición no remunerada del trabajo doméstico ha sido el arma más poderosa en el fortalecimiento de la extendida asunción de que el trabajo doméstico no es un trabajo, anticipándose al negarle este carácter a que las mujeres se rebelen contra él, excepto en el ámbito privado del dormitorio-cocina que toda la sociedad acuerda ridiculizar, minimizando de esta manera aún más a las protagonistas de la lucha. (p.37)

La crítica más fuerte se centra en el hecho de ver esta actividad producto del amor, aspecto que rechaza Federici (2013) al considerarlo como una violación a principios básicos del capitalismo al no reconocer que el trabajo doméstico es una actividad como cualquier otra donde se sigue una rutina y merece remuneración. En el devenir histórico, la idea es buscar formas de transformar esas relaciones sociales que desde el sistema han fomentado una imagen limitada del papel real de la mujer, proponiendo la creación de colectivos que defiendan derechos que les han sido quitados. Para Federici (2013): “la campaña Salario para el Trabajo Doméstico no es una demanda más entre tantas otras sino una perspectiva política que abre un nuevo campo de batalla, que comienza con las mujeres pero que es válida para toda la clase obrera” (p.54).

Sobre esta discusión, países como Colombia han aprobado leyes como la 1413 de 2010, donde se busca incluir esta actividad en el Sistema de Cuentas Nacionales y cómo esta contribuye al desarrollo económico y social del país (Congreso de la República de Colombia, 2010). En este ejercicio no solo se busca caracterizar la población que se dedica a esta actividad, sino también la promoción de políticas públicas que consoliden estos esfuerzos, que fomenten un cubrimiento real de la situación. La idea de esta ley establece que:

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE– es la autoridad responsable de coordinar el cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley. Para ello deberá establecer los mecanismos y realizar las gestiones necesarias para planear, diseñar, aplicar y actualizar una Encuesta de Uso del Tiempo, instrumento indispensable para obtener la información sobre Trabajo de Hogar No Remunerado. El Gobierno Nacional, en cabeza del DANE, integrará una Comisión Multisectorial

que definirá la forma de inclusión de la información sobre trabajo de hogar no remunerado en el Sistema de Cuentas Nacionales. Lo anterior se hará a través de la creación de una Cuenta Satélite adscrita al sector correspondiente o como se estime conveniente para el objeto de la ley. El concepto de la comisión multisectorial tiene carácter vinculante y dará lugar a los trámites administrativos y contables necesarios para la inclusión del trabajo de hogar no remunerado en las Cuentas Nacionales. (Artículo 4)

El instrumento que se utiliza para la recolección de información, que permite dar cumplimiento a la ley mencionada con anterioridad, es la encuesta del uso del tiempo; este tema se abordará en el punto siguiente por estar enfocado en el desarrollo de la presente investigación.

Encuestas del uso del tiempo

Una de las herramientas utilizadas para determinar la construcción de políticas que permitan un desarrollo pleno de las mujeres son las ya conocidas encuestas del uso del tiempo, concepto que nace de la CEPAL (Aguirre & Ferrari, 2014), para garantizar la igualdad como un derecho normativo, que genere mínimos estándares de bienestar progresivo para que el Estado pueda crear sistemas inclusivos. La dinámica consiste en diferenciar las actividades que realizan hombres y mujeres, y el uso diferencial de tiempo que establece la subordinación de carácter económico, social y político, que permitan diseñar e implementar alternativas que fomenten las capacidades de las mujeres.

Incluida en las cuentas satélites de la Nación (DANE, s.f.), recibió por parte de la Convención internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), y las diferentes reuniones ofrecidas por Naciones Unidas en la Década de la Mujer una atención especial; pero fue en la IV Conferencia sobre la Mujer, celebrada en Beijing (Naciones Unidas, 1995), donde se subraya la importancia y aceptación de un instrumento que establezca, en cifras reales, cuánto tiempo utilizan las mujeres en actividades remuneradas y no remuneradas denominada encuesta del uso del tiempo. El informe de Naciones Unidas (1995) afirma:

Elaborar medios estadísticos apropiados para reconocer y hacer visible en toda su extensión el trabajo de la mujer y todas sus contribuciones a la economía nacional, incluso en el sector no remunerado y en el hogar, y examinar la relación entre el trabajo no remunerado de la mujer y la incidencia de la pobreza y la vulnerabilidad de las mujeres a ella. (p.26)

Sobre estos esfuerzos ha existido una ratificación permanente de esta actividad en las conferencias de Quito 2007 y Brasilia 2010, consolidándola como un instrumento inclusivo (Aguirre & Ferrari, 2014).

Diversas metodologías utilizadas para medir el uso del tiempo

Una de las primeras herramientas utilizadas para medir el uso del tiempo fue la International Classification of Activities for Time-Use Statistics (ICATUS), construida a partir de la Conferencia de Beijing y posterior a la creación del primer borrador en 1997, donde se definieron las primeras categorías que medirían actividades puntuales sobre el uso del tiempo, proponiéndose posteriormente una guía más detallada en el año 2005 sobre cómo implementar esta herramienta metodológica para la recolección y análisis de datos estadísticos (United Nations Statistics Division, 2012).

Sobre la guía metodológica para la implementación de esta herramienta, se describe su aplicabilidad como:

Time-use statistics are quantitative summaries of how individuals “spend” or allocate their time over a specified period – typically over the 24 hours of a day or over the 7 days of a week. Time-use statistics shed light on: What individuals in the reference population do or the activities they engage in. How much time is spent doing each of these activities. (United Nations, 2005, p.5)

En igual sentido, el instrumento es claro en afirmar la importancia de su aplicación frente a las desigualdades y dificultades que viven las mujeres con relación a la carga y el trabajo doméstico, presentando un análisis de cómo aquellas que se encontraban en una línea de pobreza y alto consumo tenían mayor carga laboral, por lo que esta información permite hacer un balance del estado real de la economía del cuidado. En esta línea también se ajustan los enfoques con las cuentas nacionales, determinando así una clasificación que

identifica las actividades que contribuyen productivamente frente a aquellas que no lo hacen.

Las tres perspectivas que se trabajan en ICATUS hacen referencia a tres ejes sobre los cuales se valoran aquellas actividades donde se percibe dinero, otras que se encuentran en un nivel donde no se percibe ningún tipo de salario, y la última sobre la cual se encasilla el ejercicio a actividades personales. El Department of Economic and Social Affairs describe oficialmente estas dimensiones como: a) “within the System of National Accounts e (SNA) production boundary³ (“SNA work” or “paid work”); b) outside the SNA production boundary but within the general production boundary (“non-SNA work” or “unpaid work”); and c) outside the production boundary (personal activities)” (United Nations Statistics Division, Department of Economic and Social Affairs, 2012, p.5).

Así como el ICATUS, existen otros métodos como el *Eurostat*, que responde al contexto europeo para la medición de esta temática y el *USA* enfocado en la realidad norteamericana. Frente al desarrollo de cada uno surge de estos para América Latina el instrumento de Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL), el cual mantiene actividades que son transversales para estos estudios, como las actividades personales y la atención a los quehaceres del hogar, pero presenta una estructura diferente de acuerdo con la realidad del entorno.

La CAUTAL ofrece la posibilidad de disponer de estadísticas ordenadas y significativas que aporten conceptos y categorías analíticas con capacidad para dar respuesta a los objetivos de las encuestas sobre uso del tiempo y realizar un estudio particularizado de las actividades. De esta manera, permite hacer visible las diferentes asignaciones de tiempo de las mujeres y de los hombres a las actividades de trabajo, remunerado y no remunerado, y a aquellas de carácter personal, y aporta insumos y evidencias para las políticas sociales y económicas.

Se trata de una herramienta para la planificación, el procesamiento, la presentación y el análisis de las encuestas de uso del tiempo. El uso de

3 Frontera de la producción.

sus códigos garantiza la sistematización y estandarización, y es útil para el diseño de tabulaciones de resultados y la comparabilidad internacional. Clasifica todas las actividades principales que las personas pueden realizar en un periodo de referencia, a partir de datos recolectados mediante un cuestionario confeccionado sobre la base de actividades seleccionadas. El análisis está centrado en las actividades del trabajo remunerado y no remunerado, sin embargo, también existen categorías para las actividades personales. Esto permite disponer de un esquema integral de todas las actividades que se pueden realizar en un periodo determinado. (Gómez Luna, 2016, p.11)

La Clasificación de Actividades del Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL) presenta los siguientes focos de atención (Gómez, 2010):

1. Trabajo remunerado.
 - 1.1. Trabajo remunerado en empresas y negocios.
 - 1.2. Trabajo remunerado en Gobierno e instituciones.
 - 1.3. Trabajo remunerado en negocios de hogares.
2. Actividades conexas al trabajo remunerado.
 - 2.1. Buscar trabajo.
 - 2.2. Traslados de trabajo.
3. Quehaceres domésticos no remunerados para el propio hogar.
 - 3.1. Preparación de comida.
 - 3.2. Limpieza de la vivienda.
 - 3.3. Limpieza, cuidado y confección de ropa y calzado.
 - 3.4. Mantenimiento. y reparaciones menores del propio hogar.
 - 3.5. Administración del hogar.
 - 3.6. Compras para el hogar.
 - 3.7. Cuidado de mascotas y plantas.
4. Cuidado a miembros del hogar no remunerado.
 - 4.1. Cuidado y apoyo a niños/as del hogar menores de 15 años.
 - 4.2. Cuidado y apoyo a miembros del hogar de 15 a 59 años.
 - 4.3. Cuidado y apoyo a adultos del hogar de 60 años y más.
5. Actividades no remuneradas para otros hogares, para la comunidad y trabajo voluntario no remunerado.
 - 5.1. Apoyo no remunerado a otros hogares.

- 5.2. Actividades no remuneradas para la comunidad.
- 5.3. Trabajo voluntario no remunerado.
- 6. Aprendizaje y estudio.
 - 6.1. Traslados para estudio.
- 7. Convivencia y actividades recreativas.
 - 7.1. Convivencia social.
 - 7.2. Asistencia a eventos culturales, de entretenimiento y deportivos.
 - 7.3. Aficiones, juegos y otros pasatiempos.
 - 7.4. Deportes y ejercicio físico.
- 8. Utilización de medios masivos de comunicación.
 - 8.1. Leer libros, periódicos, revistas.
 - 8.2. Ver televisión o videos exclusivamente.
 - 8.3. Escuchar radio u otros medios de audio exclusivamente.
 - 8.4. Utilización de la computadora (Gómez, 2010, p.11).

Sobre esta metodología se debe resaltar que las actividades productivas y no productivas (las que no tienen ningún tipo de remuneración) están contempladas en las cuentas satélite de las naciones y miden cada una de las actividades con una periodicidad de 24 horas, o semanas, esto con el fin de establecer cuáles ejecutan de acuerdo con las categorías establecidas (CEPAL, 2010).

Metodología de la investigación

Se trata de una investigación exploratoria, ya que no se encontraron estudios de similares características que se hayan llevado a cabo en la ciudad de Barranquilla (hay a nivel nacional pero no uno específico para la ciudad) y mucho menos que estuvieran enfocados en conocer la opinión de las mujeres en relación con la forma como se distribuyen las actividades no remuneradas dentro del hogar y el uso del tiempo para actividades personales. La intención es que esta investigación sirva como antecedente para futuras investigaciones y contribuya a visibilizar el trabajo de las mujeres, con la finalidad de que se elaboren políticas públicas de acuerdo con las necesidades existentes.

Se trata de una investigación género-sensitiva no solo porque se haya usado una versión modificada de la CAUTAL, metodología que busca visibilizar la diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al uso del tiempo, sino que esta investigación se concentra en las mujeres, busca evidenciar las desigualdades,

porque se quiere hacer visible cuántas de las actividades no remuneradas en el hogar realizan, así como qué tipo de actividades desarrollan relacionadas con su bienestar personal.

Para el desarrollo de los objetivos se utilizó una metodología cuantitativa debido a que los datos recolectados serán representados en unidades numéricas que establezcan tendencias relacionadas con las actividades que realizan las mujeres de la ciudad de Barranquilla. Adicionalmente, como se indicó, se aplicó como instrumento, la encuesta de la Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL) modificada, ya que la medición no se hará por horas, sino que determinará quién es la persona que tiene la mayor carga de trabajo doméstico y cuidado.

Las razones para realizar esta modificación en la CAUTAL están asociadas a las posibilidades reales de obtener la información, tomando en cuenta que la aplicación de la encuesta fue realizada por una sola persona: el joven investigador y al tratarse de una encuesta bastante larga, requería una cantidad de tiempo del cual no se disponía, excluyendo las limitaciones económicas para su aplicación en los distintos sectores de la ciudad. Como se indicó, se espera profundizar en este estudio y medir el uso del tiempo en próximas investigaciones.

Sobre la población aproximada de 1.100.000 mujeres ubicadas en el distrito de Barranquilla, y aplicando un muestro aleatorio por conglomerados, se estableció una muestra inicial de 300 mujeres con un error muestral del 95 %, la cual fue posteriormente ajustada por razones de tiempo. La muestra inicial estaba repartida de la siguiente manera:

Distribución de la muestra por localidad y estrato social		
Barranquilla	Población (%)	No. Encuestas
Suroccidente	32	96
Suroriente	25	75
Metropolitana	18	54
Norte-Centro Histórico	19	57
Riomar	6	18
Total	100	300

En esta investigación se presentan los resultados a partir de 100 encuestas

procesadas, luego del ajuste hecho a la muestra inicial, a partir de los dos meses que duró el trabajo de campo. Dichas encuestas se consideraron una prueba piloto aplicadas en las cinco zonas de Barranquilla, repartidas proporcionalmente de la siguiente manera: 23 encuestas en la zona Norte-Centro Histórico, 23 encuestas en la zona Suroccidente, 20 encuestas en Suroriente, 20 encuestas en la zona Metropolitana y 14 encuestas en Riomar. El software para el procesamiento de datos es el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 19.

Resultados

Resultados Suroccidente

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta, que identifica las actividades realizadas por las mujeres bajo los criterios de la CAUTAL en la zona de Suroccidente de la ciudad de Barranquilla, arrojaron la siguiente caracterización:

A) Edad	
18 a 24	5
25 a 31	5
32 a 38	4
39 a 45	3
46 a 52	3
53 a 59	3
60 a 66	0
67 o más	0
Total	23

La mayoría de las mujeres encuestadas se encuentran en el rango de 18 a 24 años, y de 25 a 31 años, con un valor de cinco en cada caso, equivalente al 28 % cada una. El segundo rango que más concentra mujeres encuestadas en esta zona se da entre los 32 a 38 años, representado en un 17 %; y de 39 a 45 años, de 46 a 52 años y de 53 a 59 años. La representación de las mujeres encuestadas refleja un 13 % del total para la zona.

B) Estado Civil	
Soltera	7
Casada	6
Divorciada	2
Viuda	1
Unión Libre	7
Total	23

Con relación al estado civil, el 30,4 % de las mujeres encuestadas son solteras y en unión libre, el 26,1 % son casadas, mientras que el 9 % corresponde a divorciadas, y solo el 4 % son viudas.

C) Nivel de estudios	
Primaria incompleta	1
Primaria completa	2
Básica secundaria incompleta	0
Básica secundaria completa	1
Educación media incompleta	6
Educación media completa	3
Educación universitaria incompleta	5
Educación universitaria completa	5
Con estudios de posgrado	0
Total	23

Referente al nivel de estudios, el 26,1 % de las mujeres se ubican en educación media incompleta, reflejando así una mayoría que no ha finalizado sus estudios en educación superior. En esta misma línea, el 22 % no ha completado sus estudios universitarios, sin embargo, en este mismo nivel se ubican aquellas mujeres que cuentan con una formación profesional. El 9 % de las mujeres solo ha llegado a la primaria completa y solo el 4 % no finalizó este mismo nivel.

D) Situación Ocupacional	
Empleada	9
Desempleada	4
Trabajadora independiente	5

Estudiante	2
Tareas domésticas no remuneradas	3
Jubiladas	0
Total	23

El 39,01 % muestra una situación ocupacional favorable para las mujeres encuestadas al estar empleadas; el 22 % de esta muestra son trabajadoras independientes, frente al 17,4 % desempleadas. El 13,04 % se dedican exclusivamente a tareas domésticas no remuneradas, mientras que el 9 % se encuentran estudiando.

E) ¿Dedica más tiempo a las labores del hogar?	
Si	18
No	5
Total	23

En la zona Suroccidente de la ciudad de Barranquilla, el 78,3 % de las mujeres encuestadas dedica más tiempo a las labores del hogar no remuneradas, y solo el 21,7 % no tiene esa condición; aun así, es una muestra representativa teniendo en cuenta que la mayoría se encuentra en una situación ocupacional como empleada o trabajadora independiente.

F) En caso de ser negativa la respuesta anterior, ¿quién es el principal responsable de realizar estas tareas en su hogar?	
Empleado con remuneración	0
Empleada con remuneración	0
Cónyuge/Pareja	0
Hija	2
Hijo	0
Padre	0
Madre	1
Hermana	0
Hermano	0
Otro familiar	2 (Femenino)
Otra persona no remunerada	0
Total	5

La tendencia en los resultados marca que el sexo femenino, con las hijas, la madre y otras familiares mujeres son las encargadas de realizar las labores domésticas del hogar, evidenciando una nula participación de los hombres en el desarrollo de dichas actividades.

G) Número total de hijos	
Sin Hijas/os	5
Un/a Hija/o	7
Dos Hijas/os	6
Tres Hijas/os	4
Cuatro Hijas/os	1
Cinco o más Hijas/os	0
Total	23

La mayoría de las mujeres encuestadas tienen entre uno (30,4 %) y dos (26,1 %) hijos/as, frente al 21,7 % que no tiene hasta el momento ninguno. El 17,4 % tiene tres hijas/os, mientras que solo el 4,3 % llega a cuatro hijas/os.

H) Edad de las/os hijas/os	
0 y 5 años	3
6 y 10 años	5
10 y 15 años	4
16 o más	20
Total	32

Del total de hijos registrados en el instrumento, entre el intervalo de 16 o más años se condensa el mayor número con 20, seguido por las edades entre 6 y 10 años con 5 hijos. Los intervalos con edades entre los 10 y 15 años, y de 0 a 5 años con 4 y 3 hijas/os respectivamente.

I) Total personas mayores de 60 años conviviendo con la familia	
Mujeres	3
Hombres	4
No Hay	16
Total	23

Aunque el número de personas mayores de 60 años conviviendo con la familia es bajo, se muestra que 4 son del sexo masculino, mientras que tres corresponden al sexo femenino.

J) Personas en situación de desplazamiento	
Sí	0
No	23

Sobre esta pregunta los resultados no arrojan ningún número significativo que refleje atención a esta población.

K) Parentesco con la jefatura del hogar	
Soy la jefa del hogar	13
Esposa/compañera	3
Hija/hijastra	2
Nieta	1
Madre o suegra	0
Hermana/hermanastra	0
Otro parentesco	0
Empleada del servicio doméstico	0
Sin parentesco con la jefa/ el jefe del hogar	4
Total	23

Las mujeres en la zona Suroccidente de Barranquilla, representadas en un 57 %, son las jefas del hogar, siendo un porcentaje representativo por asumir la responsabilidad de velar por los hogares a los que pertenecen; el 17,3 % de las personas encuestadas no tienen ningún tipo de parentesco con la jefa del hogar, mientras que 13 % de las mujeres encuestadas son esposas o compañeras de su pareja que asume este rol.

L) Tipo de vivienda	
Casa	9
Apartamento	14
Habitación(es)	0
Otro tipo	0
Total	23

El 61 % de las personas encuestadas tienen como tipo de vivienda apartamento, mientras que el 39 % restante habita en casas.

L) Tenencia de la vivienda	
Propia pagada	11
Propia pagándose	1
Arrendada	5
Propiedad de un familiar	4
De otro tipo	2
Total	23

El 48 % de las mujeres encuestadas posee vivienda paga, cifra positiva pero que muestra que la otra mitad no cuenta con un bien propio, donde la suma de la vivienda arrendada, propiedad de un familiar y de otro tipo asciende al mismo porcentaje. Solo una de las personas encuestadas se encuentra actualmente pagando su propiedad.

M) Servicios públicos o privados con los que se cuenta	
Energía eléctrica	23
Teléfono	16
Acueducto	23
TV cable	16
Aseo urbano	22
Gas domiciliario	22
Internet	15

La energía eléctrica, el acueducto, el gas domiciliario y el aseo urbano aparecen de manera regular como esos servicios públicos con los que cuentan las mujeres encuestadas. A pesar de esta información, el acceso a televisión, TV cable e Internet presenta una cobertura del 70 %.

N) Equipamiento de vivienda		
Artefacto	Sí	No
Máquina lavadora de ropa	18	5
Nevera	22	1

Secadora de Ropa	10	13
Licuadaora	21	2
Cocina eléctrica/gas	23	
Plancha	17	6
Lavadora de platos	14	9
Horno eléctrico/gas	16	7
Aspiradora/pulidora	1	22
Computador	19	4
Automóvil	5	18
Microondas	11	12

Algunos elementos como nevera (22) para la conservación de alimentos, licuadaora (21) para la preparación de los mismos, cocinas eléctricas/gas (23), e incluso computadores (19), son los más comunes equipos que componen la vivienda; sin embargo, el acceso a un automóvil (5), una plancha (17) o un microondas (11) es más limitado.

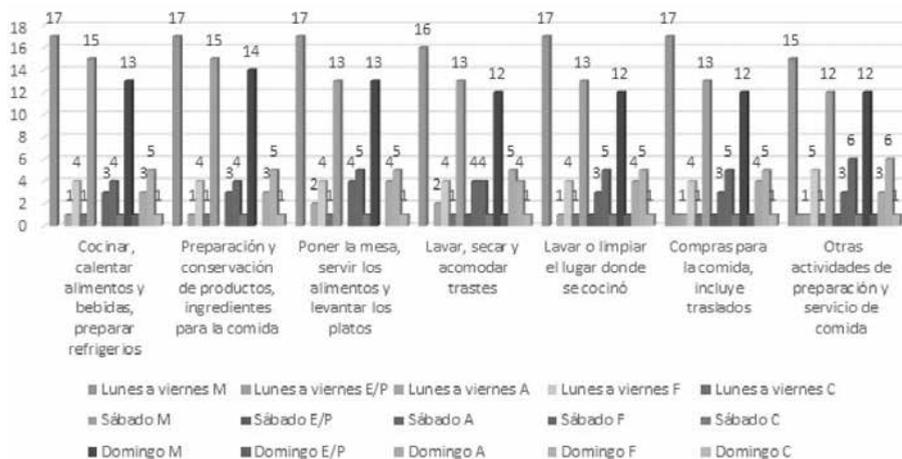


Gráfico 5. Preparación y servicio de comida

Realizado el levantamiento de información en el ítem de *Preparación y servicio de comida*, se determina que son las mujeres encuestadas las que se responsabilizan de la mayoría de las actividades. En las actividades de *cocinar, calentar alimentos y bebidas, preparar refrigerios, y Preparación y conservación de productos, ingredientes para la comida*, el 65 % está representado por quienes diligenciaron la encuesta, complementado por el 56 % de la participación de las mismas en las actividades siguientes para la preparación y conservación de alimentos.

Los domingos la tendencia sigue siendo la misma, donde el grado de participación de las mujeres encuestadas pasa del 52 % al 56 %, sin embargo, se observa que el principal apoyo que tienen las mujeres para desarrollar cada una de estas actividades son otros familiares, donde mínimamente disminuyen las cargas, pero sigue con un alto porcentaje.

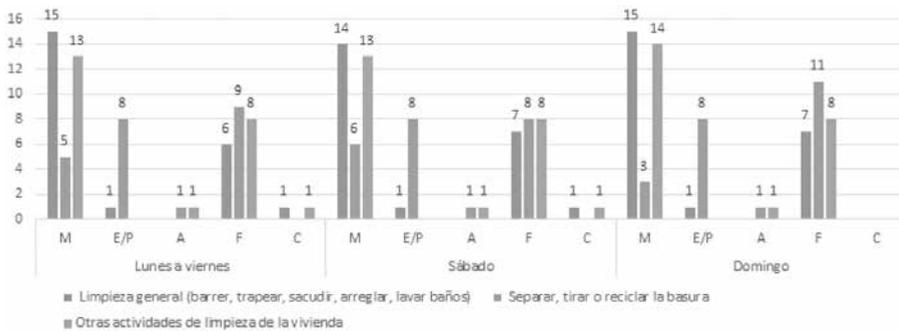


Gráfico 6. Limpieza de la vivienda

En la categoría de la limpieza de la vivienda, la tendencia determina que el 65 % de las mujeres encuestadas son las encargadas de realizarla toda la semana, en relación con la actividad de limpieza general. En cuanto a separar, tirar o reciclar basura, el 34 % de las parejas son los encargados, mientras que los domingos el 50 % sostiene que otros familiares la realizan.

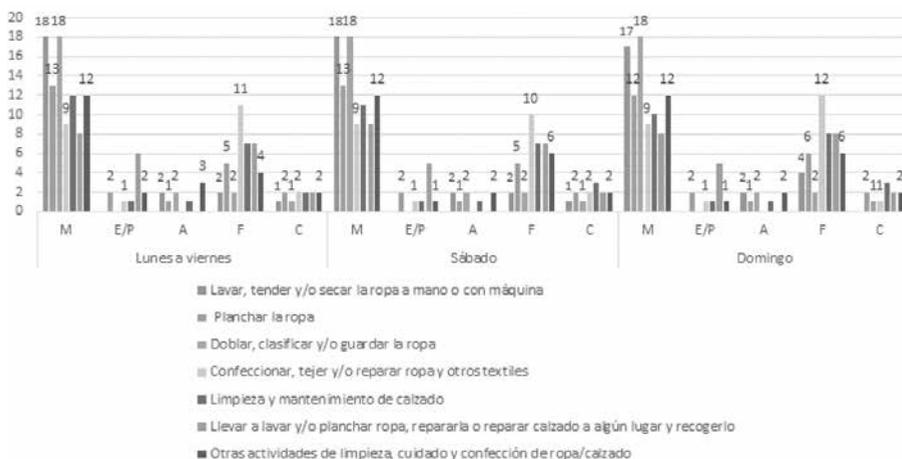


Gráfico 7. Limpieza, cuidado y confección de ropa/calzado

Para las actividades de lavar, tender y/o secar la ropa a mano o máquina, el 78 % de las mujeres afirman ser las responsables de hacerlo de lunes a domingo, al igual que doblar, clasificar y/o guardar la ropa. Con relación al planchado, el 57 % lo hace de lunes a sábado, mientras que el domingo el porcentaje disminuye, pero sigue siendo significativo con un 52 %.

Sobre la actividad de confeccionar, tejer, y/o reparar ropa y otros textiles, familiares de las mujeres encuestadas son los responsables de lunes a viernes reflejado en un 47 %, los sábados en un 43 % y los domingos con un 52 %. A pesar de ello la diferencia no muestra una distribución equitativa de la actividad, arrojando una carga permanente en las mujeres.

Sobre quién asume el rol de administrador/a/ del hogar, se encontró que el 35 % de las mujeres realizan trámites y/o pagos de servicios de lunes a viernes, cifra que aumenta los fines de semana en un 39 %. En la organización de documentos, presupuestos y papeles para el hogar los resultados no se alejan de la actividad anterior debido a que el 43 % de las personas encuestadas son las que llevan este registro; en el tema de vigilar la seguridad del hogar, un 34 % de las mujeres encuestadas reconoce a su pareja como esa figura que realiza tal actividad, mientras que un 30 % identifica a otro familiar. El 26 % restante corresponde a mujeres encuestadas.

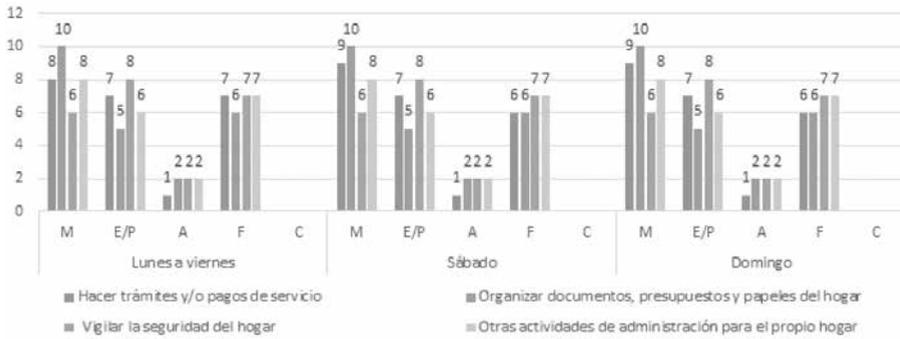


Gráfico 8. Administración del hogar

Cabe destacar cómo en la gestión y administración del hogar, disminuye la proporción del trabajo que realizan las mujeres y aumenta el porcentaje de actividades de la pareja, lo que habría que evaluar es hasta qué punto esto responde a los roles tradicionales de género que determinan que el papel de administrador es de los hombres.

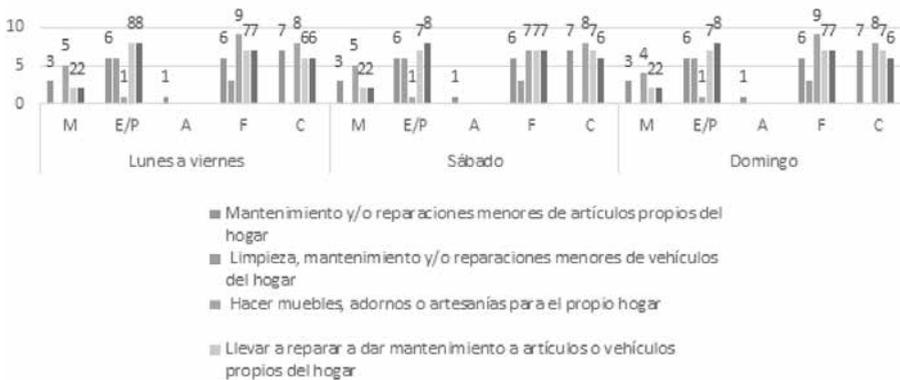


Gráfico 9. Título del mantenimiento, instalaciones y reparaciones menores en la vivienda, artículos y vehículos propios del hogar

A diferencia de las actividades anteriores, las mujeres encuestadas tienen una moderada participación en el mantenimiento, instalaciones y reparaciones menores de la vivienda, artículos, vehículos propios. De las que manifestaron tener un vehículo propio, el 66,7 % de las actividades relacionadas con este bien, es asumido por la pareja, mientras que otros familiares (33 %), son los

encargados de velar por el monitoreo permanente del medio de transporte. Aunque el mayor porcentaje de trabajo realizado por las mujeres encuestadas corresponde al mantenimiento de los artículos propios del hogar (13 %), los otros familiares y personas contratadas dedican más atención a la mayoría de estas actividades, incluso a hacer muebles o artesanías donde las mujeres mantienen un resultado constante de 26 % en las respuestas.

Se evidencia que, en el mantenimiento, instalaciones y reparaciones menores, debido a la división sexual del trabajo, estas son actividades consideradas “propias” de los hombres y por eso es menor su realización por parte de las mujeres.

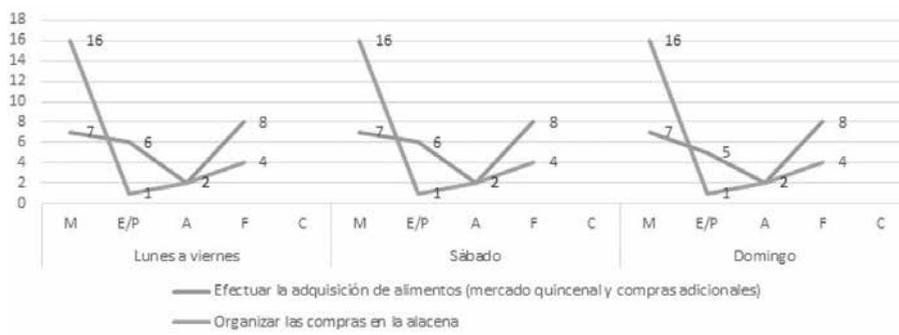


Gráfico 10. Compras para el hogar

El 70 % de las mujeres encuestadas son las encargadas de organizar las compras en la alacena, mientras que la adquisición de alimentos se reparte entre los familiares (34,7 %), la pareja (26,1 %), y las mismas mujeres (30,4 %).

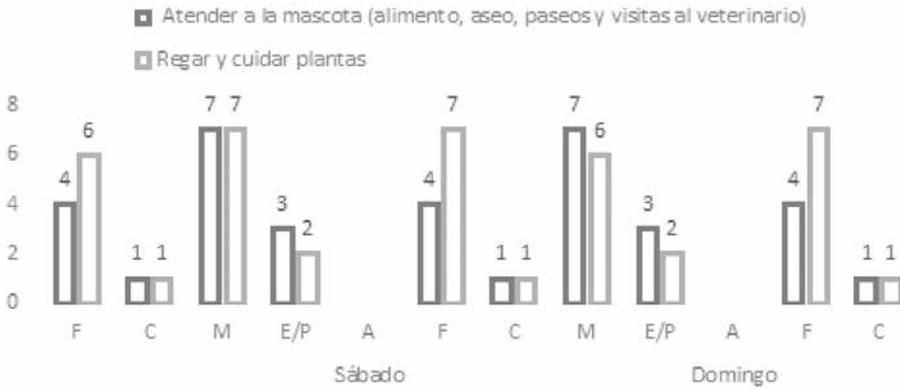


Gráfico 11. Cuidado de mascotas y plantas

En la atención a mascotas y plantas, la tendencia en los días de semana y los fines de semana ubican a la mujer encuestada como la responsable de realizar estas actividades, seguido de otros familiares que se dedican a cuidar ambos.



Gráfico 12. Cuidado personal y de atención física a niñas/os menores de 15 años

Sobre el cuidado personal y atención física a menores de 15 años, el total recolectado arroja que casi el 80 % de las mujeres encuestadas, de lunes a domingo, son las responsables de atender a esta población. El apoyo de los demás integrantes es mínimo frente a lo que corresponde a las personas encuestadas.

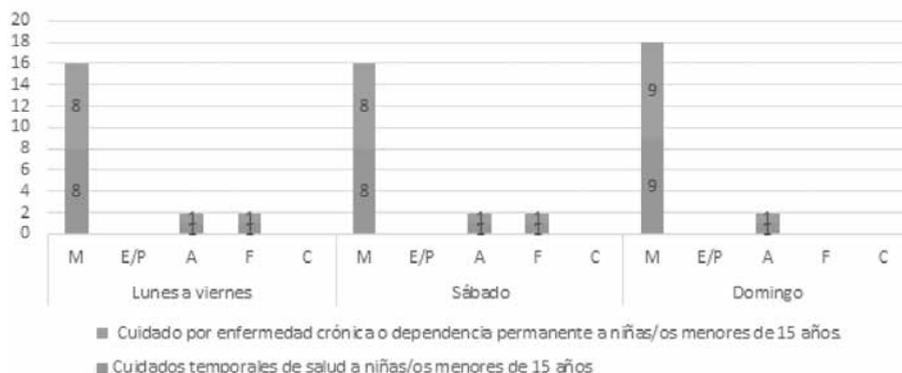


Gráfico 13. Cuidados de salud a niñas/os menores de 15 años

La mayoría de las mujeres encuestadas (80 %) son las encargadas de atender y ocuparse de los cuidados de salud a niñas/os, mientras que los domingos la atención se incrementa en un 10 %.

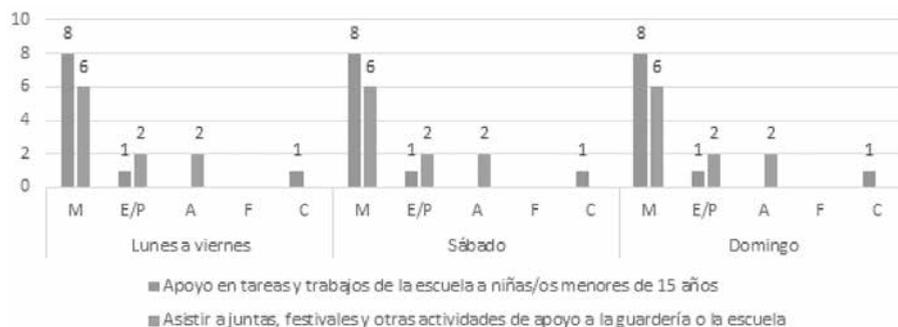


Gráfico 14. Apoyo escolar y/o de aprendizaje a niñas/os menores de 15 años

Para el apoyo en el desarrollo de tareas y trabajos de escuela, el 80 % de esta labor recae sobre las mujeres encuestadas, mientras que la asistencia a eventos se ubica en un 60 %, cifra más alta que la asistencia en pareja donde solo se registra el 20 %.



Gráfico 15. Acompañamiento y traslados a actividades de cuidado o apoyo a niñas/os menores de 15 años

En el acompañamiento, llevar y recoger niños/as en la escuela, las mujeres encuestadas, representadas en un 50 %, son las que asumen esa responsabilidad de lunes a viernes, distribuyendo el otro 50 % entre la pareja, ambos miembros, otro familiar o persona contratada.

En relación con llevar a las niñas/os para la atención en salud, el 90 % de lunes a viernes, y el 80 % los sábados y domingos corresponde a las mujeres encuestadas. El 60 % de estas afirman ser las encargadas de llevar, traer y acompañar a cualquier lugar, con un mínimo apoyo de sus parejas y otros familiares (entre el 10 % y el 20 %).

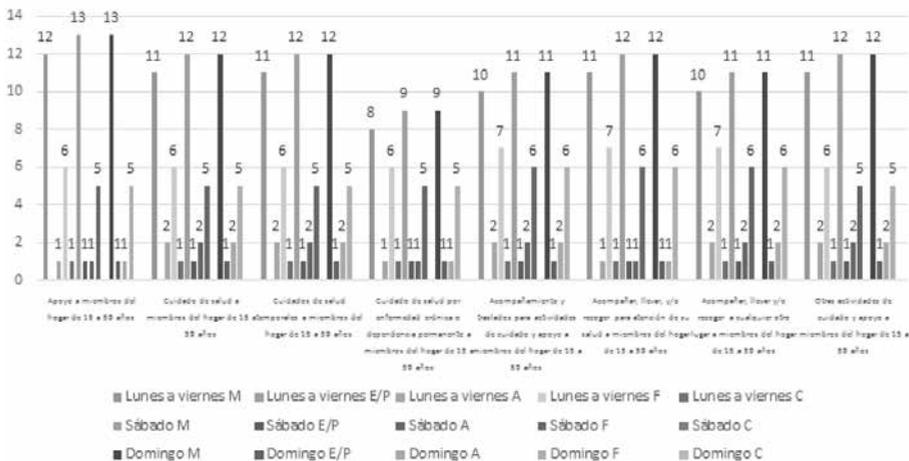


Gráfico 16. Cuidados a miembros del hogar de 15 a 59 años

En la atención a personas entre 15 y 59 años, las mujeres encuestadas, de lunes a domingo, son las encargadas de realizar cada una de las actividades en su mayoría. Aunque en casi todas las acciones otros familiares y personas contratadas asumen responsabilidades parciales en las actividades, no deja de ser predominante la participación de la mujer en cada uno de estos aspectos.

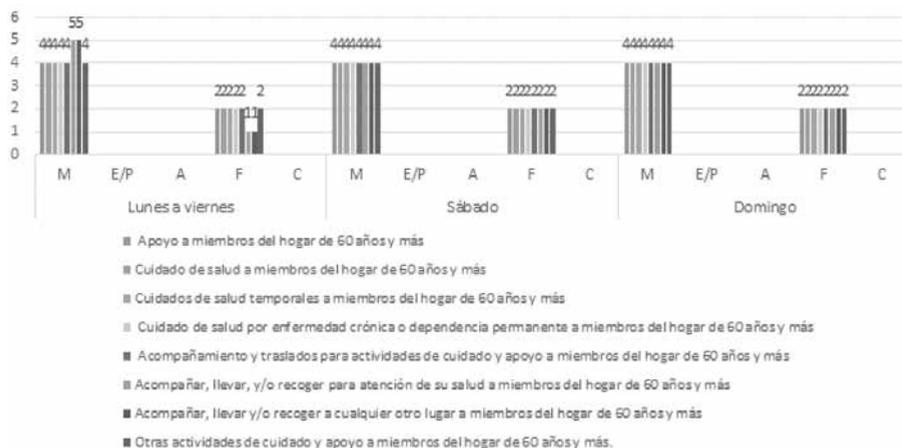


Gráfico 17. Cuidados a miembros del hogar de 60 años y más

Del total de seis encuestas a personas que afirman convivir con otras mayores de 60 años, son las mujeres encuestadas las que las atienden junto con otros familiares. Acompañar a los adultos/as mayores para la atención en salud y a cualquier lugar son los resultados más relevantes con un 83 %, mientras que en el resto de las actividades y días, la participación de aquellas se ubica en el 67 %.

Este dato resulta relevante, porque está asociado con la conciliación de la vida familiar con la laboral, quedando demostrado que cuando hay personas mayores de 60 años que requieren acompañamiento para ir a citas médicas u otras actividades relacionadas con la salud, se da por descontado que es una mujer que servirá de acompañante; si se trata de una mujer que trabaja fuera del hogar y tiene un trabajo asalariado, implica la solicitud de permisos laborales, en virtud de la naturalización de esas actividades como propias de las mujeres.

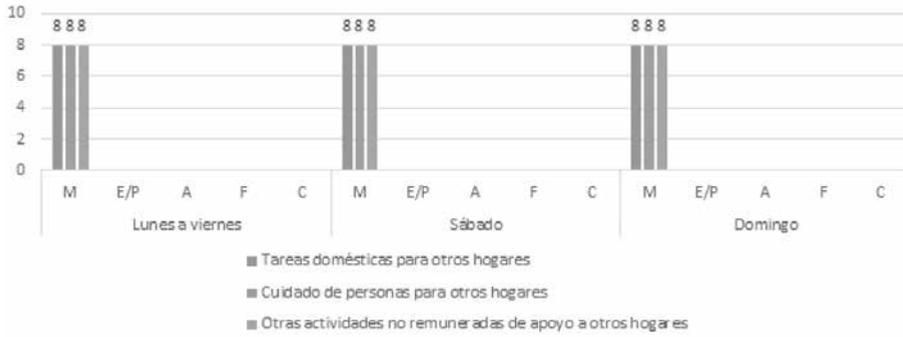


Gráfico 18. Apoyo no remunerado a otros hogares

De las ocho mujeres que realizan apoyo no remunerado a otros hogares, el 100 % coincide en que les corresponde realizar tal actividad de lunes a domingo.

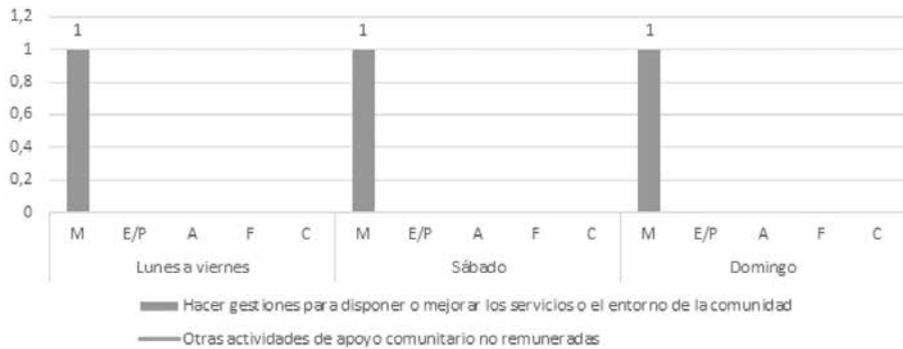


Gráfico 19. Trabajo comunitario no remunerado

Solo una de las mujeres encuestadas realiza trabajos con la comunidad sin ningún tipo de remuneración.

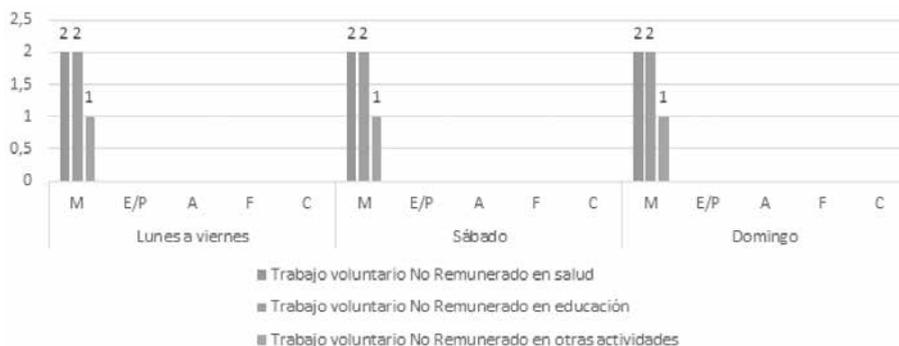


Gráfico 20. Trabajo voluntario no remunerado a través de instituciones sin fines de lucro

En el tema de trabajo voluntario a instituciones sin fines de lucro, se observa que las actividades de salud y educación no remuneradas son realizadas por las mujeres encuestadas los siete días de la semana.

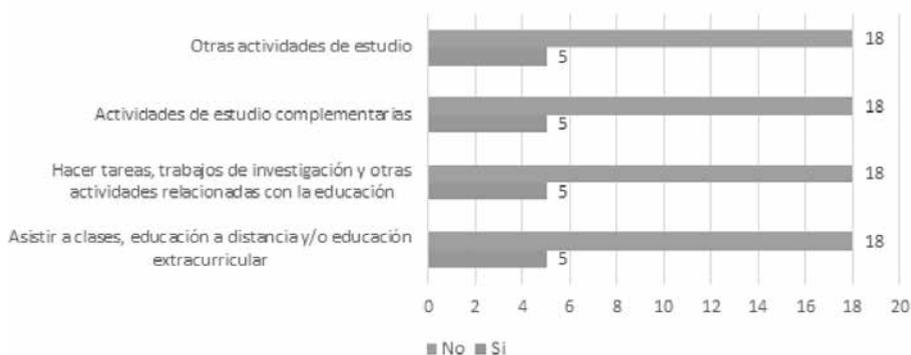


Gráfico 21. Aprendizaje y estudios

El 78 % de las mujeres no están involucradas en actividades relacionadas con aprendizaje y estudio, y solo el 22 % se encuentra inmersa en alguna de estas actividades. Los principales motivos que manifiestan las mujeres encuestadas se relacionan con la falta de tiempo (6 encuestadas), seguido por el poco interés por la actividad (5 respuestas). Resaltan en las respuestas de algunas de ellas, ver la edad como impedimento, para estudiar (3), y la falta de recursos junto a no sabe no responde con respuestas a cada uno de los ítems.



Gráfico 22. Motivos pregunta T.1

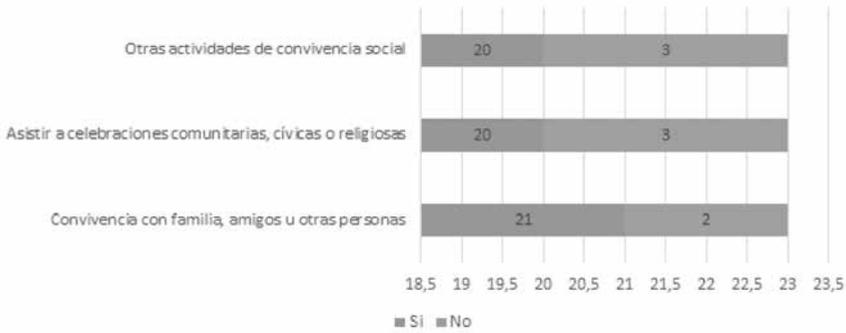


Gráfico 23. Convivencia social con familiares, amigos u otras personas

Frente a la convivencia o reuniones familiares, las mujeres encuestadas sí participan de la mayoría de las actividades con familiares, amigos/as, así como celebrar fiestas religiosas o cívicas. Del bajo número de mujeres que respondieron negativamente, la falta de tiempo se convierte en la razón principal de la no participación a este tipo de eventos con 3 respuestas, seguida del no sabe/no responde (2).



Gráfico 24. Motivos pregunta U.1 para no asistir a convivencia social con familiares, amigos u otras personas

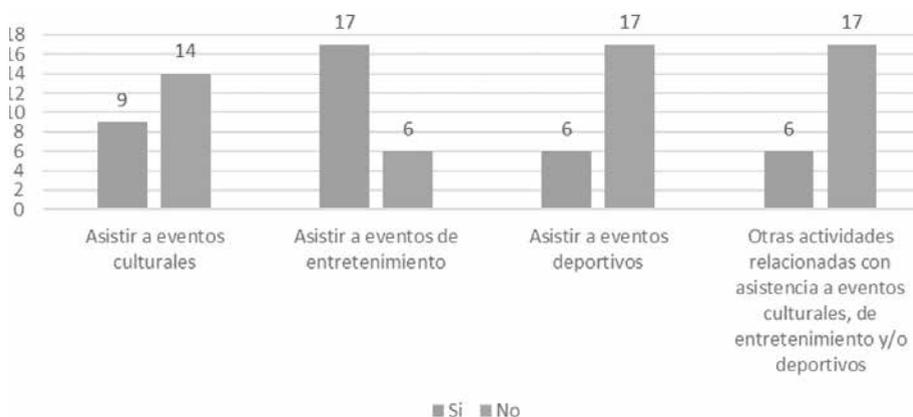


Gráfico 25. Asistencia a eventos culturales, de entretenimiento y/o deportivos

Frente a la asistencia a eventos culturales, el 61 % de las mujeres dieron una respuesta negativa, igual que a eventos deportivos donde el 74 % también da una respuesta adversa. Únicamente la asistencia a eventos de entretenimientos obtiene un resultado positivo con un 74 %. Con lo anterior, las mujeres encuestadas reconocen en un 27 % que el tiempo o el bajo interés en la actividad impide que puedan gozar plenamente de estas actividades.

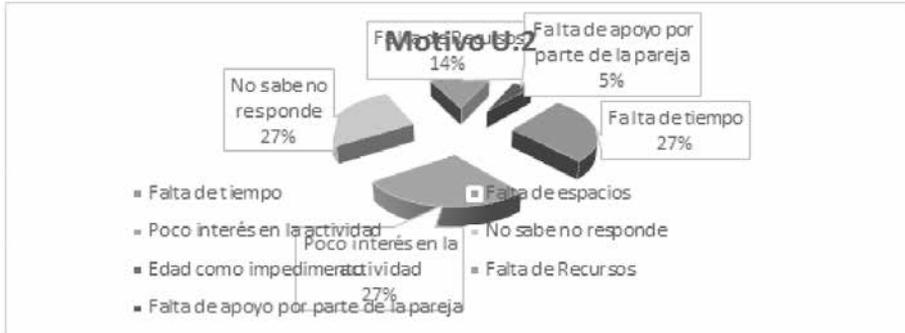


Gráfico 26. Motivos pregunta U.2

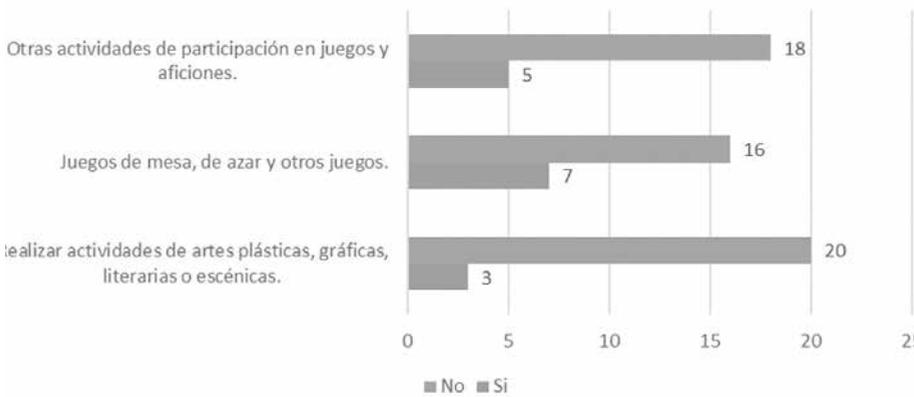


Gráfico 27. Aficiones, juegos y otros pasatiempos

La participación en juegos de azar, y de mesa, así como el desarrollo de actividades relacionadas con las artes plásticas, gráficas o literarias es baja en los tres ítems. Se reafirma en este espacio la falta de tiempo, seguido al no sabe/no responde y la falta de interés en la actividad.



Gráfico 28. Motivos pregunta U.4 por el que no tiene aficiones, juegos y otros pasatiempos

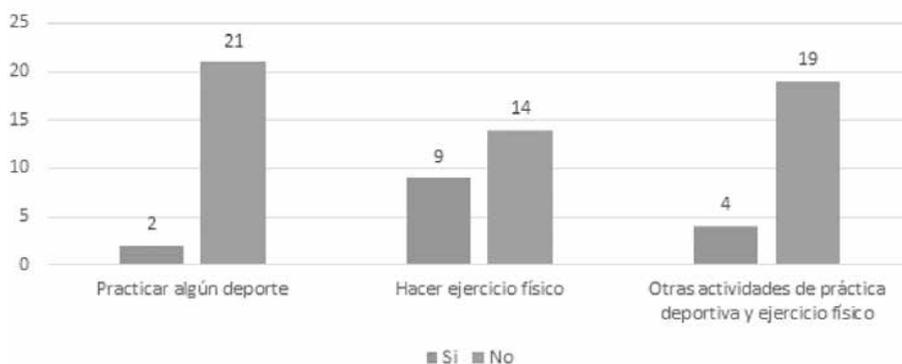


Gráfico 29. Deportes y ejercicio físico

En temas relacionados con el deporte y ejercicio físico, sigue existiendo una carente participación de las mujeres encuestadas, el 91 % no hace deporte, y el 60 % no hace ejercicio físico. La falta de tiempo predomina dentro de los motivos de respuesta que justifican como causa para no realizar esta actividad.

Este dato resulta significativo en la medida en que han sido reconocidos el deporte y el ejercicio físico como factores que favorecen a la salud bajo un enfoque integral y se constituyen en herramientas personales que contribuyen con el bienestar.



Gráfico 30. Motivos pregunta U.3 por la que no práctica deporte ni ejercicio físico

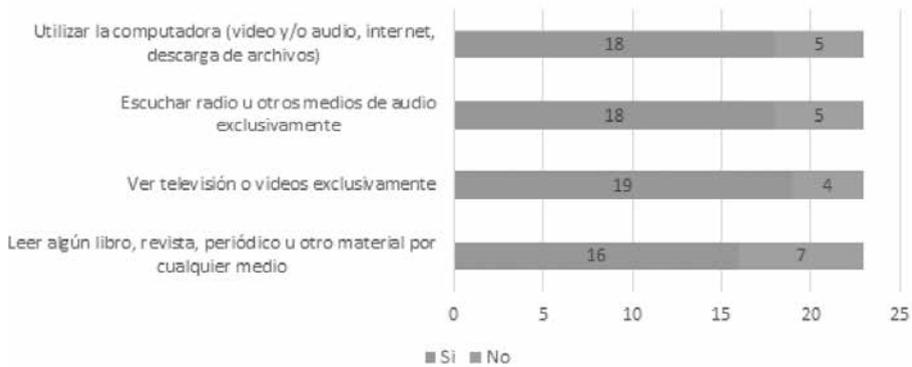


Gráfico 31. Utilización de medios de comunicación

En el uso de medios de comunicación, los porcentajes muestran resultados positivos en su manejo. Dentro de los motivos que presentan las mujeres que no realizan estas actividades se encuentra la opción de no sabe/no responde, así como el poco interés en la actividad. Una de las encuestadas manifestó no saber leer y no tener una PC para el acceso a contenidos multimedia o televisivo.



Gráfico 32. Motivos pregunta U.5 por los que no utilizan medios de comunicación

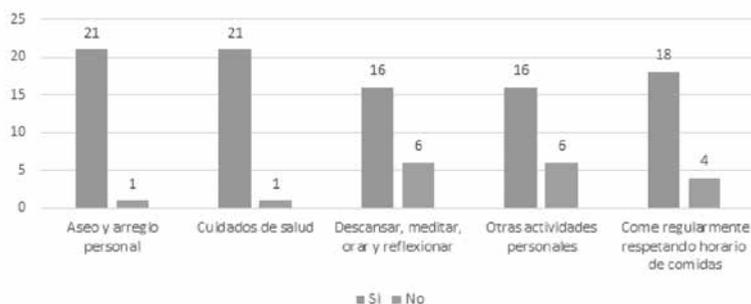


Gráfico 33. Cuidados personales

Sobre los cuidados personales de las mujeres encuestadas, la mayoría afirma realizar la totalidad de las actividades condensadas en el respectivo ítem. Nuevamente la falta de tiempo se convierte en un motivo que limita el desarrollo de la mayoría de las actividades.

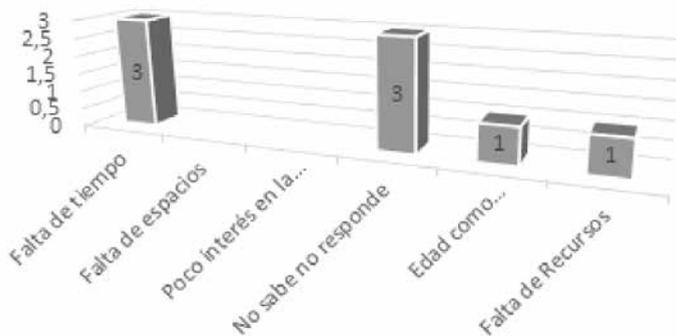


Gráfico 34. Motivos pregunta U.6 por los que no atienden su cuidado personal

Resultados Norte-Centro Histórico

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta, que identifica las actividades realizadas por las mujeres bajo los criterios de la CAUTAL en la Zona Norte-Centro Histórico de la ciudad de Barranquilla, arrojaron la siguiente caracterización:

A) Edad	
18 a 24	3
25 a 31	4
32 a 38	7
39 a 45	2
46 a 52	1
53 a 59	
60 a 66	5
67 o más	1
Total	23

Las mujeres encuestadas se ubican en el rango de 32 a 38 años, equivalente a un 38 %; el 21 % corresponde a mujeres en el intervalo de 60 a 66 años; el 17 % de las encuestadas se encuentran en el rango de edades de 25 a 31 años, mientras que el 13 % se asienta en las edades de 18 a 24 años. El 8 % de las mujeres están en el intervalo de 39 a 45 años y el 4 % condensa las edades de 46 a 52 años y de 67 años o más.

B) Estado Civil	
Soltera	8
Casada	5
Divorciada	2
Viuda	3
Unión Libre	5
Total	23

El 34 % de las mujeres presentan un estado civil soltera; el 22 % son casadas o viven en unión libre; el 13 % son mujeres viudas, mientras que las divorciadas corresponden al 9 %.

C) Nivel de estudios	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Básica secundaria incompleta	
Básica secundaria completa	
Educación media incompleta	
Educación media completa	4
Educación universitaria incompleta	3
Educación universitaria completa	12
Con estudios de posgrado	4
Total	23

Los niveles de estudios en esta zona de Barranquilla son más altos en comparación con el Suroccidente, el 52 % de las mujeres son profesionales universitarias, el 17 % posee estudios de posgrados; ambos porcentajes son positivos, teniendo en cuenta que el 17 % tiene una educación media completa, y el 13 % ha cursado alguna vez una carrera profesional sin finalizarla.

D) Situación Ocupacional	
Empleada	8
Desempleada	1
Trabajadora independiente	4
Estudiante	4
Tareas domésticas no remuneradas	2
Jubiladas	4
Total	23

El 35 % de las mujeres se encuentran trabajando en una organización, mientras que el 17 % tiene una situación ocupacional como trabajadoras independientes y estudiantes, así como mujeres jubiladas; el 9 % se dedica a tareas domésticas no remuneradas y solo el 4 % se encuentra en una situación de desempleo.

E) ¿Dedica más tiempo a las labores del hogar?	
Si	12
No	11
Total	23

Las labores del hogar presentan un equilibrio de acuerdo con los resultados; aunque ligeramente un 52 % afirma que dedica más tiempo a tal labor, el 47 % dio una respuesta negativa frente a esta responsabilidad.

F) En caso de ser negativa la respuesta anterior, ¿quién es el principal responsable de realizar estas tareas en su hogar?	
Empleado con remuneración	1
Empleada con remuneración	1
Cónyuge/Pareja	1
Hija	3
Hijo	
Padre	
Madre	3
Hermana	1
Hermano	
Otro familiar	1 (Femenino)
Otra persona no remunerada	
Total	11

Las personas que dedican más tiempo a las tareas del hogar después de ellas mismas, son las madres (3), al igual que las hijas (3); mientras que, empleados con remuneración, empleada con remuneración, la pareja y otro familiar son definidos por las mujeres encuestadas como las personas que también realizan tales actividades.

G) Número total de hijos	
Sin Hijas/os	7
Un/a Hijo/a	11
Dos Hijas/os	4

Tres Hijas/os	1
Cuatro Hijas/os	
Cinco o más Hijas/os	
Total	23

El 48 % de las mujeres encuestadas tienen un/a solo/a hija/a, mientras que el 30 % no tiene ninguno por el momento. El 17 % tiene dos hijas/os y el 4 % cuenta con tres en total.

H) Edad de las/os hijas/os	
0 y 5 años	2
6 y 10 años	3
10 y 15 años	
16 o más	17
Total	22

El 77 % de las/os hijas/os tienen 16 años o más, mientras que el 14 % se ubica entre 6 y 10 años. El 9 % restante tienen hijas/os entre 0 y 5 años.

I) Total personas mayores de 60 años conviviendo con la familia	
Mujeres	3
Hombres	5
No Hay	15
Total	23

Del total de encuestas que referencian a personas mayores viviendo con las mujeres encuestadas, el 22 % son hombres, mientras que el 13 % son mujeres.

J) Personas en situación de desplazamiento	
Sí	
No	23

No referencian personas en situación de desplazamiento para la zona Norte-Centro Histórico.

K) Parentesco con la jefatura del hogar	
Soy la jefa del hogar	12
Esposa/compañera	1
Hija/hijastra	7
Nieta	1
Madre o suegra	1
Hermana/hermanastra	1
Otro parentesco	
Empleada del servicio doméstico	
Sin parentesco con la jefa/ el jefe del hogar	
Total	23

El 52 % afirma ser la jefa del hogar. El 30 % presenta un parentesco como hijas/hijastras, frente al 4 % que registra las opciones de esposa/compañera, nieta, madre o suegra y hermana/hermanastra.

L) Tipo de vivienda	
Casa	9
Apartamento	14
Habitación(es)	
Otro tipo	
Total	23

El 61 % de las mujeres encuestadas viven en apartamentos, mientras que el 39 % tiene casas como tipo de vivienda.

LI) Tenencia de la vivienda	
Propia pagada	8
Propia pagándose	7
Arrendada	7
Propiedad de un familiar	1
De otro tipo	
Total	23

En la tenencia de vivienda, el 34 % posee una vivienda propia pagada, mientras que el 30,4 % se ubica en la opción de propia pagándose y arrendada, cifra positiva en cuanto a la propiedad de este bien. Solo el 4 % manifiesta que la vivienda es de un familiar.

M) Servicios públicos o privados con los que se cuenta	
Energía eléctrica	23
Teléfono	22
Acueducto	23
TV cable	23
Aseo urbano	23
Gas domiciliario	23
Internet	23

Los servicios públicos en todos los casos son cubiertos en su totalidad, a excepción del servicio de telefonía en un 96 %, en los demás casos alcanzan el 100 % en cada una de las viviendas de las encuestadas.

N) Equipamiento de vivienda		
Artefacto	Sí	No
Máquina lavadora de ropa	23	
Nevera	23	
Secadora de ropa	18	5
Licuadaora	23	
Cocina eléctrica/gas	23	
Plancha	22	1
Lavadora de platos	10	13
Horno eléctrico/gas	20	3
Aspiradora/pulidora	6	17
Computador	18	5
Automóvil	11	12
Microondas	15	8

Sobre el equipamiento de la vivienda, la mayoría de los artefactos se encuentran en los hogares. Elementos como automóviles que cubre casi el 50 %

de los hogares, así como el acceso a tecnologías de la información en casi un 78 % de los hogares. Sobre los demás artefactos hay un cubrimiento mayor al 60 % a excepción de aspiradoras y pulidoras que marcan una tendencia generalizada en todas las zonas.

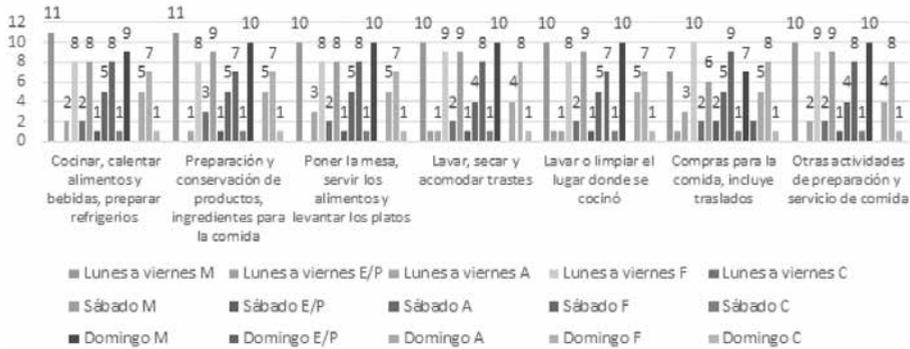


Gráfico 35. Preparación y servicio de comida

La tendencia en la preparación y servicio de comida refleja que las mujeres encuestadas, de lunes a viernes, son las encargadas de realizar las acciones de cocinar, calentar alimentos y bebidas, y preparar refrigerios, así como la preparación y conservación de productos e ingredientes para la comida en un 48 %.

Los sábados algunas actividades como cocinar, calentar alimentos y bebidas y preparar refrigerios; poner la mesa, servir alimentos y levantar los platos son realizadas por un 34 %, mientras que en el resto de las actividades un 39 % los desarrolla. Con relación a los domingos, a excepción de las compras de comida y traslados, las mujeres realizan estas actividades con una mayoría del 43 %.

Entre los resultados se destaca un apoyo significativo de otros familiares, siendo un apoyo sustancial de lunes a domingo, entre el 34 % y el 44 %. Predomina en familiares la acción de compra de comida y traslados, donde son las/los principales responsables de realizarlo durante la semana. Por último, el 21 % afirma realizar estas actividades en pareja.



Gráfico 36. Limpieza de vivienda

Sobre las actividades de limpieza general, de lunes a viernes las mujeres encargadas de realizarlas se ubican en un 48 %, mientras que otros familiares participan con un 26 %. Los sábados se evidencia que ambos miembros de la pareja hacen esta labor (13 %) así como un aumento mínimo de la participación de otros familiares con un 30,4 %, sin embargo, las mujeres mantienen un alto porcentaje en el desarrollo de esta actividad en un 39 %. Los domingos, la limpieza general recae sobre las mujeres (48 %), aumentando paulatinamente la participación de las parejas con un 13 %.

Sobre la actividad de separar, tirar o reciclar la basura, otros familiares son los encargados de realizarla, aunque las mujeres conservan una participación considerable durante la semana.

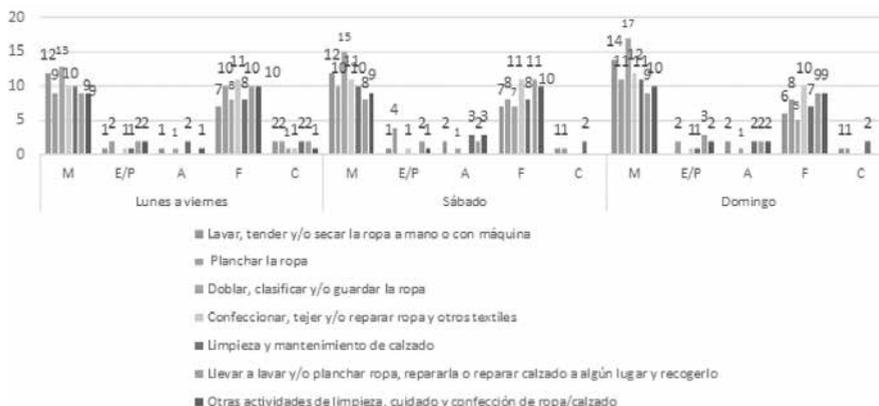


Gráfico 37. Lavar, secar y acomodar trastes

En las actividades de lavar, secar y acomodar trastes sigue existiendo una participación activa de las mujeres encuestadas en casi todas estas actividades. Los familiares se convierten en el principal apoyo de las mujeres, donde se resalta la confección, tejer y/o reparar ropa y otros textiles como la acción donde se presenta su mayor nivel de participación.

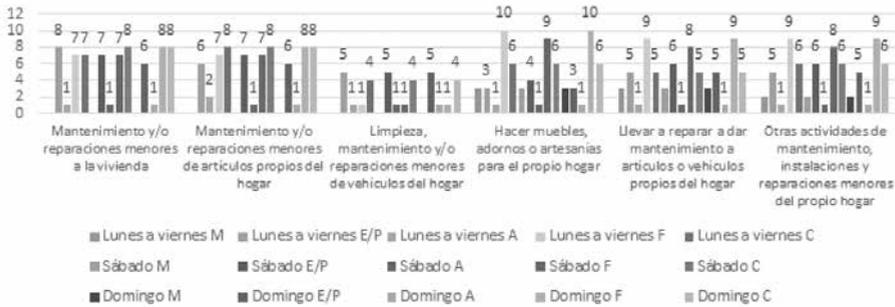


Gráfico 38. Mantenimiento, instalaciones y reparaciones menores en la vivienda, artículos y vehículos propios del hogar

En el tema de mantenimiento y reparaciones menores de la vivienda y vehículos, las mujeres tienen una nula participación en estas actividades así como en las de artículos menores del hogar y reparaciones a vehículos. Solo en la hechura de muebles, adornos o artesanías y en llevar a reparar artículos o vehículos. Aun así, durante la semana, se observa una tendencia donde los familiares, la pareja y las personas contratadas son quienes tienen esta responsabilidad. Todo esto sigue evidenciando la división sexual del trabajo.

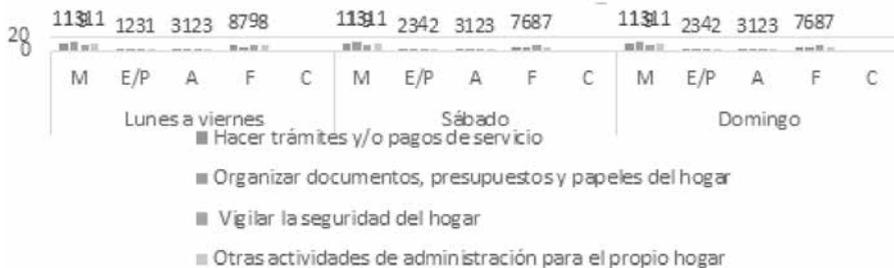


Gráfico 39. Administración del hogar

Los trámites y pagos de servicios los hacen en su mayoría las mujeres encuestadas de lunes a viernes (48 %), así como los sábados y el domingo con el mismo porcentaje. Son ellas quienes asumen la responsabilidad principal de organizar los documentos, representadas en un 57 %. Sobre la vigilancia del hogar, los compromisos se comparten con otros familiares, donde el 39 % de lunes a viernes, y el 34 % los sábados y domingos, reflejan una situación equilibrada entre ambas figuras. Contrasta con el Suroccidente donde los trámites y pagos de servicios no los realizan en porcentaje mayoritario las mujeres encuestadas.

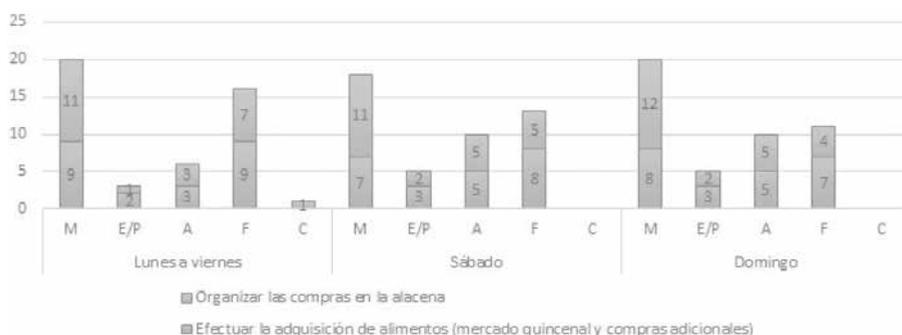


Gráfico 40. Compras para el hogar

En la actividad de adquisición de alimentos, de lunes a viernes las mujeres y otros familiares son quienes la realizan (39 %), tendencia que se modifica los sábados y domingos donde otros familiares son los encargados de realizarla, 34 % y 39 % respectivamente, así como el aumento de la participación de la pareja, en el que ambos la desarrollan (21 %).

Quienes organizan las compras en la alacena mayoritariamente son las mujeres encuestadas, representadas con el 49 % de lunes a sábado, y con el 52 % los domingos. Los fines de semana algunas mujeres encuestadas afirman realizar esta acción con sus parejas (21 %). No obstante, los familiares se mantienen como un apoyo constante en esta actividad.

De las encuestadas que manifestaron contar con plantas y mascotas, el 44 % de las mujeres atienden a las mascotas de lunes a sábado, y el 55 % realizan esta actividad los domingos. De acuerdo con los resultados, las parejas

(40 %) y las mujeres (30 %) son los encargados de regar y cuidar las plantas de lunes a sábado, pero los domingos el 40 % de esa responsabilidad es realizada por las mujeres encuestadas, mientras que el 30 % son las parejas.

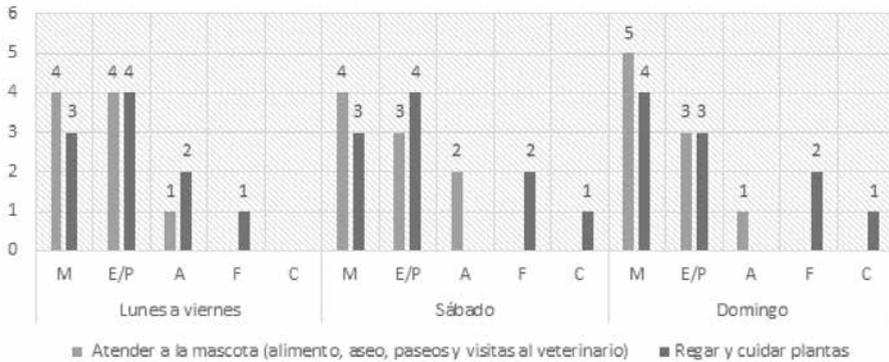


Gráfico 41. Cuidado de mascotas y plantas

En la categoría atención a menores de 15 años, se observa que de lunes a viernes en cada una de las actividades, la mujer es quien asume la totalidad de las acciones de jugar y platicar con niñas/os menores de 15 años; en las actividades de dar de comer a menores de seis años, cargarlos y acostarlos, así como bañarlos y asearlos, en el 83 % de los casos las realizan las mujeres encuestadas, mientras un 16 % otros familiares. Los sábados y los domingos ambos miembros de la pareja hacen esta actividad, disminuyendo en parte la carga sobre las mujeres encuestadas.

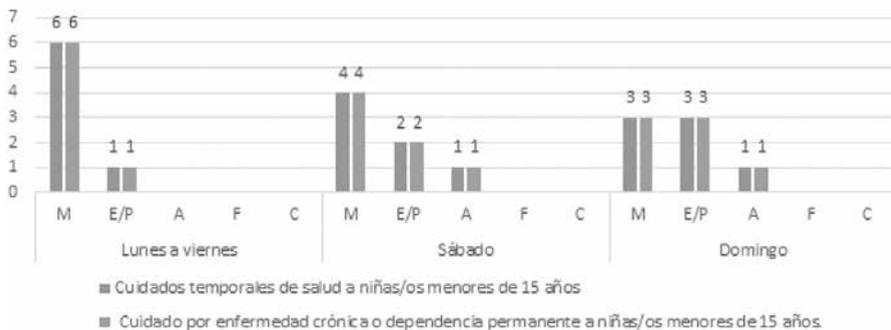


Gráfico 42. Cuidados de salud a niñas/os menores de 15 años



Gráfico 43. Cuidado personal y de atención física a niñas/os menores de 15 años

Frente a los cuidados de la salud a menores de 15 años y con dependencia permanente, el 86 % de las mujeres durante los 5 días de la semana son las encargadas de hacerlo, mientras que los fines de semana la participación de la pareja se ubica en el 29 % frente al 57 % de aquellas. Los domingos se equilibran las acciones respondiendo que un 43 % las realizan las mujeres, mientras que el otro 43 % lo hace en pareja.

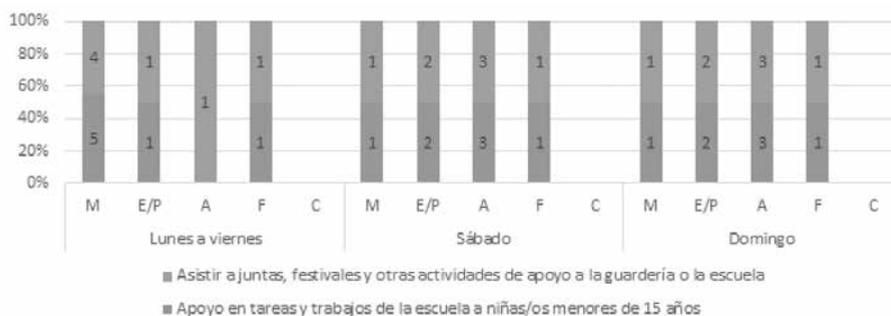


Gráfico 44. Título del apoyo escolar y/o de aprendizaje a niñas/os menores de 15 años

En el apoyo escolar y de aprendizaje a menores de 15 años, las mujeres encuestadas son las encargadas de apoyar las tareas y trabajos de la escuela de lunes a viernes, mientras que los fines de semana el 43 % los apoyan con sus parejas; la tendencia también marca que las parejas de las encuestadas participan más del proceso los sábados y domingos, ubicándose en el 29 %.

Sobre la asistencia a juntas, festivales o apoyo a guarderías o escuelas, de lunes a viernes, las mujeres encuestadas son las que en su mayoría cumplen con esta acción (58 %), mientras que los fines de semana se mantiene una curva igual a la actividad anterior.



Gráfico 45. Acompañamiento y traslados a actividades de cuidado o apoyo a niñas/os menores de 15 años

Frente a las actividades de acompañar a los menores de 15 años a la escuela, recogerlos u otras actividades, las mujeres encuestadas son quienes la realizan (71,4 %), al igual que los traslados a las escuelas y otros lugares corresponden a ellas en un 86 %. Los fines de semana, en cada una de las actividades, prevalece la atención de estas actividades en pareja, reflejados en el 43 % de las respuestas para cada una de las opciones. Los resultados presentan una diferencia considerable con la zona Suroccidente, donde la representación era del 50 %.



Gráfico 46. Cuidados a miembros del hogar de 15 a 59 años

Frente a los cuidados a miembros entre 15 y 59 años se puede inferir que la mayoría de las mujeres encuestadas son las que se encargan de todas las actividades relacionadas todos los días de la semana. Se resalta también que los familiares de las personas encuestadas, en el rango de 26 % a 34 % contribuyen con el cuidado permanente de estos miembros.



Gráfico 47. Cuidados a miembros del hogar de 60 años y más

Los trabajos de cuidado, traslado y atención a personas mayores de 60 años recaen mayoritariamente sobre otros familiares de lunes a sábado, mientras que los domingos ese trabajo se traslada a las mujeres encuestadas.

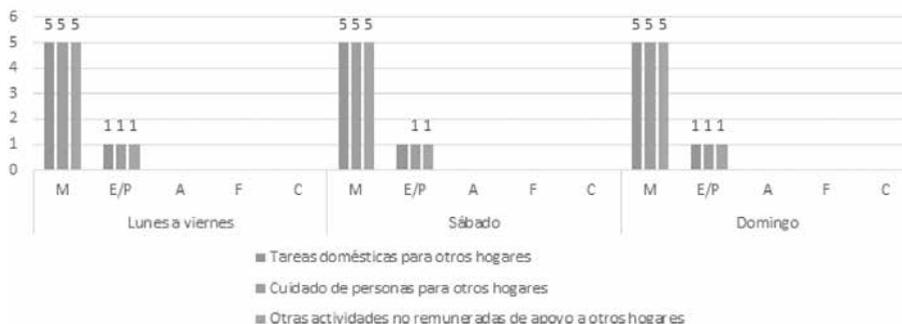


Gráfico 48. Apoyo no remunerado a otros hogares

De todas las actividades no remuneradas que se presentan en la encuesta, la única que obtuvo una respuesta afirmativa fue la de apoyo a otros hogares sin remuneración, donde, de las seis mujeres que contestaron esta opción, cinco se hacen cargo toda la semana, mientras que solo una persona respondió que su pareja era quien se encargaba de hacerlo.

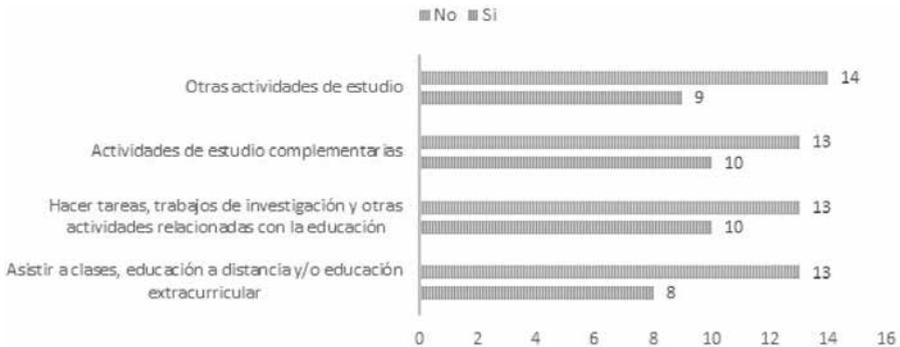


Gráfico 49. Aprendizaje y estudios

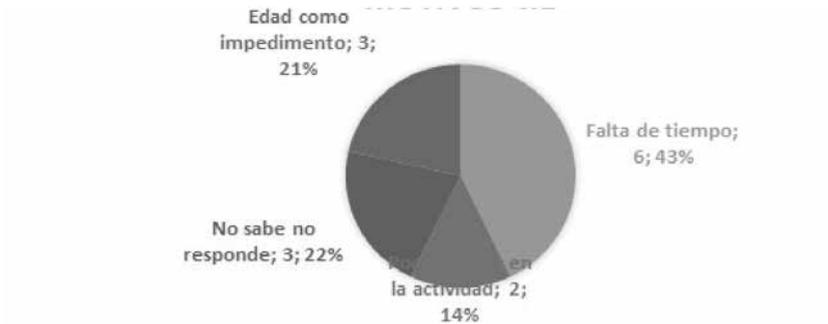


Gráfico 50. Motivos pregunta T.1 por los que no realizan actividades de aprendizaje y estudio

Aunque no es muy amplia la diferencia entre quienes están inmersas en un proceso de aprendizaje y estudio, frente a las que no, se puede concluir que el 57 % de las mujeres no realizan actividades de este tipo, mientras que el 43 %.

El 43 % señala como motivo de no estar realizando estas actividades, la falta de tiempo, seguida de la edad como impedimento con un 21 %, mientras que el bajo interés en estudiar se ubica en un 14 %.

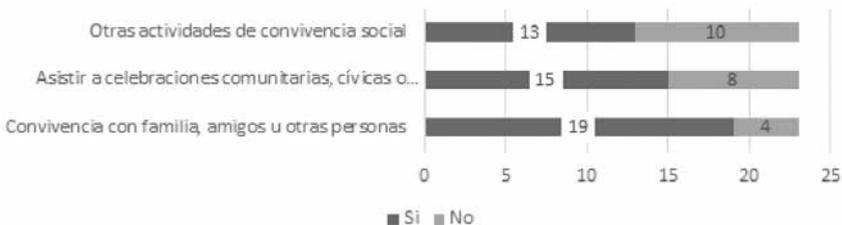


Gráfico 51. Convivencia social con familiares, amigos u otras personas

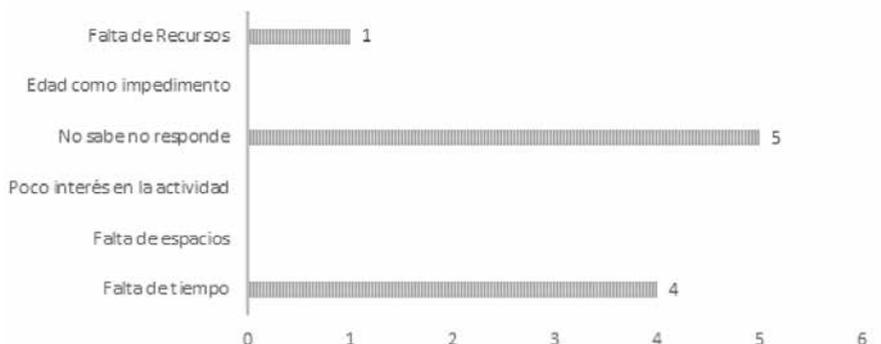


Gráfico 52. Motivos U.1 por los que no asisten a convivencias sociales con familiares, amigos y otras personas

El 82 % de las mujeres encuestadas afirma reunirse con familiares, amigos o personas cercanas, así como asisten a celebraciones comunitarias, cívicas o religiosas, donde el 65 % da una respuesta positiva. Dentro de las razones que impiden su desarrollo, está la falta de tiempo con cuatro respuestas, y una sola afirma falta de recursos. Las demás no saben/no responden.

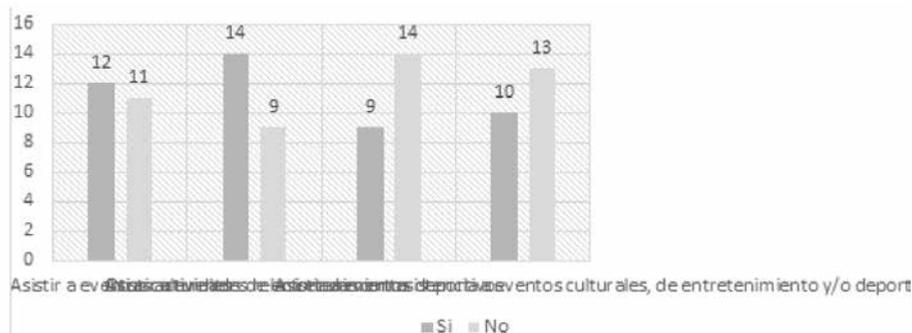


Gráfico 53. Asistencia a eventos culturales, de entretenimiento y/o deportivos

En la asistencia a eventos culturales, de entrenamiento, deportivos y de otro tipo se encontró que el 52 % manifiesta que va a eventos culturales, mientras que el 60 % da una respuesta similar a eventos de entretenimiento; solo el 39 % afirma acudir a eventos deportivos. Entre los principales motivos que manifestaron para no realizar estas actividades se ubica la falta de tiempo con un 42 %.

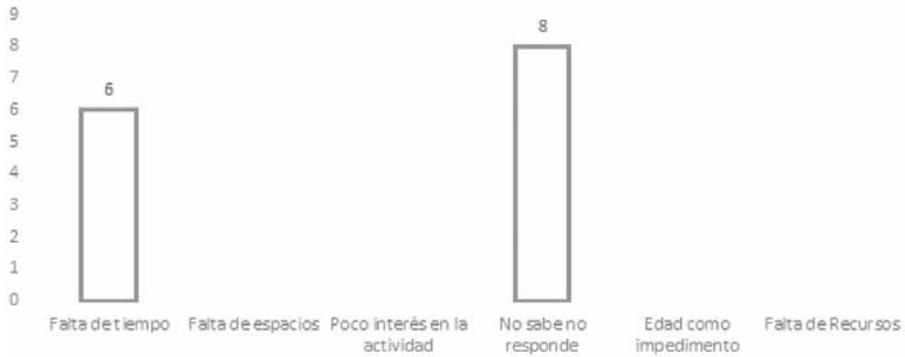


Gráfico 54. Motivo pregunta U.2 por el que no asiste a eventos culturales, entretenimiento y/o deportivos

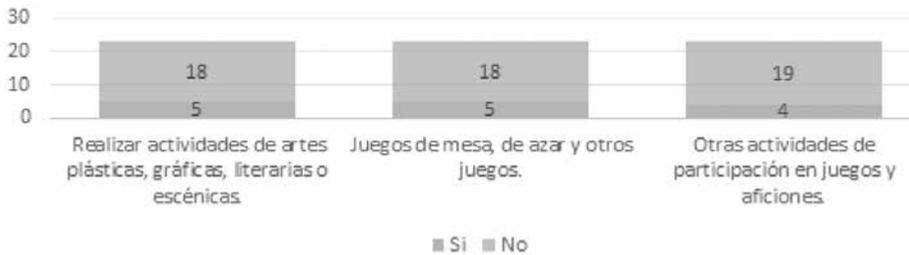


Gráfico 55. Aficiones, juegos y otros pasatiempos

Hay una baja participación de la mujer en las actividades relacionadas con artes gráficas, literarias y escénicas, así como juegos de azar y mesa, el 78 % respondió negativamente a la realización de estas actividades. Se destaca como razones la falta de tiempo y el poco interés hacia la actividad.

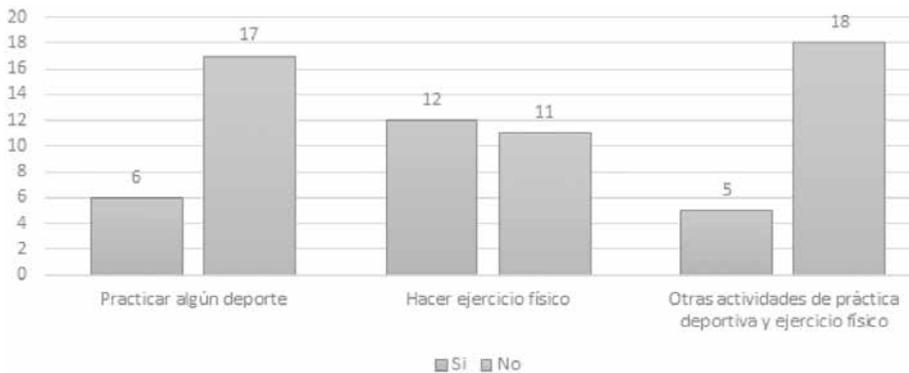


Gráfico 56. Deportes y ejercicio físico

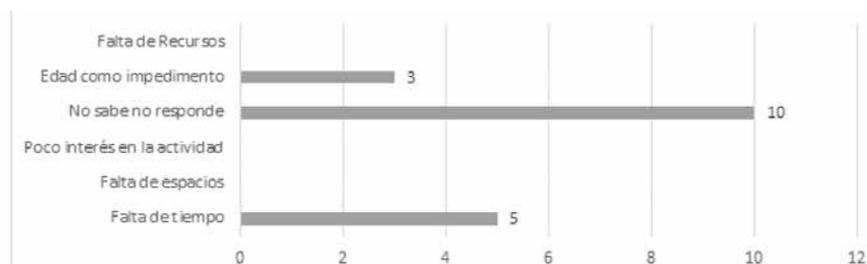


Gráfico 57. Motivos pregunta U.4 por la que las mujeres no hacen deporte y ejercicio físico

El 74 % de las mujeres encuestadas no practica ningún deporte, contrastando con la cifra del 52 % que sí hace ejercicio físico; aun así, el 48 % no realiza ninguna actividad que las ejercite. Frente a los principales motivos que dan las mujeres encuestadas, el 28 % considera la falta de tiempo, mientras que el 13 % manifiesta la edad como impedimento.

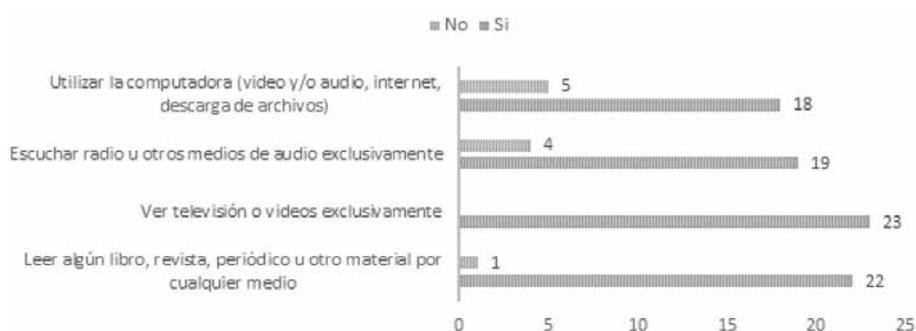


Gráfico 58. Utilización de medios de comunicación

Sobre el uso de medios de comunicación hay una utilización positiva de computadores (78 %), mientras que leer (96 %), ver televisión (100 %) y escuchar radio (83 %) son las actividades con mayor porcentaje.

Las mujeres encuestadas en su mayoría están pendientes de sus cuidados personales. Dentro de los principales motivos que manifestaron, cuatro respondieron que el tiempo era el principal factor para no hacerlo, mientras que seis no sabe/no responde.

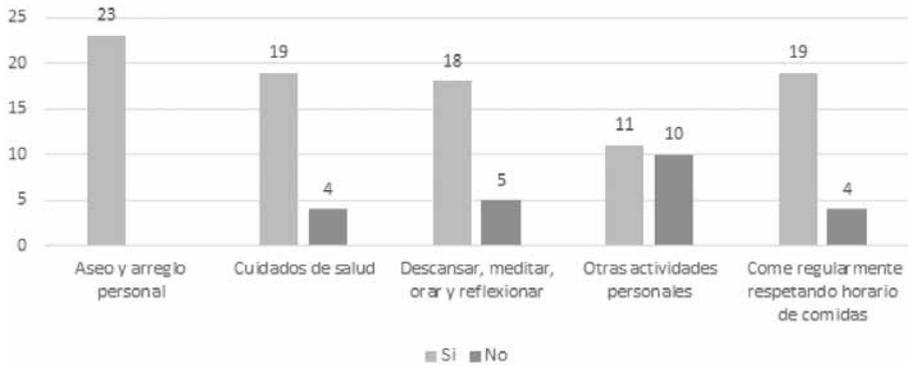


Gráfico 59. Cuidados personales

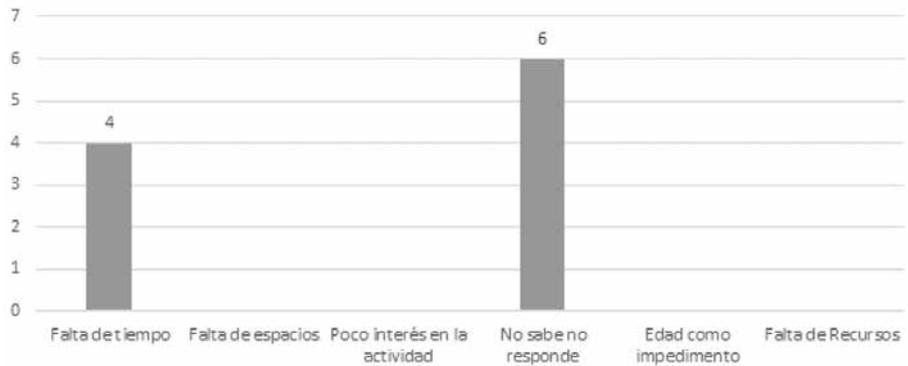


Gráfico 60. Motivos pregunta U.6 por los que no tiene en cuenta su cuidado personal

Resultados Suroriente

A) Edad	
18 a 24	3
25 a 31	7
32 a 38	1
39 a 45	0
46 a 52	4
53 a 59	3
60 a 66	1
67 o más	1
Total	20

El 35 % de las mujeres encuestadas se encuentran en un rango de 25 a 31 años, el 20 % se ubica en el intervalo de 46 a 52 años, mientras que el 15 % está en las edades 18 a 24 años y 53 a 59 años.

B) Estado Civil	
Soltera	3
Casada	6
Divorciada	5
Viuda	1
Unión Libre	5
Total	20

Con relación al estado civil, 30 % son casadas, frente al 25 % de mujeres encuestadas divorciadas, así como las que se encuentran en unión libre; 15 % son solteras y 5 % son viudas.

C) Nivel de estudios	
Primaria incompleta	3
Primaria completa	1
Básica secundaria incompleta	1
Básica secundaria completa	4
Educación media incompleta	2
Educación media completa	3
Educación universitaria incompleta	2
Educación universitaria completa	2
Con estudios de posgrado	2
Total	20

Las mujeres con estudios de básica secundaria completa corresponden al 20 %, seguido de las de primaria incompleta y media completa con el 15 % cada una. La educación universitaria completa, incompleta y estudios de posgrados se ubican con una participación del 10 % cada una, mientras que el 5 % de las mujeres encuestadas terminaron la primaria o dejaron incompleta la secundaria.

D) Situación Ocupacional	
Empleada	6
Desempleada	4
Trabajadora independiente	2
Estudiante	2
Tareas domésticas no remuneradas	6
Jubiladas	
Total	20

El 60 % de las mujeres encuestadas son empleadas y realizan tareas domésticas no remuneradas, frente al 20 % que se encuentran desempleadas. El 20 % restante se reparte entre trabajadoras independientes y estudiantes.

E) ¿Dedica más tiempo a las labores del hogar?	
Sí	18
No	2
Total	20

El 90 % de las mujeres encuestadas afirma que son las que más tiempo dedican a las labores del hogar, y solo el 10 % no referencia el desarrollo de esta actividad.

F.) En caso de ser negativa la respuesta anterior, ¿quién es el principal responsable de realizar estas tareas en su hogar?	
Empleado con remuneración	
Empleada con remuneración	
Cónyuge/Pareja	
Hija	
Hijo	
Padre	
Madre	1
Hermana	1
Hermano	
Otro familiar	
Otra persona no remunerada	
Total	2

Las personas que identificaron las mujeres en el desarrollo de las tareas domésticas son la madre y hermana.

G) Número total de hijos	
Sin Hijas/os	4
Un/a Hijo/a	5
Dos Hijas/os	3
Tres Hijas/os	6
Cuatro Hijas/os	2
Cinco o más Hijas/os	
Total	20

Sobre el número total de hijas/os, el 30 % tiene tres, el 25 % tiene un/a hijo/a, mientras que el 20 % no tiene; el 15 % tiene dos hijas/os y el 10 % cuatro.

H) Edad de las/os hijas/os	
0 y 5 años	1
6 y 10 años	6
10 y 15 años	4
16 o más	21
Total	32

De las edades de las/os hijas/os el 66 % se ubica entre los 16 años o más, el 19 % de 6 a 10 años, el 13 % de 10 a 15 años y el 3,1 % entre los 0 y 5 años.

I) Total personas mayores de 60 años conviviendo con la familia	
Mujeres	3
Hombres	6
No hay	13
Total	22

Se presenta entre los que conviven con personas mayores de 60 años que el 27,4 % de los encuestados son hombres, frente al 14 % que son mujeres.

J) Personas en situación de desplazamiento	
Sí	
No	20

No se presentan personas en condición de desplazamiento en la zona Suroriente de Barranquilla.

K) Parentesco con la jefatura del hogar	
Soy la jefa del hogar	18
Esposa/compañera	
Hija/hijastra	
Nieta	
Madre o suegra	1
Hermana/hermanastra	1
Otro parentesco	
Empleada del servicio doméstico	
Sin parentesco con la jefa/ el jefe del hogar	
Total	20

El 90 % de las mujeres se reconocen a sí mismas como la jefa de hogar, la jefatura por parte de la madre o suegra se establece en un 5 %, igual porcentaje para la categoría hermana/hermanastra. Cabe destacar que en esta región, en todos los casos, la jefatura del hogar se señala que está a cargo de una mujer.

L) Tipo de vivienda	
Casa	12
Apartamento	8
Habitación(es)	
Otro tipo	
Total	20

El 60 % de las mujeres encuestadas tienen como tipo de vivienda casas, frente a los apartamentos relacionados en un 40 %.

L) Tenencia de la vivienda	
Propia pagada	11
Propia pagándose	3
Arrendada	4
Propiedad de un familiar	2
De otro tipo	
Total	20

La tenencia de la vivienda refleja que un 55 % de las mujeres encuestadas son dueñas de estos bienes, contra el 20 % que vive arrendada. Un 15 % se encuentra pagando su propiedad frente al 10 % que vive en propiedad de otro familiar.

M) Servicios públicos o privados con los que se cuenta	
Energía eléctrica	20
Teléfono	14
Acueducto	20
TV cable	14
Aseo urbano	20
Gas domiciliario	20
Internet	14

Los servicios de energía eléctrica, acueducto, aseo urbano y gas domiciliario tienen una cobertura total; sin embargo, el acceso a telefonía, TV cable e Internet muestra que solo el 70 % lo tienen, mientras que el 30 % no cuenta con ellos.

N) Equipamiento de vivienda		
Artefacto	Sí	No
Máquina lavadora de ropa	14	6
Nevera	20	
Secadora de ropa	7	13
Licuadora	19	1
Cocina eléctrica/gas	20	

Plancha	18	2
Lavadora de platos		20
Horno eléctrico/gas	9	11
Aspiradora/pulidora	1	19
Computador	16	4
Automóvil	2	18
Microondas	5	15

El 100 % de las mujeres encuestadas cuentan con nevera y cocina. El 95 % con licuadora, mientras que el 90 % tiene plancha. Todas coinciden en que no tienen lavadora de platos, frente al 80 % que cuentan con un computador. Se destaca que solo el 70 % posee con una lavadora y el 10 % tiene un vehículo propio.



Gráfico 61. Preparación y servicio de comida

Sobre la preparación y servicio de comida, la tendencia se inclina hacia una participación de la mujer encuestada en cada una de las actividades, de lunes a domingo, evidenciando que el principal apoyo es de otros familiares. En la actividad de cocinar, calentar alimentos y bebidas, preparar refrigerios, por ejemplo, el 90 % de las mujeres encuestadas lo hacen de lunes a viernes; los sábados, el 65 % manifiesta realizarlo. Los domingos el 60 % de las mujeres lo hacen, mientras que el 25% señaló que dichas actividades las realizan otros familiares.

El 85 % de las mujeres, de lunes a viernes, se dedica a la preparación y conservación de productos e ingredientes para la comida; los sábados sobre esta misma actividad las mujeres encuestadas se ubican en el 70 %, frente al 25 % que corresponde a otros familiares. Esta cifra se repite los domingos.



Gráfico 62. Limpieza de vivienda

En las labores de limpieza de la vivienda, la mujer encuestada en un 75 % es la responsable de realizar la limpieza general de lunes a domingo, así como separar, tirar o reciclar la basura en un 70 % de lunes a viernes, y los sábados y domingos en un 65 %.

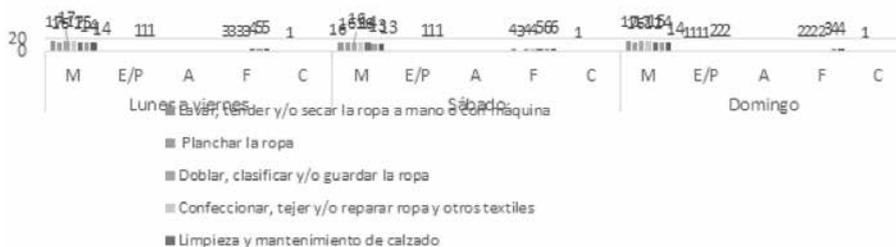


Gráfico 63. Limpieza, cuidado y confección de ropa/calzado

De acuerdo con la gráfica sobre limpieza, cuidado y confección de ropa/calzado, más del 60 % de las mujeres encuestadas son las responsables de cada una de las actividades que esta categoría presenta. Las parejas tienen una mínima participación de lunes a sábado, enfocándose en actividades de limpieza de calzado, traslados para limpieza o mantenimientos de prendas y otras actividades (5 % de lunes a sábado y 10 % los domingos). Los familiares nuevamente son reconocidos como aquellos que realizan esta actividad, aunque en un menor porcentaje.



Gráfico 64. Mantenimiento, instalaciones y reparaciones menores en la vivienda, artículos y vehículos propios del hogar

En el 80 % de los casos, el mantenimiento y/o reparación de la vivienda recae en los familiares y parejas de las mujeres encuestadas de lunes a viernes. La mujer que lo realiza se ubica con el 15 %, mientras que el 5 % restante lo hace una persona contratada. Los sábados se mantiene la tendencia para la pareja al igual que los domingos, mientras que la participación de la mujer se ubica en el 20 %, frente al 35 % de otro familiar. Se resalta que la actividad donde mayor injerencia tiene la mujer es en hacer muebles, adornos o artesanías para el hogar, donde participa en un 20 % de lunes a viernes y los sábados con un 30 %. En los resultados, se destaca que son los familiares quienes mantienen los vehículos con los que cuentan las mujeres encuestadas. En términos generales, los familiares y las parejas son los encargados de realizar la mayoría de estas acciones.

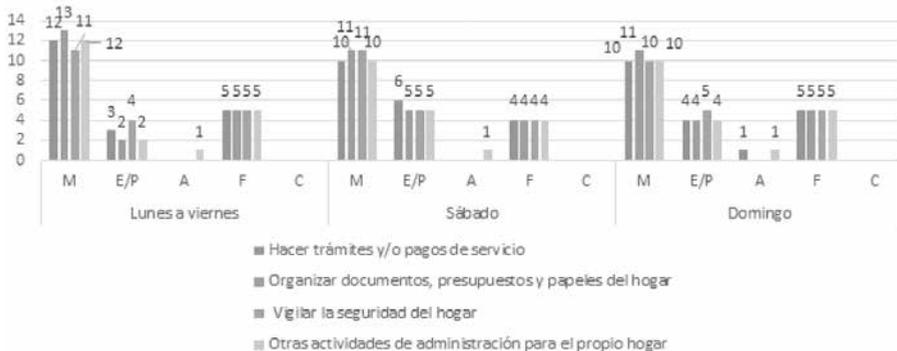


Gráfico 65. Administración del hogar

En la administración del hogar, de lunes a viernes, las mujeres encuestadas en su mayoría, son las encargadas de cada una de las actividades que componen el proceso. Los trámites y pagos de servicios muestran que las mujeres en un 65 % son las responsables, las parejas en un 15 % y otros familiares en un 25 %, los sábados un 50 % le corresponde a las encuestadas, mientras que las parejas asumen la responsabilidad en un 30 % y los familiares en un 20 %. Los domingos mantiene la tendencia del sábado, con porcentajes inversos para otros familiares y los compañeros de las encuestadas. El 65 % de las mujeres encuestadas organizan los documentos y presupuestos del hogar, cifra que desciende ligeramente los fines de semana al ubicarse en un 55 %, los porcentajes restantes se distribuyen entre las parejas y otros familiares. Finalmente, el 55 % de las mujeres vigilan por la seguridad del hogar, repartiéndose entre los roles de la actividad anterior (familiares y parejas) el 45 % restante.

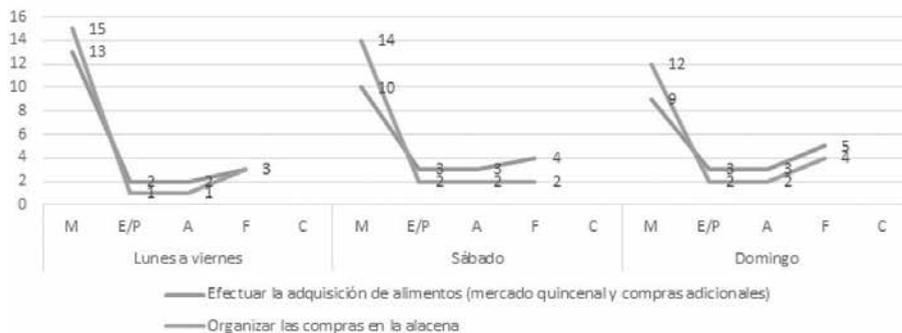


Gráfico 66. Compras para el hogar

Las mujeres encuestadas de lunes a viernes (75 %), los sábados (70 %) y los domingos (60 %) son las encargadas de organizar la comida en la alacena, mientras que la adquisición de alimentos de lunes a viernes (65 %), los sábados (50 %), y los domingos (45 %) es hecho en igual sentido por ellas.

Del total de 11 encuestadas que afirmaron tener mascotas, el 64 % de la atención a estos animales es dada por las mujeres encuestadas de lunes a viernes, mientras que los sábados y domingos el 55 % de ellas es quien realiza esta actividad. En igual sentido, la actividad de regar y cuidar las plantas en un

82 % los lunes a viernes y domingo es desarrollada por las personas encuestadas, mientras que esta cifra disminuye los sábados en un 73 %.

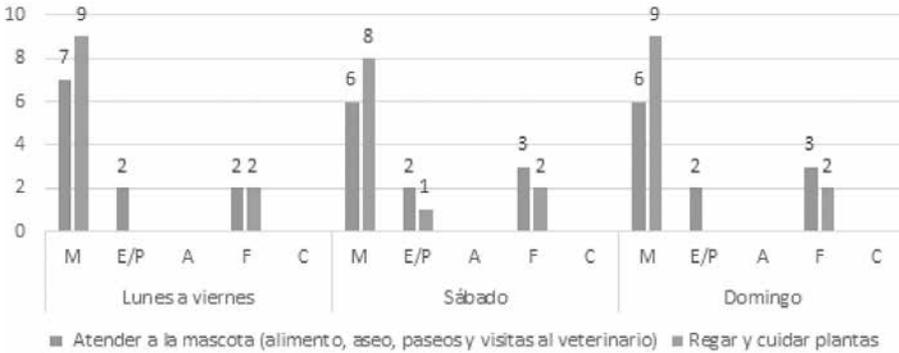


Gráfico 67. Cuidado de mascotas y plantas

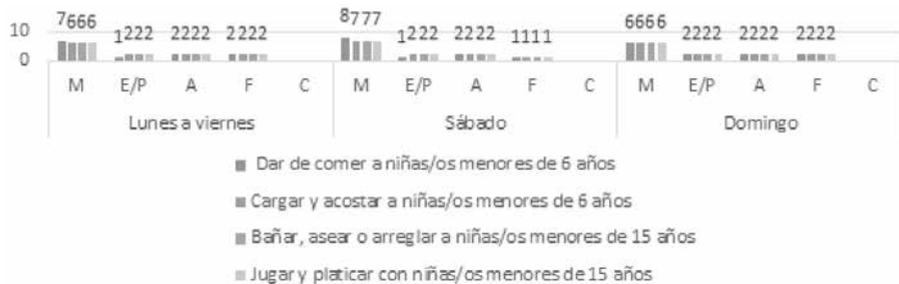


Gráfico 68. Cuidado personal y de atención física a niñas/os menores de 15 años

Frente a la atención a menores de 15 años, las mujeres encuestadas son las responsables de ellos en las actividades de alimentación, bañarlos, acostarlos y cargarlos. Del total de 12 encuestadas que tienen personas en este rango, siete son las responsables de su atención de lunes a viernes, mientras que los sábados sube con ocho respuestas. Los domingos, aunque se marca la misma tendencia, hay un ligero incremento en la colaboración de familiares y parejas, así como en la realización de estas actividades junto a la pareja.

Manteniendo los anteriores resultados en el ítem para la atención de salud a menores de 15 años, siguen siendo las mujeres encuestadas en su mayoría las que realizan las actividades contempladas en esta sección. Las parejas y los familiares tienen una mínima participación al respecto.



Gráfico 69. Cuidados de salud a niñas/os menores de 15 años

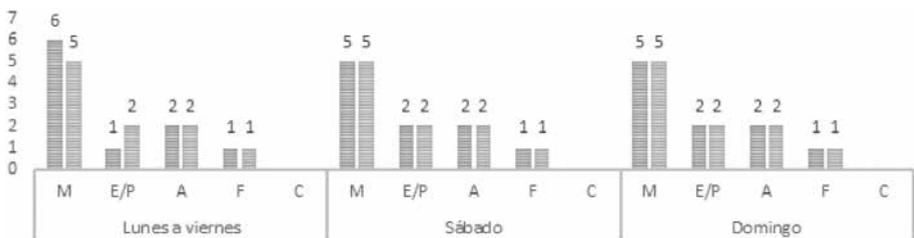


Gráfico 70. Apoyo escolar y/o de aprendizaje a niñas/os menores de 15 años

El apoyo escolar no dista mucho de los resultados previos en este apartado, debido a que las mujeres encuestadas, representadas en más del 50 %, se dedican a esta labor los siete días de la semana.

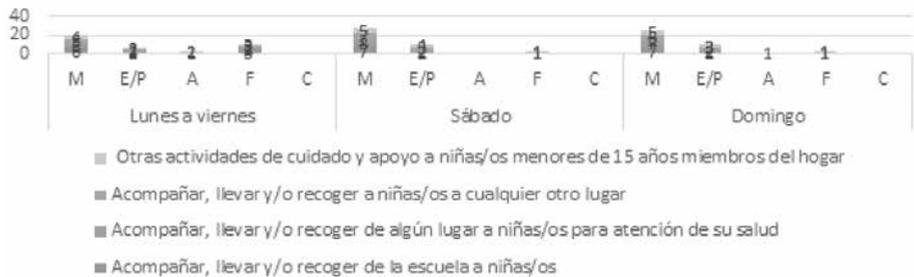


Gráfico 71. Acompañamiento y traslados a actividades de cuidado o apoyo a niñas/os menores de 15 años

De las 10 mujeres encuestadas que respondieron esta parte, se observa que de lunes a viernes son las que realizan en su gran mayoría las labores de acompañar, llevar y/o recoger de la escuela a niñas/os (60 %), para la atención en salud un 50 %, así como el 45 % de otras actividades. Los sábados y domingos los porcentajes se incrementan.

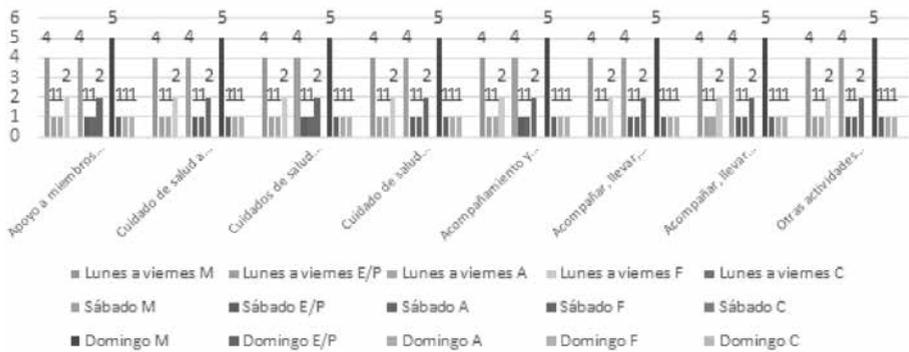


Gráfico 72. Cuidados a miembros del hogar de 15 a 59 años

Con respecto al cuidado de miembros entre 15 y 59 años, la gráfica sigue demostrando que las mujeres encuestadas, en su mayoría, son las que velan por las personas en este rango y conviven con ellas. Se muestra en la gráfica que otros familiares, la pareja y ambos miembros se responsabilizan, aunque sin tanta intervención como las mujeres.

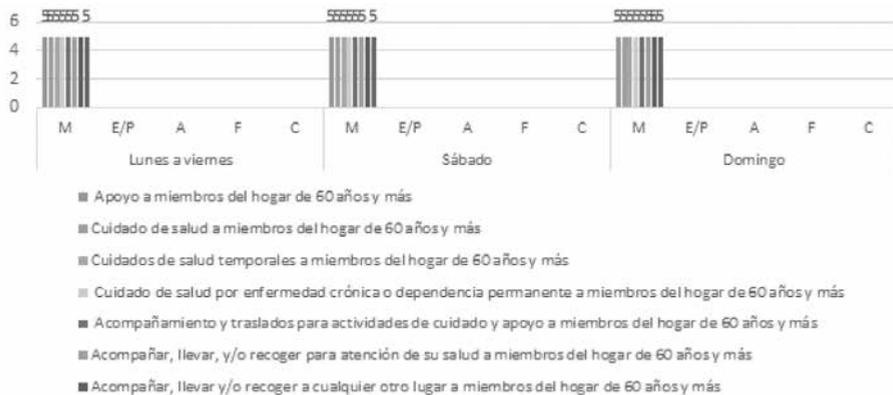


Gráfico 73. Cuidados a miembros del hogar de 60 años y más

Con las personas mayores de 60 años, toda la atención recae sobre las mujeres encuestadas, no participando ni siendo reconocido otro miembro para tal finalidad.

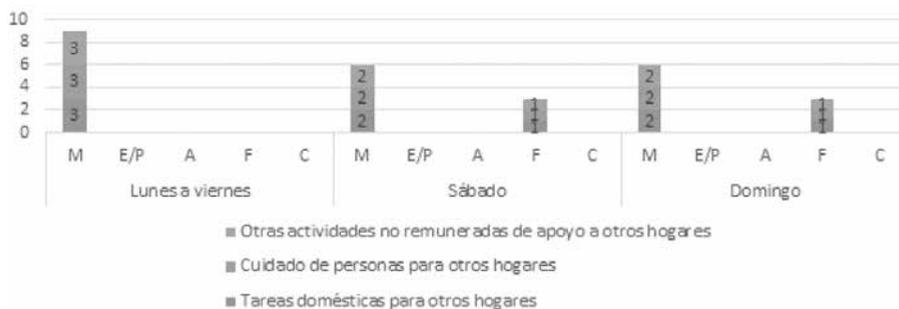


Gráfico 74. Apoyo no remunerado a otros hogares

Del total de tres encuestadas que manifestaron apoyo no remunerado a otros hogares, el 100 % de las mujeres lo realizan de lunes a viernes, mientras que los sábados y domingos el 66 % son las responsables frente al 33 % realizado por otros familiares.

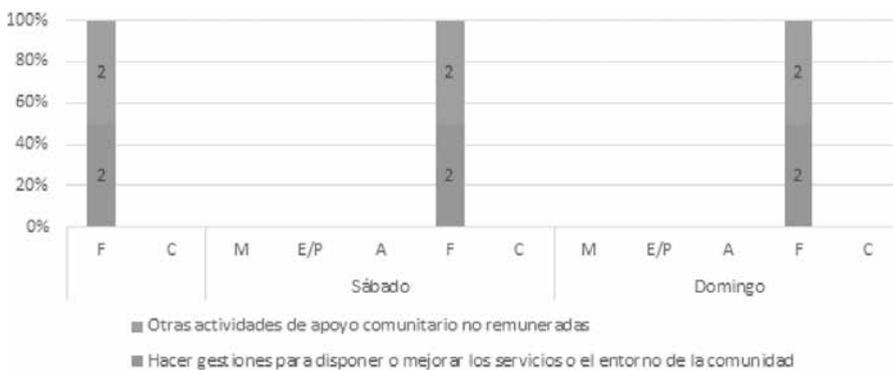


Gráfico 75. Trabajo comunitario no remunerado

Solo dos personas relacionaron el trabajo comunitario no remunerado, sin embargo, manifestaron que son otros familiares los que se encargan de poner en marcha dichas actividades en un 100 % de lunes a viernes y fines de semana.

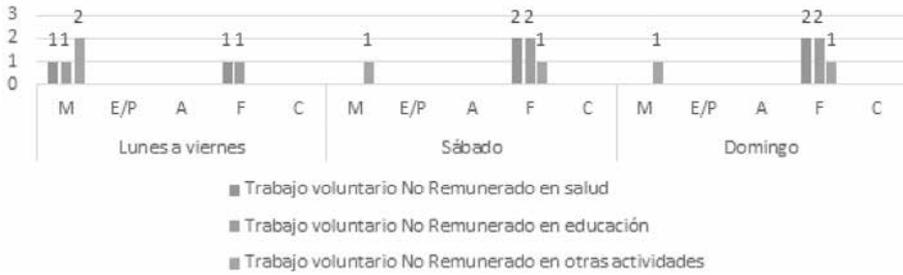


Gráfico 76. Trabajo voluntario remunerado a través de instituciones sin fines de lucro

Con dos encuestas registradas se observa que una de las mujeres encuestadas realiza trabajo no remunerado en salud y una en educación, de lunes a viernes. Los fines de semana los otros familiares realizan ambas actividades en un 100 %.

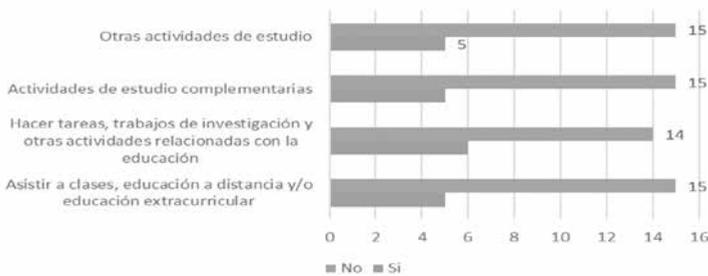


Gráfico 77. Aprendizaje y estudios

Solo el 25 % de las mujeres encuestadas se encuentran asistiendo a clases.



Gráfico 78. Motivos pregunta T.1 por los que no realizan actividades de aprendizaje y estudio

La falta de tiempo (7) es el principal motivo por el que las mujeres encuestadas no realizan esta actividad, seguida de la edad como impedimento (3), falta de interés (3), falta de recursos (1) y una situación de embarazo (1).

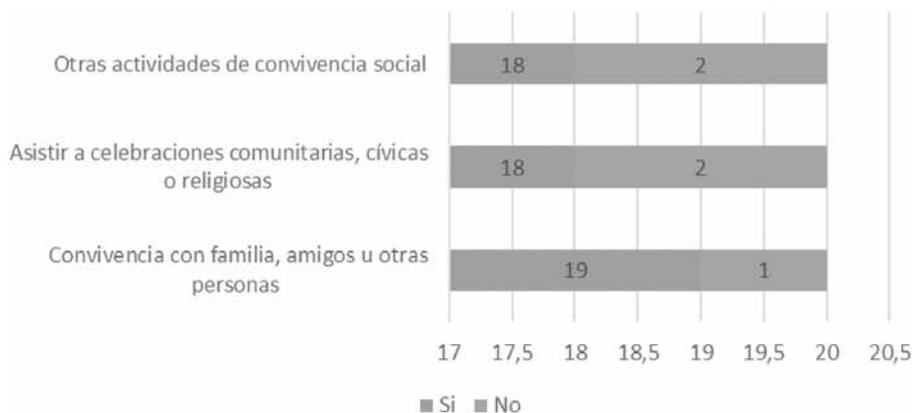


Gráfico 79. Convivencia social con familiares, amigos y otras personas

Del total de 20 mujeres encuestadas, hay 19 que asisten a convivencias o reuniones familiares y a celebraciones comunitarias, cívicas y religiosas (18). En términos generales, se identifica que la convivencia social es un aspecto positivo en la mayoría de las personas encuestadas.

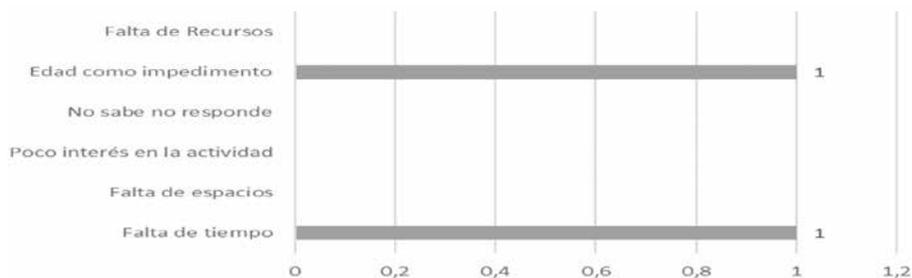


Gráfico 80. Motivos pregunta U.1 por los que no asisten a convivencias sociales con familiares, amigos y otras personas

Los motivos que se presentan para no tener ningún tipo de convivencia se concentran en la edad como impedimento y la falta de tiempo para realizarla.

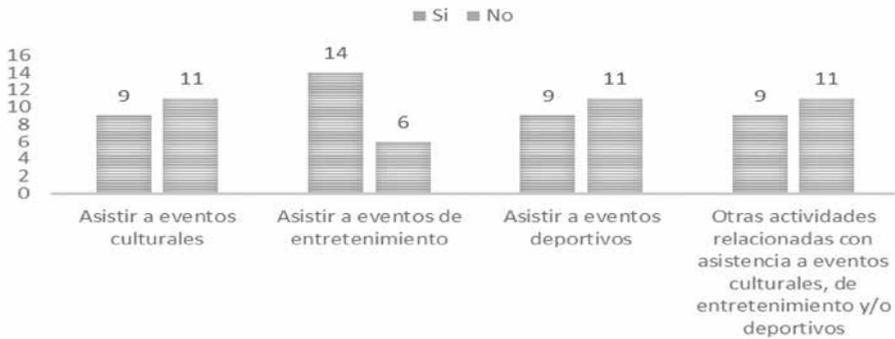


Gráfico 81. Asistencia a eventos culturales, de entretenimiento y/o deportivos

Con relación a la asistencia a eventos culturales, el 45 % manifiesta afirmativamente que asiste, contrastando con el 70 % que asiste a eventos de entretenimiento. La asistencia a eventos deportivos u otras actividades solo alcanza el 45 % del total de encuestadas.



Gráfico 82. Motivos pregunta U.2 por los que no asisten a eventos culturales, de entretenimiento y/o deporte

Aunque predomina la respuesta de no sabe/no responde, la falta de tiempo aparece nuevamente como un motivo determinante que impide desarrollarlas.

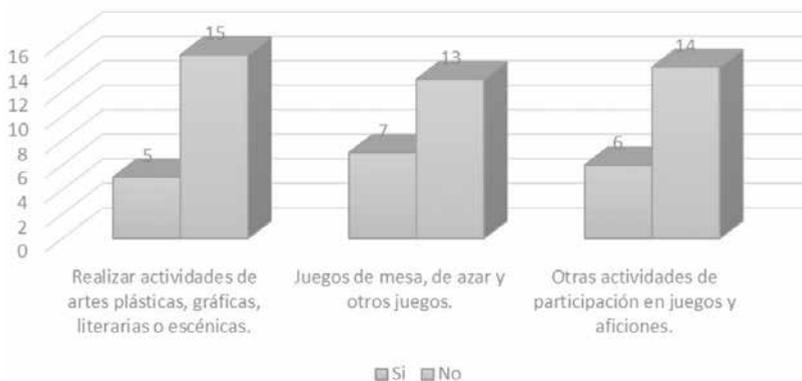


Gráfico 83. Aficiones, juegos y otros pasatiempos

El desarrollo de actividades como las artes plásticas, gráficas, literarias o escénicas solo son realizadas por el 25 % de las mujeres, los juegos de azar por el 35 % y otros juegos o aficiones por el 30 %.

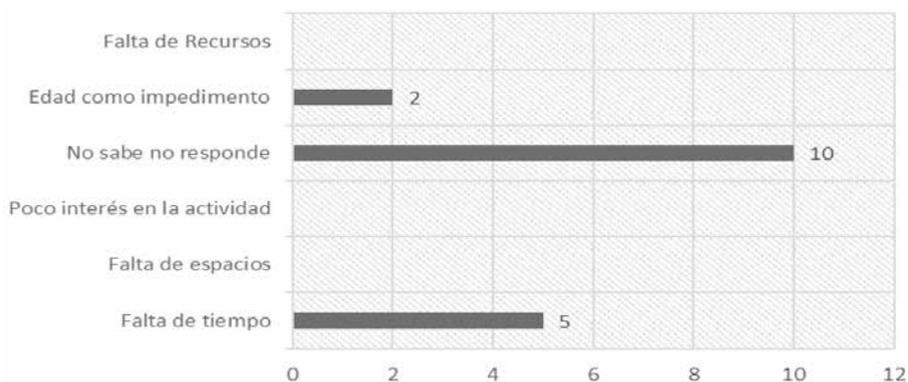


Gráfico 84. Motivos pregunta U.3 por los que no tienen o practican actividades, juegos y otros pasatiempos

Predominando la respuesta de no sabe/no responde (10), el tiempo aparece como uno de los principales obstáculos (5), mientras que la edad como impedimento obtuvo dos respuestas.

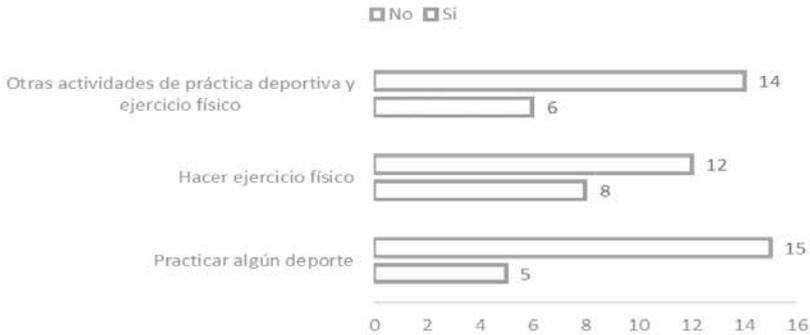


Gráfico 85. Deportes y ejercicio físico

El 25 % de las mujeres practica algún deporte, mientras que el 40 % hace ejercicio periódicamente. Cualquier otra actividad relacionada con tales fines solo asciende al 30 % del total.

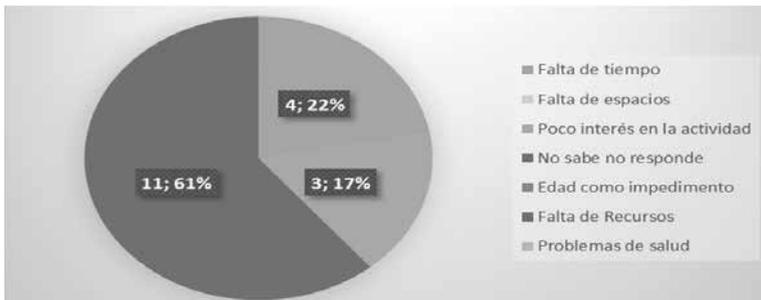


Gráfico 86. Motivos pregunta U.4 por los que no practican algún deporte o ejercicio físico

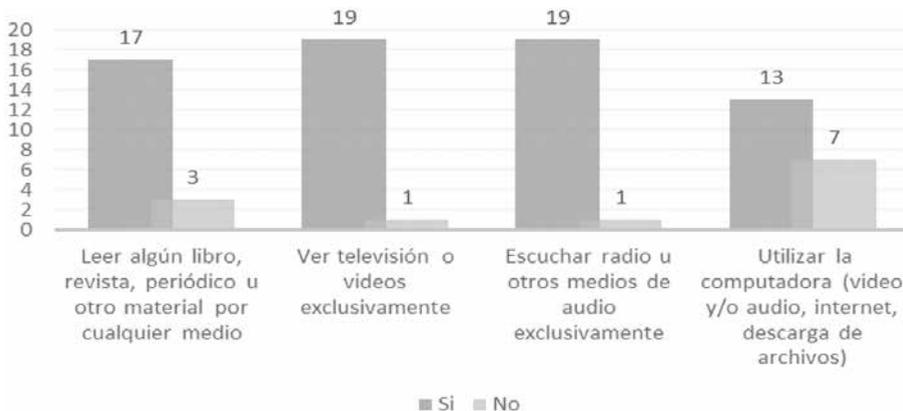


Gráfico 87. Utilización de medios de comunicación

El 61 % no sabe/no responde, el 17 % tiene poco interés en la actividad, mientras que el 22 % aduce falta de tiempo.

La mayoría de las mujeres utilizan los medios de comunicación. El 85 % lee libros, revistas, periódicos u otro material; el 95 % ve televisión y escucha radio u otros medios, mientras que el 65 % usa la computadora.



Gráfico 88. Motivos pregunta U.5 por los que no utilizan los medios de comunicación

Los principales motivos que dan las mujeres para no utilizar medios de comunicación se centran en las respuestas: no saben/no responden y poco interés en la actividad.



Gráfico 89. Cuidados personales

El 95 % de las mujeres encuestadas afirma meditar, orar y reflexionar, así como respetar los horarios de comida y el aseo personal. El 100 % cuida de su salud, mientras que el 85 % se dedica a otras actividades personales.

El principal motivo dado por las mujeres encuestadas se asentó en no sabe/ no responde.

Resultados zona Metropolitana

A) Edad	
18 a 24	7
25 a 31	
32 a 38	4
39 a 45	3
46 a 52	3
53 a 59	3
60 a 66	
67 o más	
Total	20

El 35 % de las mujeres encuestadas se encuentran en el rango de 18 a 24 años, el 20 % está en el intervalo de 32 a 38 años, mientras que en las edades comprendidas entre los siguientes intervalos: 39 a 45; 46 a 52 y 53 a 59 años se concentra el 45 %.

B) Estado Civil	
Soltera	5
Casada	8
Divorciada	1
Viuda	1
Unión Libre	5
Total	20

Las mujeres encuestadas con estado civil casada equivalen al 40 % del total, el 50 % solteras y unión libre, y el 10 % restante divorciadas y viudas.

C) Nivel de estudios	
Primaria incompleta	2
Primaria completa	3
Básica secundaria incompleta	2
Básica secundaria completa	4
Educación media incompleta	2
Educación media completa	6
Educación universitaria incompleta	1
Educación universitaria completa	
Con estudios de posgrado	
Total	20

El 30 % de las mujeres encuestadas completaron su educación media, el 20 % finalizaron su educación secundaria y el 15 % la primaria. En 30 % se ubican las mujeres con primaria, secundaria y media incompleta, mientras que el 5 % no terminó sus estudios universitarios.

D) Situación Ocupacional	
Empleada	4
Desempleada	3
Trabajadora independiente	3
Estudiante	3
Tareas domésticas no remuneradas	7
Jubiladas	
Total	20

El 35 % de las mujeres encuestadas se dedican a tareas domésticas no remuneradas, el 20 % empleadas, mientras que el 45 % de la muestra para esta zona se reparten entre desempleadas, trabajadoras independientes y estudiantes.

E) ¿Dedica más tiempo a las labores del hogar?	
Sí	18
No	2
Total	20

Las mujeres encuestadas, en su mayoría, son las que dedican más tiempo a las labores del hogar, representando un 90 %, frente a un 10 % que no las tienen dentro de sus actividades regulares.

F) En caso de ser negativa la respuesta anterior, ¿quién es el principal responsable de realizar estas tareas en su hogar?	
Empleado con remuneración	
Empleada con remuneración	
Cónyuge/Pareja	
Hija	
Hijo	
Padre	
Madre	1
Hermana	
Hermano	
Otro familiar	1 (F)
Otra persona no remunerada	
Total	2

De las dos encuestas que afirmaron no ser las responsables de las labores del hogar, se identificaron a la madre y otro familiar femenino como responsables de las actividades derivadas de tal función.

G) Número total de Hijos	
Sin Hijas/os	2
Un/a Hijo/a	3
Dos Hijas/os	9
Tres Hijas/os	4
Cuatro Hijas/os	1
Cinco o más Hijas/os	1
Total	20

El 45% de las mujeres tienen en su mayoría dos hijas/os, el 20 % tres hijas/os, el 15 % un/a hijo/a, frente al 10 % que no tiene hijos. El 10 % restante tiene entre cuatro y cinco hijas/os.

H) Edad de las/os hijas/os	
0 y 5 años	4
6 y 10 años	8
10 y 15 años	1
16 o más	26
Total	39

Entre las edades de 16 años o más se concentra el 66,7 % del total de hijas/os registrados, seguido por los rangos de 6 a 10 años con un 21 %, un 10 % con niños de edades de 0 a 5 años, y de 10 a 15 años con un porcentaje de 3 %.

I) Total personas mayores de 60 años conviviendo con la familia	
Mujeres	1
Hombres	1
No hay	18
Total	20

Del total de las mujeres encuestadas, el 90 % no convive con personas mayores de 60 años, mientras que el 10 % restante afirma que habita con ellas, repartidos los géneros en un 5 % hombres y un 5 % mujeres.

J) Personas en situación de desplazamiento	
Sí	3
No	17

El 15 % de las mujeres encuestadas en la zona Metropolitana de la ciudad de Barranquilla se encuentra en situación de desplazamiento, dato a tener en cuenta para futuras investigaciones.

K) Parentesco con la jefatura del hogar	
Soy la jefa del hogar	13
Esposa/compañera	3
Hija/hijastra	
Nieta	

Madre o suegra	2
Hermana/hermanastra	
Otro parentesco	2
Empleada del servicio doméstico	
Sin parentesco con la jefa/el jefe del hogar	
Total	20

El 65 % de las mujeres son las jefas de hogar y el 15 % son esposas de quienes se les asigna este rol. El 20 % restante son madres/suegras, así como otro parentesco y en el mismo porcentaje están quienes tienen otro parentesco con la persona que se considera la jefa del hogar.

L) Tipo de vivienda	
Casa	12
Apartamento	6
Habitación(es)	
Otro tipo	2
Total	20

El 60 % de las mujeres cuentan con una casa como tipo de vivienda, frente al 30 % que tiene apartamentos. El 10 % restante habita en viviendas de otro tipo.

Ll) Tenencia de la vivienda	
Propia pagada	7
Propia pagándose	
Arrendada	7
Propiedad de un familiar	5
De otro tipo	1
Total	20

El 70 % de la tenencia de la vivienda se divide entre propia pagada y arrendada, mientras que el 25 % es de propiedad de un familiar y un 5 % de otro tipo.

M) Servicios públicos o privados con los que se cuenta	
Energía eléctrica	20
Teléfono	10
Acueducto	17
TV cable	13
Aseo urbano	16
Gas domiciliario	16
Internet	12

El único servicio público que tiene la totalidad de mujeres encuestadas es la energía eléctrica, seguido del acueducto en un 85 %, y el aseo urbano junto con el gas domiciliario poseen una cobertura del 80 %. El 65 % de los hogares cuentan con TV cable y el 60 % Internet. El servicio de telefonía es el más bajo teniendo una cobertura del 50 %.

N) Equipamiento de vivienda		
Artefacto	Sí	No
Máquina lavadora de ropa	14	6
Nevera	20	
Secadora de ropa	10	10
Licuadaora	18	2
Cocina eléctrica/gas	16	4
Plancha	12	8
Lavadora de platos	7	13
Horno eléctrico/gas	6	14
Aspiradora/pulidora	2	18
Computador	11	9
Automóvil	2	18
Microondas	5	15

Se destaca en el equipamiento de la vivienda que el 70 % solo cuenta con una máquina lavadora de ropa, aunque el 100 % tiene nevera para la conservación de alimentos. El 50 % manifiesta tener secadora de ropa en sus viviendas, así como el 90 % tiene licuadaora, el 80 % cocina, el 60 % plancha, el 35 %

lavadora de platos y el 30 % horno eléctrico o gas. Se destaca que el 55 % tenga computador, el 10 % automóvil y el 25 % microondas.

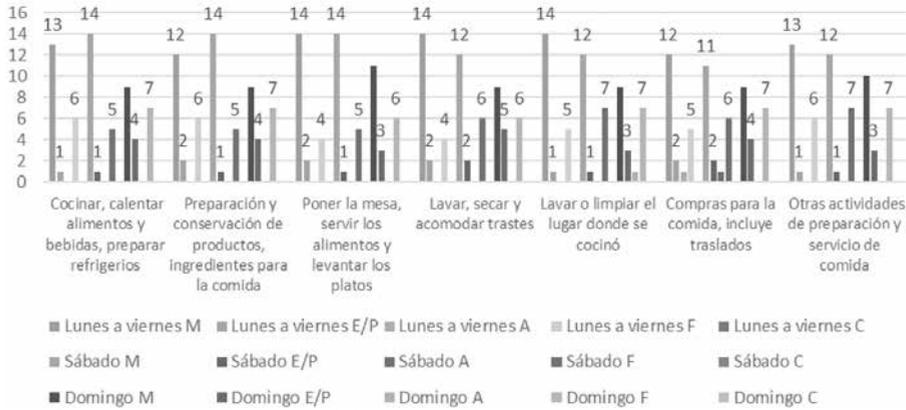


Gráfico 90. Preparación y servicio de comida

En la preparación y servicio de comida se observa una tendencia según la cual son las mujeres encuestadas las responsables de realizar cada una de las actividades contempladas de lunes a sábado. La actividad comienza a variar los domingos donde la carga se distribuye de la siguiente manera: 50 % las mujeres encuestada y 50 % pareja y familiares.

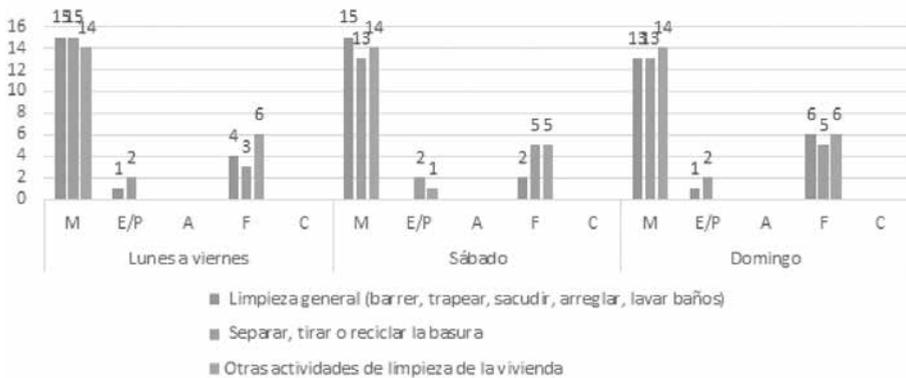


Gráfico 91. Limpieza de vivienda

La limpieza general del hogar, de lunes a sábado, es realizada por las mujeres encuestadas, representando un 75 %. Los domingos, la cifra equivale al 65 % del total. La actividad de separar, tirar y reciclar la basura de lunes a

viernes también recae sobre las mujeres (75 %), así como los sábados y domingos (65 %). Otros familiares son los encargados del proceso de limpieza de la vivienda representados en limpieza general de lunes a viernes con el 20 %, los sábados en un 10 % y los domingos en un 30 %. Sobre las actividades relacionadas con la basura, el 15 % lo hacen de lunes a viernes y el 25 % los sábados y los domingos.

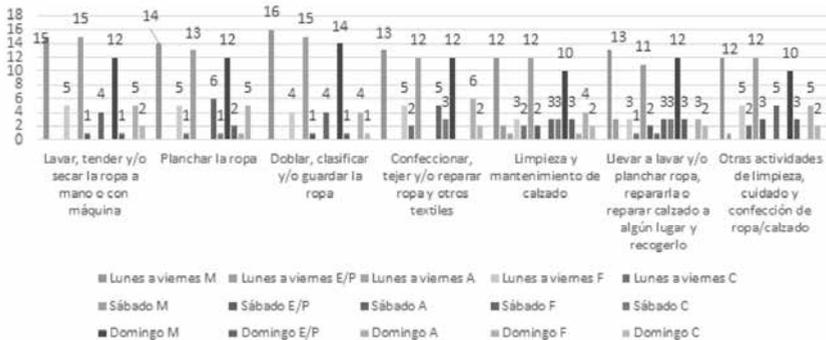


Gráfico 92. Limpieza, cuidado y confección de ropa/calzado

En las actividades de limpieza y calzado, nuevamente se repite la tendencia de las mujeres encuestadas, donde la gran mayoría, representadas con porcentajes superiores al 55 %, desarrollan activamente cada una de las acciones como: lavar la ropa, planchar, doblar, confeccionar, mantener el calzado y traslado de ropa o calzado para mantenimiento.

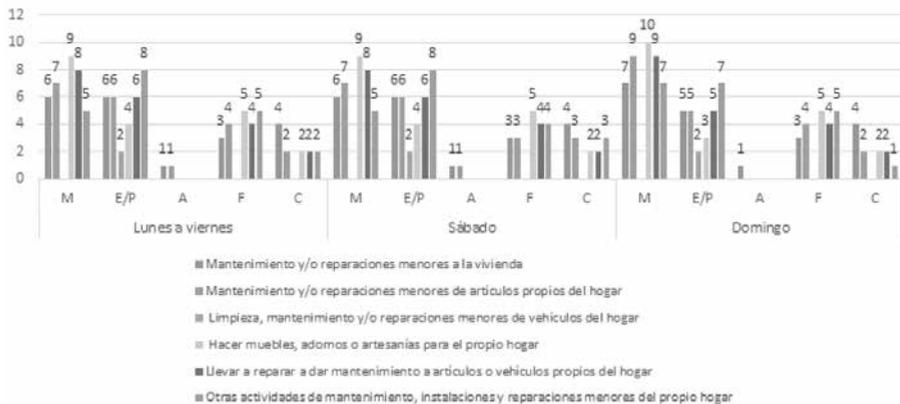


Gráfico 93. Mantenimiento, instalaciones y reparaciones menores en la vivienda, artículos y vehículos propios del hogar

De lunes a viernes, las mujeres encuestadas y las parejas realizan en su mayoría las actividades de mantenimiento de la vivienda, así como reparación de artículos menores del hogar. Los trabajos con los vehículos le corresponden a la pareja en su totalidad, los siete días de la semana; sobre los adornos y hacer muebles en el hogar, la mujer encuestada lo hace mayoritariamente, mientras que los traslados son compartidos entre ambos.

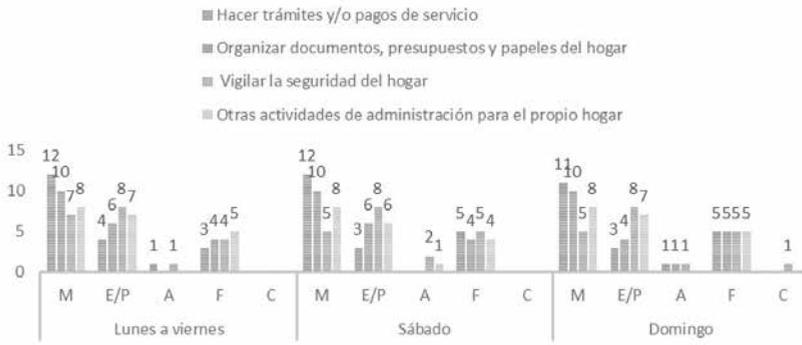


Gráfico 94. Administración del hogar

Los trámites y/o pagos de servicios son realizados en su mayoría por las mujeres encuestadas (60 %), de lunes a sábado, mientras que el 55 % lo hace los domingos. Quien organiza los presupuestos y documentos del hogar en un 50 % son las mujeres, y el otro 50 % se distribuye entre las parejas y familiares. Sin embargo, la vigilancia del hogar marca una tendencia hacia la pareja de la mujer encuestada, seguida por las mismas mujeres y los familiares que viven con ellas.

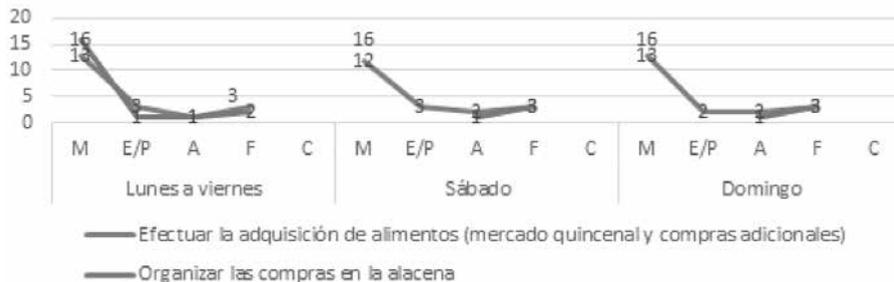


Gráfico 95. Compras para el hogar

El 80 % de las mujeres encuestadas realiza de lunes a domingo la organización de las compras en la alacena, con una baja participación de los otros miembros de la familia, referenciados en la encuesta.

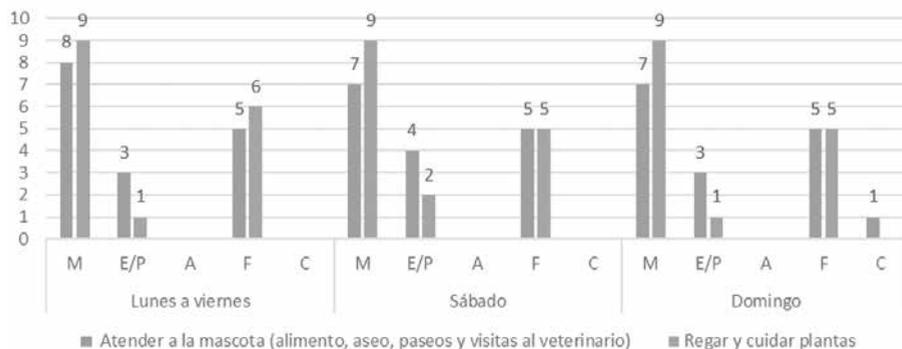


Gráfico 96. Cuidado de mascotas y plantas

De lunes a viernes, el 50 % de las mujeres encuestadas atiende a las mascotas de la vivienda, mientras que el otro 50 % se reparte entre la pareja y familiares. Los sábados y los domingos, el 56,2 % riega y cuida las plantas, mientras que el 44 % de esta actividad es realizada por la pareja y familiares.



Gráfico 97. Cuidado personal y de atención física a niñas/os menores de 15 años

Frente al cuidado personal y la atención a menores de 15 años, las mujeres encuestadas asumen la mayor responsabilidad, seguidas de otros familiares, aunque con menor porcentaje de participación.



Gráfico 98. Cuidados de salud a niñas/os menores de 15 años

El 71,4 % de las mujeres encuestadas se encarga de cuidar temporalmente a las/os niñas/os menores de 15 años, los siete días de la semana, mientras que frente a enfermedades crónicas la responsabilidad recae sobre las mismas y sobre familiares.



Gráfico 99. Apoyo escolar y/o de aprendizaje a niñas/os menores de 15 años

El apoyo escolar y aprendizaje no difiere de los resultados previos en la atención de niñas/os menores de 15 años. Son las mujeres encuestadas las que mayormente asisten a eventos escolares, así como el apoyo en tareas que deban entregar en la escuela, evidenciado en los porcentajes que llegan al 60 % del total.

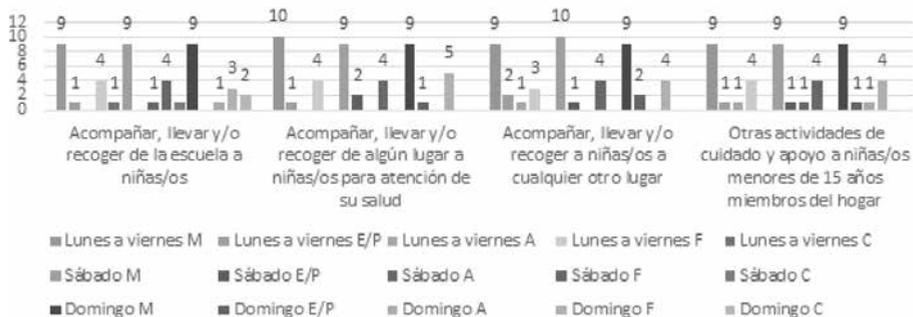


Gráfico 100. Acompañamiento y traslados a actividades de cuidado o apoyo a niñas/os menores de 15 años

Recoger y llevar a los menores de 15 años a la escuela, para la atención en salud o cualquier otro lugar, son tareas realizadas por las mujeres encuestadas en su gran mayoría (60 %), frente al 40 % repartido en las opciones de ambos, familiar o pareja.

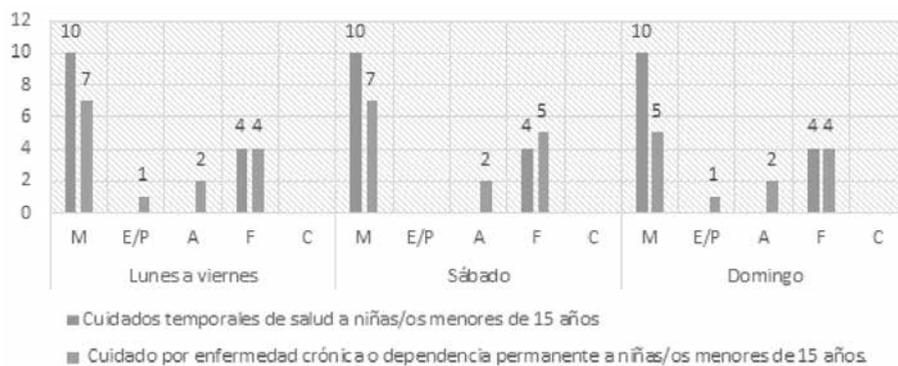


Gráfico 101. Cuidados de salud a niñas/os menores de 15 años

Frente a los cuidados en salud para menores de 15 años, se infiere por medio de la gráfica, que el 71 % de las mujeres, de lunes a domingo, se encargan de realizarlos, mientras que en enfermedades crónicas las acciones se reparten entre las personas encuestadas (50 %) y la pareja, familiares o ambos miembros (50 %).

Con relación a los cuidados a miembros del hogar entre 15 y 59 años, el 63 % de las actividades contempladas en este ítem son realizadas por las muje-

res encuestadas, de lunes a viernes, mientras que los familiares, en este mismo periodo, tienen una participación del 27 %, y ambos miembros de la pareja representan un 10 %.

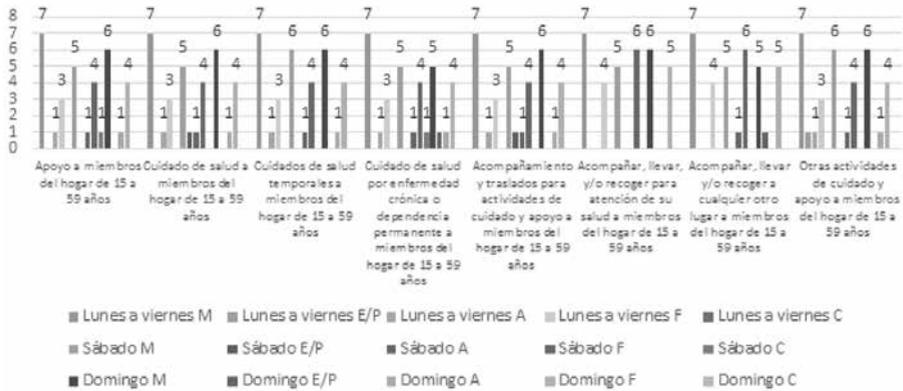


Gráfico 102. Cuidados a miembros del hogar de 15 a 59 años

Destacan los días sábados, ya que la actividad de acompañar, llevar o recoger a cualquier otro lugar a un miembro de la familia, es realizada mayoritariamente por familiares (64 %), mientras que la mujer encuestada tiene una participación menor (36 %). El resto de las actividades tienen una clara tendencia marcada por quienes son encuestadas y los familiares.



Gráfico 103. Apoyo no remunerado a otros hogares

En relación con las tareas domésticas no remuneradas en otros hogares, la tendencia marca que el 40 % de las mujeres encuestadas las realizan los fines de semana, y un 50 % de lunes a viernes. Sobre el cuidado de personas en otros hogares y otras actividades, se repite la tendencia.

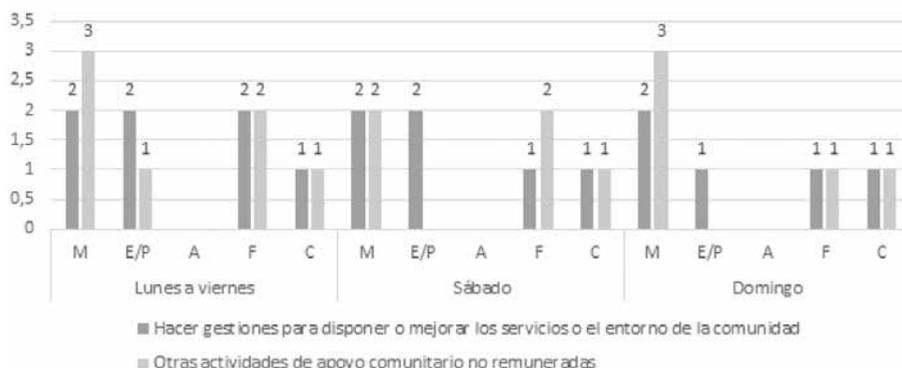


Gráfico 104. Trabajo comunitario no remunerado

Para el trabajo de mejoras de servicios o del entorno de la comunidad, de lunes a viernes, las mujeres encuestadas, junto con la pareja y otro familiar son quienes asumen tales actividades en un 86 %, mientras que el 14 % es realizado por una persona contratada. Los fines de semana las obligaciones recaen más sobre las mujeres encuestadas y la pareja, con un 67 %, frente al 33 % sumado entre familiares y personas contratadas. Es importante resaltar que los domingos el porcentaje de las mujeres disminuye a 40 %, frente al 60 % restante que involucra a la pareja, un familiar y una persona contratada.

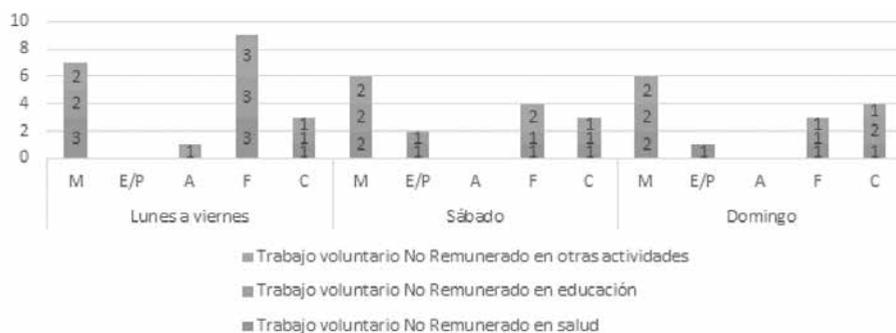


Gráfico 105. Trabajo voluntario no remunerado a través de instituciones sin fines de lucro

Referente a los trabajos voluntarios no remunerados en salud, el 43 % de las mujeres encuestadas lo hace de lunes a viernes, así como otros familiares (43 %) y un 14 % personal contratado. Los sábados y los domingos el 40 %

de las mujeres son quienes los realizan, mientras que el 60 % recae sobre la pareja, otro familiar o una persona contratada.

Frente a actividades no remuneradas en educación, el 67 % afirma que la actividad es realizada por familiares y personas contratadas, porcentaje que disminuye considerablemente si se tiene en cuenta que los fines de semana es a la mujer encuestada a quien le toca asumir este trabajo.

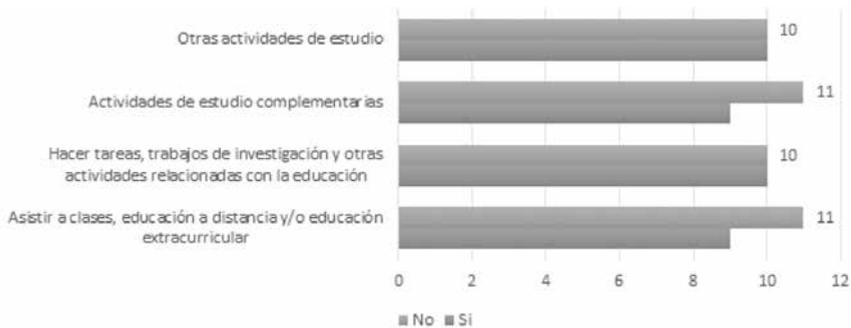


Gráfico 106. Aprendizaje y estudios

Frente al tema del aprendizaje y estudios, el 55 % de las mujeres no asiste a clases de ningún tipo, frente al 45 % que sí lo hace. La mitad de las mujeres afirma realizar trabajos o tareas relacionadas con educación, mientras que la otra mitad no. Con relación a actividades complementarias, el 55 % da una respuesta negativa, frente a un 45 % con respuesta positiva.



Gráfico 107. Motivos pregunta T.1 por los que realiza actividades de aprendizaje y estudio

Dentro de los principales motivos para no realizar actividades de aprendizaje y estudios, se encuentra la falta de tiempo (37 %), poco interés en la actividad (27 %), la edad como impedimento y no sabe/no responde con un 18 % cada uno.

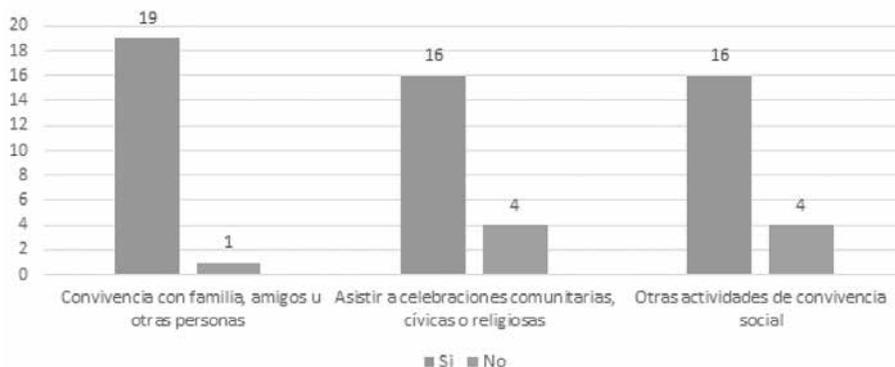


Gráfico 108. Convivencia social con familiares, amigos u otras personas

El 95 % de las mujeres encuestadas coincide en asistir a reuniones familiares, con amistades u otras personas, así como el 80 % que celebra fiestas comunitarias, cívicas o religiosas.



Gráfico 109. Motivos pregunta U.1 por los que no asisten a reuniones familiares, amistades u otras personas

El principal motivo por el cual no acuden a reuniones sociales es la falta de interés, seguido en menor cifra de la falta de tiempo y no sabe/no responde.

El 70 % de las mujeres encuestadas afirman asistir a eventos culturales y deportivos, frente al 75 % que manifiesta ir a eventos de entretenimiento u otras actividades relacionadas.

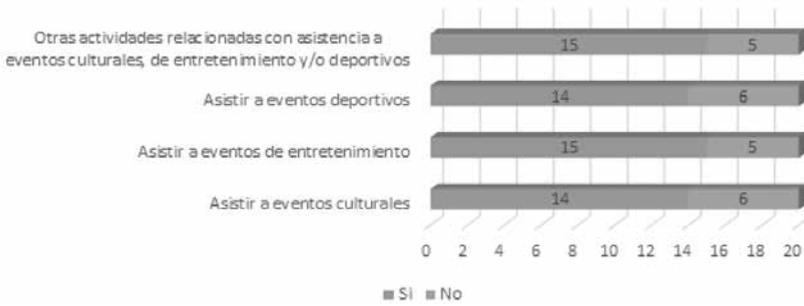


Gráfico 110. Asistencia a eventos culturales, de entretenimiento y/o deportivos

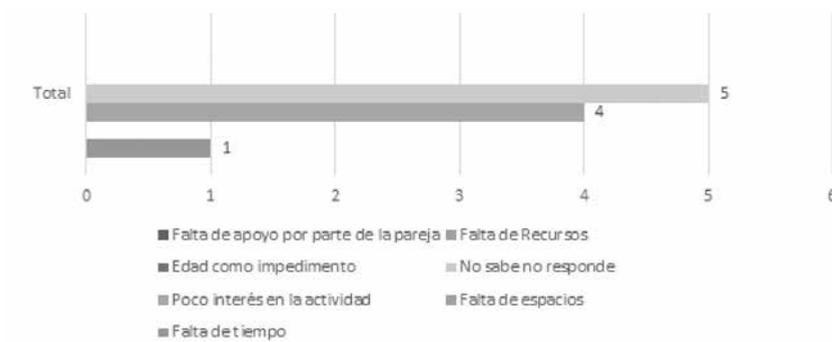


Gráfico 111. Motivos pregunta U.2 por los que no asisten a eventos culturales, de entretenimiento y/o deportes

Las que señalaron no asistir a este tipo de eventos, se concentran en la categoría no sabe/no responde, seguida de falta de interés y un caso por carencia de tiempo.

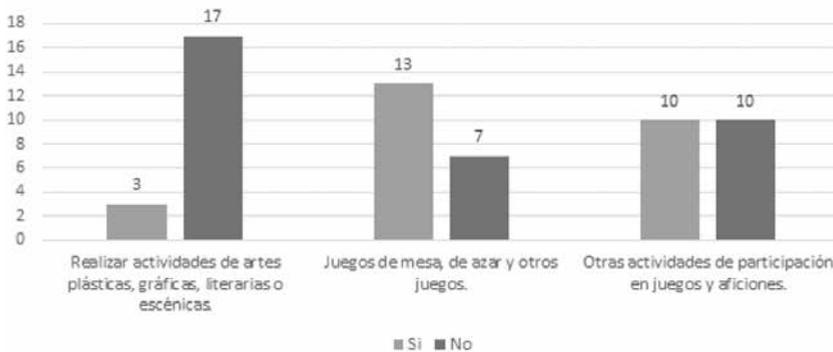


Gráfico 112. Aficiones, juegos y otros pasatiempos

El 85 % de las mujeres encuestadas no realiza actividades artísticas, literarias o escénicas, aunque el 65 % sí practica juegos de mesa, de azar y otros juegos. Sobre otras actividades, el 50 % manifiesta que sí las hace, frente al otro 50 % que dice que no.



■ Poco interés en la actividad ■ No sabe no responde ■ Edad como impedimento ■ Falta de Recursos
 Gráfico 113. Motivos pregunta U.3 por los que no realizan actividades artísticas, literarias o escénicas

Los principales motivos para no realizar estas actividades, de acuerdo con las mujeres encuestadas, son el poco interés y no sabe/no responde.

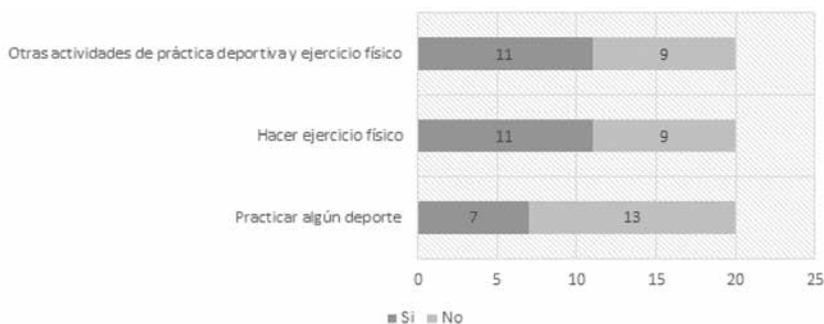


Gráfico 114. Deportes y ejercicio físico

Solo el 35 % de las mujeres encuestadas practica algún deporte, porcentaje bajo si se compara con el ejercicio físico o realizar otras actividades de este tipo donde más de la mitad (55 %) afirma hacerlo.



Gráfico 115. Motivos pregunta U.4 por los que no hacen deporte y/o ejercicio físico

El poco interés en la actividad es el motivo principal de las respuestas negativas, seguido del no sabe/no responde y la falta de tiempo en última instancia.

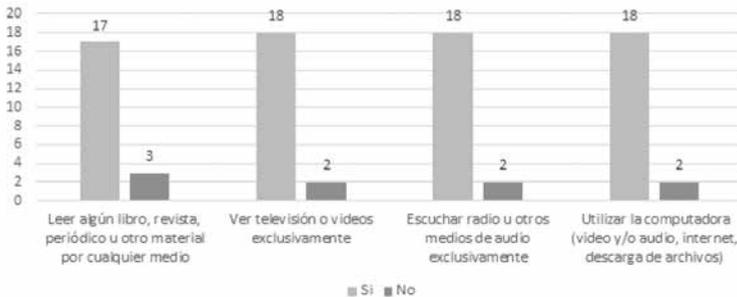


Gráfico 116. Utilización de medios de comunicación

El 85 % de las mujeres encuestadas lee libros, revistas o periódicos, mientras que el 90 % ve televisión, escucha radio o utiliza computadora.

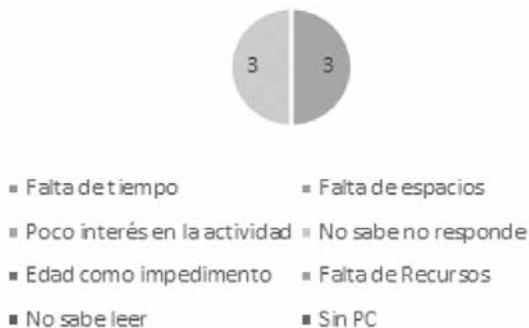


Gráfico 117. Motivos pregunta U.5 por el que no utiliza medios de comunicación

Los principales motivos en el uso de medios de comunicación se centran en la falta de espacios y no sabe/no responde.



Gráfico 118. Cuidados personales

A excepción del aseo y arreglo personal, donde todas las mujeres encuestadas coincidieron en realizar esa actividad, los cuidados de salud, descansar y meditar, otras actividades personales y comer respetando las horas, tienen una cobertura del 95 % del total de las mujeres.

Resultados Riomar

A) Edad	
18 a 24	4
25 a 31	3
32 a 38	2
39 a 45	
46 a 52	2
53 a 59	2
60 a 66	1
67 o más	
Total	14

El 29 % de la muestra encuestada se ubica en el rango de 18 a 24 años, seguido del intervalo de 25 a 31 años con el 21 %, mientras que los intervalos: 32 a 38, 46 a 52 y 53 a 59 alcanzan una suma del 42 %. El 8 % restante se ubica en las edades de 60 a 66 años.

B) Estado Civil	
Soltera	3
Casada	4
Divorciada	2
Viuda	2
Unión libre	3
Total	14

El 50 % de las mujeres encuestadas son casadas o se encuentran en unión libre, el 21,4 % son solteras, y el 28,6 % son divorciadas y viudas.

C) Nivel de estudios	
Primaria incompleta	
Primaria completa	1
Básica secundaria incompleta	
Básica secundaria completa	1
Educación media incompleta	
Educación media completa	3
Educación universitaria incompleta	4
Educación universitaria completa	4
Con estudios de posgrado	1
Total	14

El 57 % de las mujeres encuestadas poseen estudios universitarios completos e incompletos, frente al 21,4 % que finalizaron su formación media. El porcentaje restante contestó que se encuentra en un nivel de primaria completa, secundaria completa y estudios de posgrado.

D) Situación Ocupacional	
Empleada	4
Desempleada	1
Trabajadora independiente	2
Estudiante	4
Tareas domésticas no remuneradas	3
Jubiladas	
Total	14

El 57,1 % de las mujeres encuestadas tienen una situación ocupacional como empleadas y estudiantes, el 21,4 % realiza tareas domésticas no remuneradas frente al 14,3 % que son trabajadoras independientes. El 7,2 % está desempleada.

E) ¿Dedica más tiempo a las labores del hogar?	
Sí	9
No	5
Total	14

El 64,3 % de las mujeres encuestadas dedican más tiempo a las labores del hogar, mientras que el 35,7 % no.

Cabe destacar que de las cinco localidades de Barranquilla en las cuales se hizo el estudio, Riomar es la que presenta la menor proporción de mujeres encuestadas que señalan que son las personas que dedican más tiempo a las actividades del hogar.

F) En caso de ser negativa la respuesta anterior, ¿quién es el principal responsable de realizar estas tareas en su hogar?	
Empleado con remuneración	
Empleada con remuneración	
Cónyuge/Pareja	
Hija	
Hijo	
Padre	1
Madre	3
Hermana	
Hermano	
Otro familiar	1 F
Otra persona no remunerada	
Total	5

Las mujeres encuestadas que no realizan labores domésticas en el hogar afirman en un 60 % que quien hace ese trabajo en sus hogares es la madre, seguido del 40 % restante conformado por el padre y otro familiar femenino.

G) Número total de Hijos	
Sin Hijas/os	4
Un/a Hijo/a	3
Dos Hijas/os	4
Tres Hijas/os	3
Cuatro Hijas/os	
Cinco o más Hijas/os	
Total	14

El 57,1 % de las mujeres encuestadas se ubica en las opciones sin hijas/os y dos hijas/os. El 43 % tiene un/a hijo/a y tres hijas/os.

H) Edad de las/os hijas/os	
0 y 5 años	7
6 y 10 años	3
10 y 15 años	1
16 o más	9
Total	20

Del total de hijas/os registrados en la encuesta, el 45 % se concentra en las edades de 16 años o más, seguido de las edades entre 0 y 5 años con un 35 %, mientras que el 20 % está en las edades de 6 a 10 años, y de 10 a 15 años.

I) Total personas mayores de 60 años conviviendo con la familia	
Mujeres	3
Hombres	4
No Hay	7
Total	14

De las encuestadas que afirmaron convivir con personas mayores de 60 años, el 29 % indicó que la convivencia era con hombres, mientras que el 21 % con mujeres.

J) Personas en situación de desplazamiento	
Sí	2
No	12

El 14,3 % de las personas encuestadas referencia que se encuentran en situación de desplazamiento.

K) Parentesco con la jefatura del hogar	
Soy la jefa del hogar	9
Esposa/compañera	
Hija/hijastra	
Nieta	
Madre o suegra	3
Hermana/hermanastra	
Otro parentesco	2
Empleada del servicio doméstico	
Sin parentesco con la jefa/ el jefe del hogar	
Total	14

El 64,3 % de las mujeres encuestadas afirman ser las jefas del hogar, el 21,4 % referencian a las madres o suegras como las jefas, mientras que el 14,3 % manifiesta tener otro parentesco.

L) Tipo de vivienda	
Casa	6
Apartamento	7
Habitación(es)	1
Otro tipo	
Total	14

El tipo de vivienda donde habitan las mujeres encuestadas se distribuyen de la siguiente manera: 50 % apartamento, 43 % casa y 7 % habitación.

L) Tenencia de la vivienda	
Propia pagada	5
Propia pagándose	3
Arrendada	3
Propiedad de un familiar	3
De otro tipo	
Total	14

En la tenencia de la vivienda se resalta que el 36 % cuenta con vivienda propia, mientras que el 64 % se distribuye entre las opciones propia pagándose, arrendada y propiedad de un familiar.

M) Servicios públicos o privados con los que se cuenta	
Energía eléctrica	14
Teléfono	8
Acueducto	14
TV cable	11
Aseo urbano	12
Gas domiciliario	14
Internet	8

Los únicos servicios que tienen una cobertura total son electricidad, acueducto y gas domiciliario. El 85 % cuenta con aseo urbano y el 79 % TV cable. Solo el 57 % posee con servicio privado de Internet y telefonía.

N) Equipamiento de vivienda		
Artefacto	Sí	No
Máquina lavadora de ropa	13	1
Nevera	13	1
Secadora de ropa	10	4
Licuadaora	14	
Cocina eléctrica/gas	13	1
Plancha	12	2
Lavadora de platos	9	5

Horno eléctrico/gas	9	5
Aspiradora/pulidora	1	13
Computador	9	5
Automóvil	5	9
Microondas	6	8

El 93 % de las mujeres encuestadas posee máquina lavadora de ropa, nevera, cocina, y licuadora en un 100 %. La secadora de ropa en un 71,4 %, mientras que la lavadora de platos, el horno eléctrico y el computador aparecen en el 64,5 % de los hogares. Solo el 36 % tiene un automóvil en su vivienda.

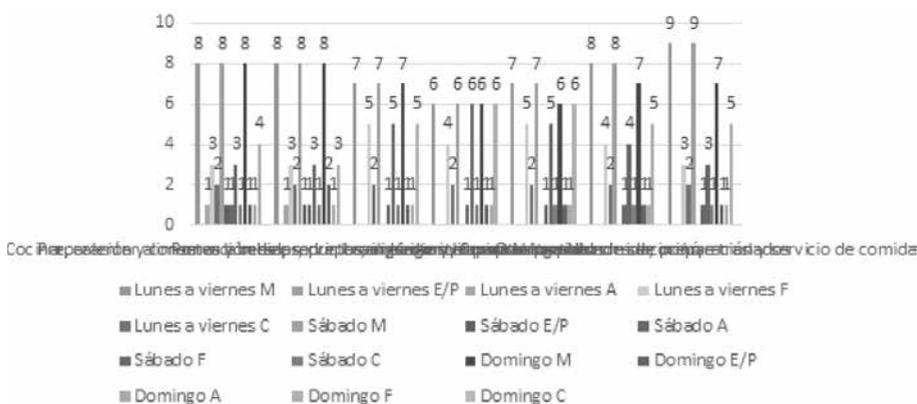


Gráfico 119. Preparación y servicio de comida

En la actividad de cocinar, calentar alimentos y bebidas, preparar refrigerios, en un 57 % de los casos, es trabajo de las mujeres entrevistadas, de lunes a domingo, con una baja participación de otros familiares para su desarrollo. La tendencia se repite en la preparación y conservación de productos e ingredientes para la comida. Sobre poner la mesa, servir los alimentos y lavar los platos, el 50 % de las mujeres encuestadas son las responsables en su ejecución, mientras que en la otra mitad predominan los familiares (35,7 %).

En la actividad de aseo general, en el 43 % de los casos, las mujeres encuestadas resultan las responsables, mientras que el 57 % restante se reparte entre familiares y personas contratadas. Los sábados esta actividad aumenta para las primeras en un 64 %, mientras que los domingos representa el 50 %, donde las parejas aparecen representadas en un 14,3 %.

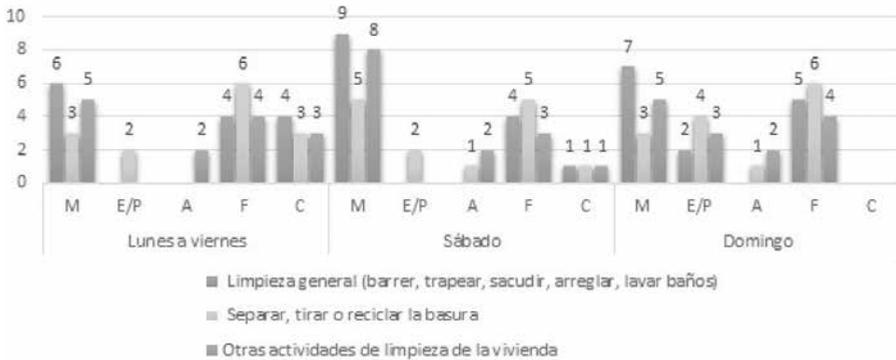


Gráfico 120. Limpieza de vivienda

Aunque ligera la tendencia, las parejas y otros familiares son las personas encargadas de separar, tirar o reciclar la basura, mientras que cualquier otra actividad de lunes a domingo es asumida mayoritariamente por las mujeres encuestadas.

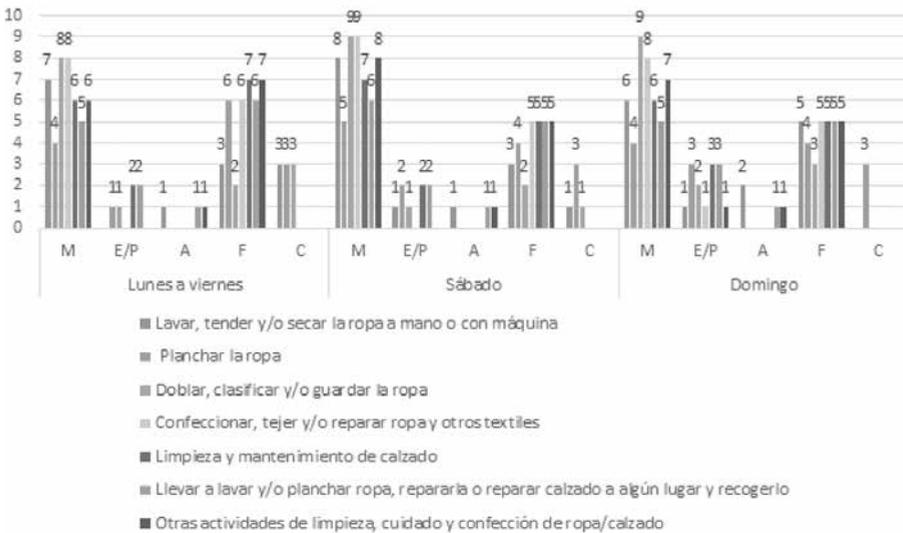


Gráfico 121. Limpieza, cuidado y confección de ropa/calzado

De lunes a viernes, la presente gráfica muestra que las mujeres encuestadas poseen más participación en actividades como lavar, tender, y/o secar la ropa, doblar la ropa, confeccionar o tejer, mientras que los familiares tienen

más margen de participación en la limpieza del calzado y otras actividades generadas. A pesar de esto, los fines de semana la carga en otros familiares disminuye, predominando la carga de trabajo en las mujeres encuestadas.



Gráfico 122. Mantenimiento, instalaciones y reparaciones menores en la vivienda, artículos y vehículos propios del hogar

Referente al mantenimiento, instalaciones y reparaciones menores en la vivienda, las mujeres encuestadas representan un 50 % en la actividad de hacer muebles, adornos o artesanías para el hogar, toda la semana. Las demás acciones, tales como las reparaciones menores de la vivienda, artículos del hogar y reparación de cualquier objeto que se dañe, son realizadas mayoritariamente por las parejas de las encuestadas. No obstante, los familiares y personas contratadas también están inmersos en la mayoría de los procesos, incluyendo mantenimiento al vehículo y reparaciones menores.

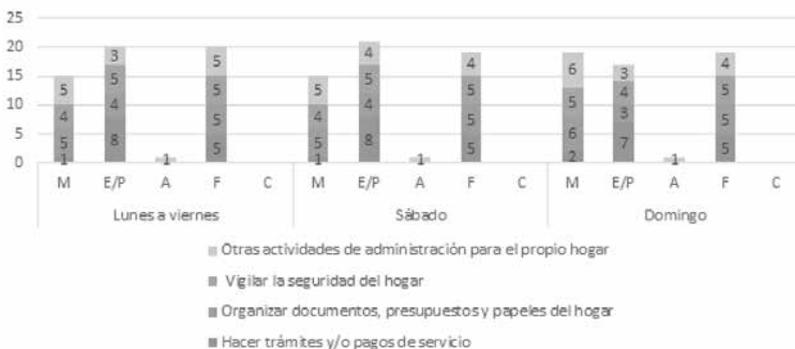


Gráfico 123. Administración del hogar

Los trámites y/o pagos de servicios públicos son realizados mayoritariamente por las parejas y familiares de lunes a domingo. La vigilancia del hogar recae en su mayoría sobre la pareja y familiares, de lunes a sábado, sin embargo, los domingos aumenta levemente la presencia de las mujeres encuestadas en esta última actividad.

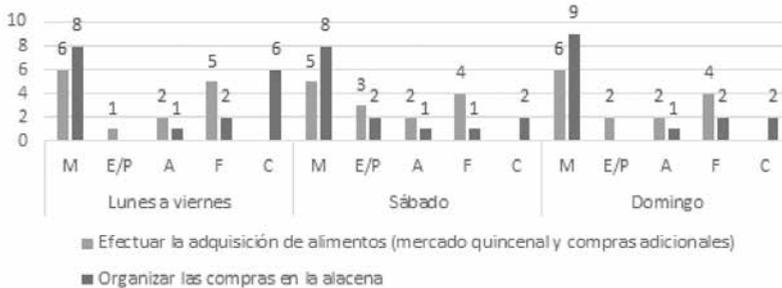


Gráfico 124. Compras para el hogar

El 43 % de las mujeres, de lunes a viernes, efectúa la compra de alimentos, seguidas por los familiares que están representados en un 36 %. Los domingos el 71,4 % de las compras las realizan por las encuestadas y familiares, y solo el 28,6 % por parejas y ambos miembros de la pareja.

Manteniendo la tendencia general, la organización de la comida en la alacena es trabajo de las mujeres encuestadas, aumentando los domingos y evidenciando la baja participación de las personas que conviven con ella.

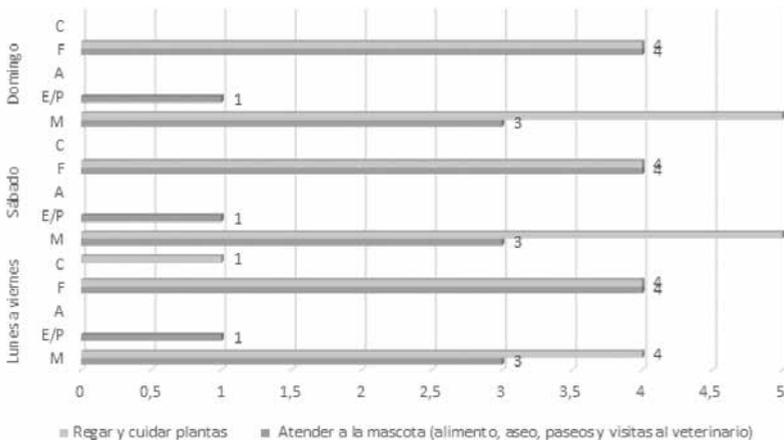


Gráfico 125. Cuidado de mascotas y plantas

Sobre la atención a mascotas, el 50 % de las personas que se dedican a estas actividades son familiares, el 37,5 % las encuestadas y solo 12,5 % la pareja. Los fines de semana la tendencia se mantiene. En la actividad de regar y cuidar las plantas, las encuestadas y los familiares, de lunes a viernes, son quienes desarrollan tal actividad en un 89 %, el 11 % restante contrata a una persona para tal fin. Los fines de semana, el 56 % de las mujeres frente al 44 % de otros familiares dedican tiempo de cuidado sobre esta acción.



Gráfico 126. Cuidado personal y de atención física a niñas/os menores de 15 años

Durante toda la semana, las mujeres encuestadas atienden en su mayoría a los/as menores de 15 años en actividades como darles de comer, bañar y asearlos (78 %), y en cargar y acostar niñas/os menores de seis años y jugar con ellas/os (67 %).



Gráfico 127. Cuidados de salud a niñas/os menores de 15 años

Los cuidados temporales de salud de los/as menores de 15 años, de lunes a viernes, es asumido en el 67 % de los casos por las mujeres encuestadas, mientras que el 34 % es realizado por otros familiares. Se destaca los fines de semana la participación de la pareja para la atención los sábados (11 %) y los domingos una persona contratada (11 %). Lo mismo ocurre en la atención de personas menores de 15 años con enfermedades crónicas, aunque es evidente que la mujer encuestada, con más del 50 % es la principal responsable de todos estos cuidados.



Gráfico 128. Apoyo escolar y/o de aprendizaje a niñas/os menores de 15 años

En el apoyo a tareas y trabajos de la escuela, de lunes a viernes, la mujer encuestada participa en un 77 %, mientras que los fines de semana su apoyo es de 66 %. Es importante resaltar que solo los días sábados el 11 % (1 persona) hace esta actividad en pareja; en este sentido, se mantiene la tendencia sobre la segunda actividad de asistir a reuniones y festivales, donde se obtiene un porcentaje similar de lunes a viernes.

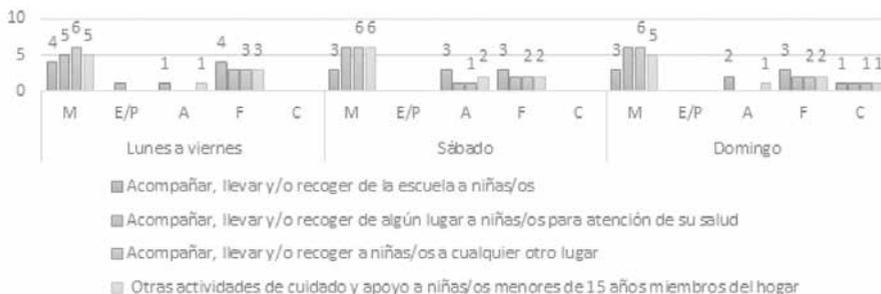


Gráfico 129. Acompañamiento y traslados a actividades de cuidado o apoyo a niñas/os menores de 15 años

El acompañamiento a las/os niñas/os menores de 15 años a la escuela, muestra que el 44 % recae sobre las mujeres encuestadas, y el otro 44 % sobre un familiar. El 12 % restante lo hacen ambos miembros de la pareja, mientras que los fines de semana, la acción es compartida entre las mujeres, ambos miembros de la pareja y familiares. Llevarlos y acompañarlos para la atención de salud y cualquier otro lugar muestra que, más del 60 %, recae sobre las mujeres durante la semana.

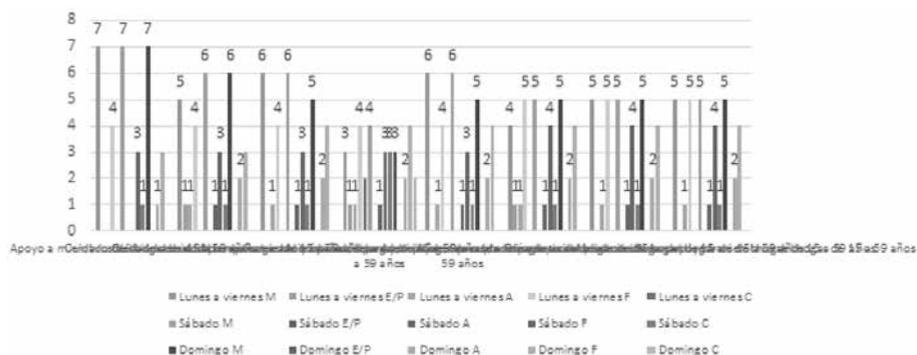


Gráfico 130. Cuidados a miembros del hogar de 15 a 59 años

Aunque nuevamente la tendencia es evidente en cuanto al cuidado de miembros del hogar de 15 a 59 años, donde la carga de trabajo recae en las mujeres encuestadas, los fines de semana hay una pequeña disminución por la colaboración de los familiares, y en relación con la atención de la enfermedad crónica, son estos quienes se encargan mayoritariamente del cuidado.

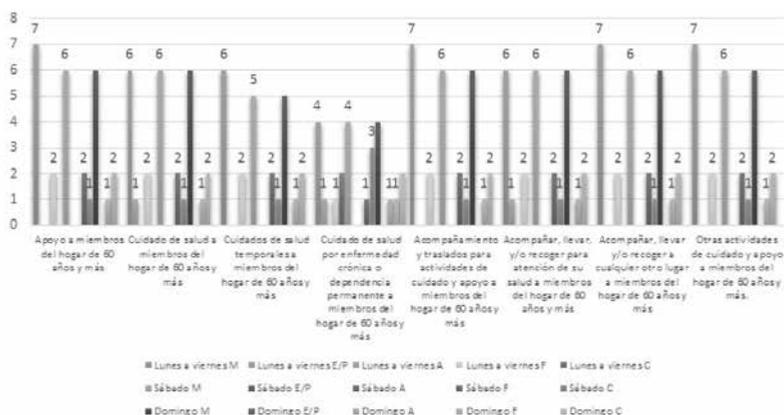


Gráfico 131. Cuidados a miembros del hogar de 60 años y más

En los casos de las encuestadas que manifestaron convivir con personas mayores a 60 años, ellas mismas son quienes se encargan, de forma mayoritaria, de brindarles la atención oportuna y realizar los cuidados en salud, traslados o apoyo permanente.

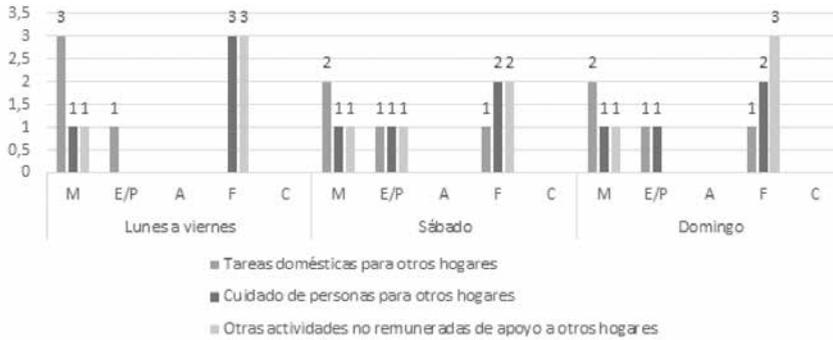


Gráfico 132. Apoyo no remunerado a otros hogares

Las tareas domésticas no remuneradas para otros hogares son realizadas, en su mayoría, por las mujeres encuestadas, mientras que, en las labores de cuidado y afines, son los familiares quienes asumen más esta responsabilidad.

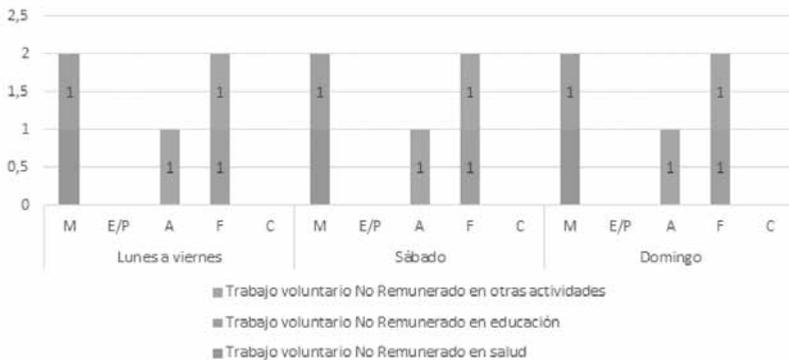


Gráfico 133. Trabajo voluntario no remunerado a través de instituciones sin fines de lucro

Un porcentaje muy pequeño y no representativo de las encuestadas manifestó realizar trabajo voluntario no remunerado. En el área de salud, lo realiza en exclusiva la mujer encuestada, mientras que, en educación, un 50 % recae

sobre ellas mismas y un 50 % en los familiares. Para cualquier otro tipo de actividad, ambos miembros de la pareja y familiares son los que reconocen como las personas que la desarrollan.



Gráfico 134. Motivos pregunta T.1 por los que no realizan actividades de aprendizaje y estudio

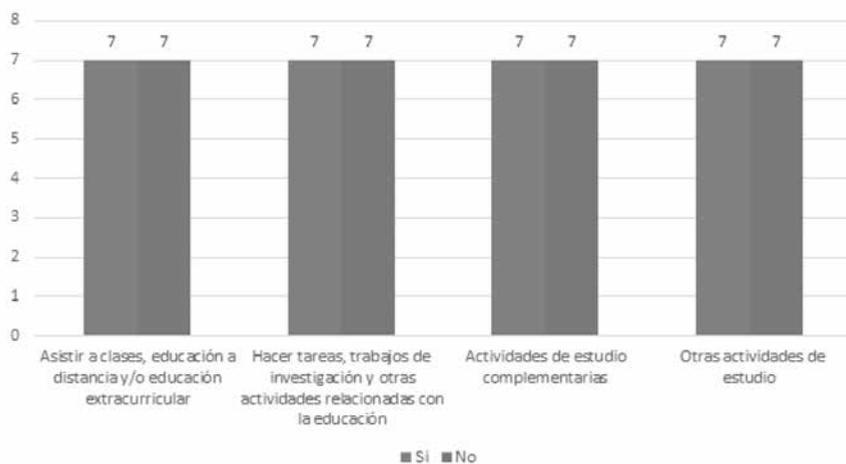


Gráfico 135. Aprendizaje y estudios

El 50 % de las mujeres encuestadas se encuentran involucradas en un proceso de formación, aprendizaje o estudio, mientras que el otro 50 % no lo está.

La falta de tiempo es el principal motivo por el que no se encuentran estudiando o realizando actividades afines, pero también se señala la edad como impedimento, la categoría no sabe/no responde y la falta de interés.

El 100 % de las mujeres asisten a reuniones familiares y a celebraciones religiosas, mientras que el 93 % realiza otras actividades de convivencia social.

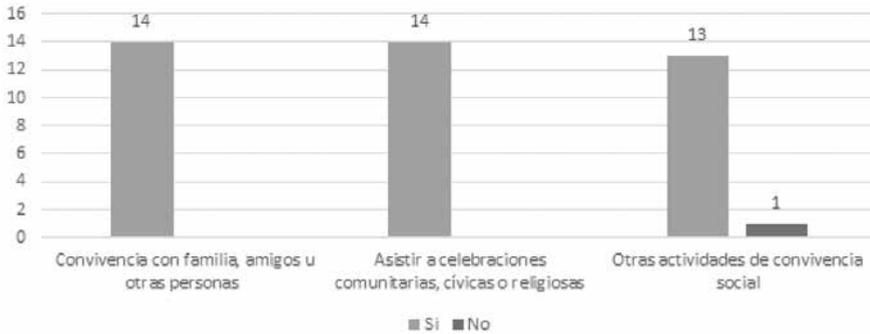


Gráfico 136. Convivencia social con familiares, amigos u otras personas

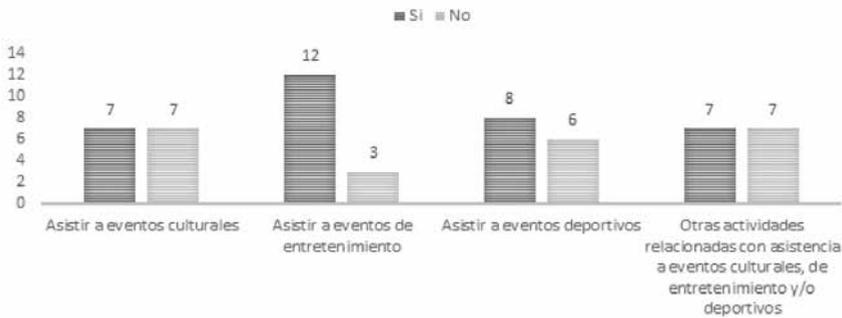


Gráfico 137. Asistencia a eventos culturales, de entretenimiento y/o deportivos

El 50 % de las mujeres encuestadas asiste a eventos culturales, mientras que el otro 50 % no. El 86 % asiste a eventos de entretenimiento, mientras que el 57 % a eventos deportivos.



Gráfico 138. Motivos pregunta U.2 por los que no asisten a eventos culturales de entretenimiento y/o deportivo

El principal motivo que dan las mujeres encuestadas para no asistir a este tipo de actividades, se relaciona con la falta de interés (5), la falta de tiempo (4) y no sabe/no responde (1).

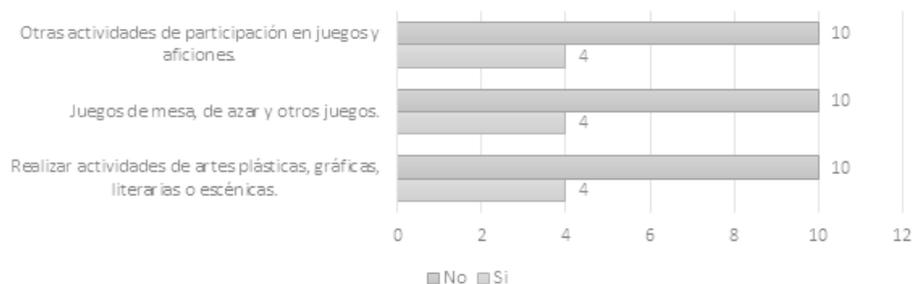


Gráfico 139. Aficiones, juegos y otros pasatiempos

El 29 % de las mujeres encuestadas solo practican actividades relacionadas con las artes plásticas, gráficas, literarias o escénicas, así como juegos de mesa, de azar y otro tipo de juegos.



Gráfico 140. Motivos pregunta U.3 por los que no poseen aficiones, juegos y otros pasatiempos

La mayoría de las mujeres encuestadas dan, dentro de sus motivos, respuestas de: no sabe/no responde, poco interés en la actividad y falta de tiempo.

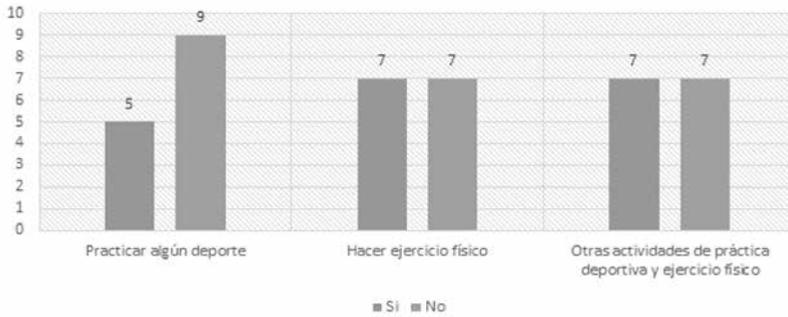


Gráfico 141. Deportes y ejercicio físico

El 36 % de las mujeres encuestadas practica algún deporte, mientras que el 50 % hace ejercicio y otras actividades deportivas o físicas.



Gráfico 142. Motivos pregunta U.4 por los que no realizan deporte y ejercicio físico

Resaltan como motivos para no realizar actividades físicas y deportivas, la falta de tiempo con siete respuestas, y no sabe no responde con dos respuestas.

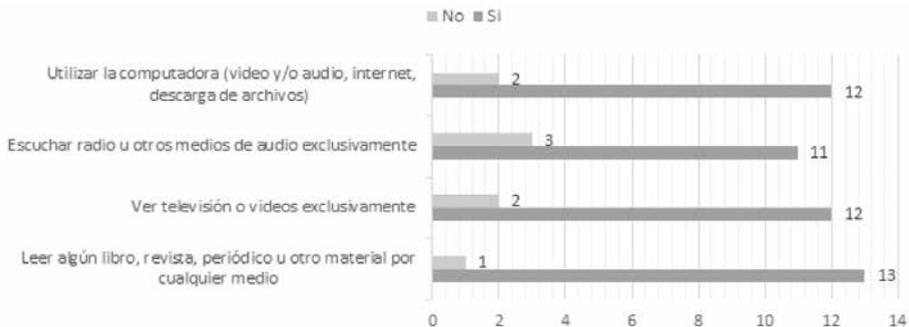


Gráfico 143. Utilización de medios de comunicación

El 93 % de las mujeres encuestadas leen revistas, libros o material de cualquier medio; el 86 % utiliza la computadora y ve televisión o videos, mientras que el 79 % escucha radio o medios de audio exclusivos.



Gráfico 144. Motivos pregunta U.5 por los que no utilizan medios de comunicación

Las razones que dieron las mujeres encuestadas que no utilizan medios de comunicación son: no sabe/no responde y falta de tiempo.



Gráfico 145. Cuidados personales

El arreglo personal y los cuidados de salud son actividades que realizan todas las encuestadas, mientras que el 86 % descansa, medita, ora y reflexiona, así como otras actividades. El 79 % come respetando los horarios.



Gráfico 146. Motivos pregunta U.6 por los que no tienen un cuidado personal

El 67 % de las mujeres encuestadas que dieron una respuesta negativa indican que carecen de tiempo para estar pendientes de cuidados personales, mientras que el 33 % no sabe/no responde.

Conclusiones

Explicando los resultados de la caracterización realizada a través de la encuesta CAUTAL, se puede determinar que en las cinco zonas de la ciudad de Barranquilla, las mujeres encuestadas son las responsables de la mayoría de las actividades contempladas en dicho instrumento, corroborando así los datos cuantitativos recolectados en la pasada medición del uso del tiempo a nivel nacional. Esto implica que las mujeres siguen siendo las principales responsables del trabajo doméstico no remunerado, que comprende actividades del hogar y cuidado de los/as demás miembros de la familia.

A ello hay que agregar que un porcentaje importante de estas mujeres, además del trabajo del hogar, realizan trabajo remunerado fuera del hogar, lo que implica que viven las dobles jornadas laborales, que resultan desgastantes y afectan su calidad de vida. En no pocas ocasiones, tienen horarios de trabajo de oficina y al concluir su actividad, comienza la segunda jornada laboral: el cuidado del hogar y de la familia. A ello hay que agregar el trabajo voluntario, en el cual las mujeres son mayoría, configurándose la triple jornada a la cual hacen referencia personas especializadas en el tema.

Lo dicho en el párrafo anterior guarda relación con la idea de que todavía está muy presente en la sociedad el hecho de que es la mujer la principal (e incluso muchas personas consideran que la única) responsable de la familia, de allí que se le exige que cumpla con su rol como “dueña” y “ama” de casa, lo que a su vez implica trabajar mucho más que el resto de los miembros de la familia, incluido, claro está, su pareja, esposo, compañero o concubino.

Los principales apoyos que tienen las mujeres encuestadas son sus familiares en actividades tales como: reparaciones menores de la vivienda, atención a familiares en edades de 15 a 59 años y mayores e incluso en trabajo voluntario no remunerado. Aun así, la figura femenina sigue predominando en la capital del Atlántico para actividades que no tienen ningún tipo de remuneración.

Cabe destacar, no obstante, que la presencia de los hombres, parejas de

las mujeres encuestadas, se hace visible en actividades tales como: reparaciones menores, arreglos del vehículo, administración y gestión de los gastos del hogar, que en ningún modo alteran la clásica división sexual del trabajo, sino que, por el contrario, la materializan, ya que estas actividades se asocian con los roles del hombre y no cambian la estructura del trabajo doméstico no remunerado.

Este mantenimiento de la división sexual del trabajo se comprueba en los resultados de la encuesta, ya que la mayoría absoluta señaló que son ellas mismas u otra mujer, que puede ser la madre, la suegra, entre otras, la responsable de las tareas del hogar, pero sin dudar de que se trata siempre de una mujer, salvo en casos excepcionales.

La sobrecarga laboral a la cual se ven sometidas las mujeres, también queda evidenciada en este estudio, donde la tendencia en cada una de las actividades no remuneradas no disminuye los fines de semana, al contrario, aumenta a pesar de ser los días libres que tienen las encuestadas para descansar y/o realizar otro tipo de tareas, distintas a las labores domésticas.

Esto se refleja en el hecho de que algunas actividades son realizadas por los familiares los días de semana o en algunos casos por una persona contratada, es de suponer porque la mujer trabaja fuera del hogar, pero los fines de semana es la encuestada la que debe asumir esta carga de trabajo, lo que implica no contar con el tiempo libre necesario para el descanso y disfrute personal.

Todo este cuadro lleva a que las mujeres tengan poco tiempo libre para la realización de actividades de formación, ocio y recreación, actividades deportivas y cuidados personales.

En ese sentido, llama la atención que el principal impedimento que tienen las mujeres para realizar actividades personales es el tiempo, por la carga laboral y no remunerada que deben atender, evidenciando y confirmando la tendencia nacional. Otro de los impedimentos que identifican las mujeres para no realizar actividades personales es la edad; aunque en algunas zonas de la ciudad los índices de aprendizaje y estudio son relativamente altos, muchas manifiestan que no están en edad para continuar un proceso de formación por atender el hogar, aspecto que reafirma la carga de actividades en las mujeres encuestadas.

El dato de la edad como un impedimento para la realización de actividades de formación, deportivas y recreacionales, debe ser tomado en cuenta por las autoridades con competencia en garantizar los derechos de las mujeres para elaborar políticas públicas incluyentes, con enfoque diverso e incorporando los distintos grupos etarios.

Pese a la falta de tiempo, los trabajos voluntarios son realizados en su gran mayoría por las mujeres encuestadas, llamando la atención los casos de las zonas de Riomar, Suroccidente y Metropolitana donde las mujeres asumen, dentro del porcentaje establecido, un rol activo a pesar de su carga laboral, así como actividades de salud o educación no remuneradas.

En definitiva, se puede señalar que las desigualdades de género entre hombres y mujeres, en cuanto al uso del tiempo cautal, quedan claramente demostradas con la aplicación la encuesta CAUTAL, donde se puede comprobar que las mujeres han avanzado en ocupar los espacios públicos (aunque aún es largo el recorrido), incorporándose al mercado laboral y obteniendo trabajos remunerados, pero ello no ha generado cambios significativos en la distribución del trabajo no remunerado, los hombres no han copado la esfera privada, la del cuidado del hogar y de los miembros de la familia, que siguen siendo actividades con poco reconocimiento social, infravaloradas y consideradas propias de las mujeres, por lo que se puede deducir que en Barranquilla estas actividades son realizadas por las mujeres.

Para concluir y siguiendo a Amartya Sen, con este estudio se demuestran las claras limitaciones que tienen las mujeres para lograr su desarrollo, en la medida en que sus capacidades de autorrealización son limitadas debido a que carecen de tiempo para dedicarse a conseguir los logros deseados, lo que implica la privación de un conjunto de libertades que inciden en los niveles de pobreza, no solo desde el punto de vista económico sino también de las limitaciones para el ejercicio de las libertades individuales.

Referencias

Acosta Navarro, O. L. (2009). *Pobreza: Concepto y medida. Curso “Nuevas políticas sociales para la reducción de la pobreza y modelos de protección social”*. Bogotá: CEPAL. Recuperado de: <http://www.cepal.org>.

- org/ilpes/noticias/paginas/5/36875/acosta_pobreza_curso_ps_cartage-
na210809.pdf
- Aguirre, R. (2007). *Las familias como proveedoras de servicio de cuidado*. Madrid: Fundación Carolina.
- Aguirre, R. & Ferrari, F. (2014). *Las Encuestas sobre el uso del tiempo y el trabajo no remunerado en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5851/9/S1420397_es.pdf
- Alonso, E. (2010). Feminismo y justicia en la obra de Martha Nussbaum. *Cuadernos Koré*, 1(2), 139-155. Recuperado de: <http://e-revistas.uc3m.es/index.php/CK/article/view/568/260>
- Araya, M. (2003). *Un acercamiento a las encuestas del uso de tiempo con orientación de género*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Arriagada, I. (2005). Dimesiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género. *Revista de la CEPAL*, 85, 101-113. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11002/1/085101113_es.pdf
- Bravo, R. (1998). Pobreza por razones de género. Precisando conceptos. En I. Arriagada & C. Torres (Eds.), *Género y pobreza. Nuevas dimensiones*. No. 26. Santiago de Chile: ISIS Internacional. Ediciones de las Mujeres.
- Bravo, R. (2003). *Medición de la pobreza desde un enfoque de género*. [Presentación en Power Point]. Reunión de Expertos sobre Pobreza y Género, 12 y 13 de agosto. Santiago de Chile: CEPAL y OIT. Recuperado de: <http://www.cepal.org/mujer/reuniones/pobreza/RosaBravo.ppt>
- CEPAL & OIT (2003). *Entender la pobreza desde la perspectiva de género*. Documento de Trabajo. Recuperado de: <http://www.cepal.org/mujer/reuniones/pobreza/LGodoy.pdf>
- CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo (2004). *Entender la pobreza desde la perspectiva de género*. Santiago de Chile: CEPAL-UNIFEM -República de Italia. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5918/1/S0400008_es.pdf

- CEPAL (2009). *Módulo Uso del Tiempo-EPHPM*. México D.F.: CEPAL.
- CEPAL (2010). *Encuesta de hogares de propósitos múltiples. Módulo de uso de tiempo*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/3/40283/NellyGarcia.pdf>
- CEPAL (2012a). *Cuidado de personas dependientes debe ser compartido entre el Estado y las familias*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/comunicados/cuidado-de-personas-dependientes-debe-ser-compartido-entre-el-estado-y-las-familias>
- CEPAL (2012b). *Contabilizando lo invisible: Encuestas de Uso del Tiempo en Costa Rica*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mujer/noticias/noticias/6/48366/P48366.xml&xsl=/mujer/tpl/p1f.xsl&base=/tpl/imprimir.xsl>
- CEPAL (2013). *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile: Publicación de la CEPAL. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35904/S2013868_es.pdf?sequence=1
- CEPAL (s.f.). *Pobreza con perspectiva de género. Revisión de la literatura orientada hacia propuestas metodológicas para su medición*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/9/11039/vmpobreza.pdf>
- Chant, S. (2003). *Nuevas contribuciones al análisis de la pobreza: desafíos metodológicos y conceptuales para entender la pobreza desde una perspectiva de género*. Santiago de Chile: CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5914/1/S0310710_es.pdf
- Congreso de la República de Colombia (2010). Ley 1413, “Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas”. *Diario Oficial* No. 47.890 de 11 de noviembre. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1413_2010.html
- Crespo, R. (2007). ¿Derecho natural o consensual en los “enfoques capacidades” de Amartya Sen y Martha Nussbaum? *Cultura económica*, (67),

- 47-52, (Ejemplar dedicado a: Economía e Instituciones). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2567673>
- DANE (2012a). *Uso del tiempo*. Recuperado de: http://www.dane.gov.co/files/noticias/uso_tiempo_freire.pdf
- DANE (2012b). *Estadísticas sociales. Pobreza*. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/pobreza>
- DANE (2015). *Calidad de vida y pobreza*. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/calidad-vida/pobreza/87-sociales/calidad-de-vida/6507-pobreza-monetaria-y-multidimensional-2015>
- DANE (2016). *Mercado laboral según sexo*. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/segun-sexo>
- DANE (s.f.). *Cuentas satélites*. Recuperado de: <http://www.dane.gov.co/index.php/cuentas-economicas/cuentas-satelite>
- Departamento Nacional de Planeación de Colombia DNP (2011). *Índice de Pobreza Multidimensional (IPM-Colombia) 1997-2008 y meta del PND para 2014*. Recuperado de: [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/%C3%8Dndice%20de%20Pobreza%20Multidimensional%20\(IPM-Colombia\)%201997-2008.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/%C3%8Dndice%20de%20Pobreza%20Multidimensional%20(IPM-Colombia)%201997-2008.pdf)
- El Portafolio* (2016). *La pobreza en Colombia ya es inferior a la de América Latina*. Bogotá: Diario El Portafolio. Recuperado de: <http://www.portafolio.co/economia/gobierno/pobreza-colombia-inferior-america-latina-491795>
- Esquivel, V. (2015). El cuidado: de concepto analítico a agenda política. *Revista Nueva Sociedad*, 1(256), 63-74. Recuperado de: <http://nuso.org/articulo/el-cuidado-de-concepto-analitico-a-agenda-politica/>
- Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero, trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños. Recuperado de: <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Revolucion%20en%20punto%20cero-TdS.pdf>
- Feres, J. & Mancero, X. (2001a). *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4784/1/S0102117_es.pdf

- Feres, J. & Mancero, X. (2001b). *Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4740/1/S01010056_es.pdf
- Fraser, N. (1997). *Iustitia Interrupta: reflexiones críticas desde la posición postsocialista*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Gómez, M. (2010). *Clasificación de actividades de uso del tiempo para América Latina y el Caribe, CAUTAL*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/3/40283/cautal.pdf>: CEPAL.
- Gómez Luna, M. E. (2016). *Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL)*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39624/S1600508_es.pdf?sequence=4
- INDEC (2013). Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina. Recuperado de: http://www.indec.mecon.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=4&id_tema_2=31&id_tema_3=117
- Instituto Nacional de Estadística (INE) de Bolivia (2010). *Bolivia - Encuesta de Uso de Tiempo de los Hogares 2010, Primera Prueba Piloto*. Recuperado de: <http://www.ine.gob.bo/anda/index.php/catalog/94>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) de Chile (2010). *Encuesta Experimental sobre Uso del Tiempo en el Gran Santiago*. Santiago de Chile: INE. Recuperado de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/encuesta_tiempo_libre/pdf/presentacion_eut_17_04_2009.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador (2012). *INEC. Uso del Tiempo - 2012*. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/uso-del-tiempo-2/>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) de Guatemala (2012). *La medición del trabajo no remunerado en Guatemala*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/eventos/2012/Encuentro_Genero2012/doc/9_1010_orlando_monzon.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Nicaragua (1998). *Estudio Uso del Tiempo de los nicaraguenses*. Recuperado de: <https://>

unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/tuse/Country/Nicaragua/sourceNic98a.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Panamá (2011). *La Encuesta de Uso del tiempo se realizó por primera vez en Panamá, en el mes de octubre de 2011, en todas las áreas urbanas del país*. Recuperado de: https://www.contraloria.gob.pa/inec/publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=63&ID_PUBLICACION=515&ID_IDIOMA=1

Instituto Nacional de Estadística (INE) de Uruguay (2013). *Encuesta de uso del Tiempo y del Trabajo no Remunerado (EUT) 2013*. Recuperado de: <http://www.ine.gub.uy/encuesta-de-uso-del-tiempo-eut>

Instituto Nacional de Estadística (INE) de Venezuela (2012). *La encuesta sobre el Uso del Tiempo fortalecerá indicadores de bienestar social*. Recuperado de: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=282:la-encuesta-sobre-el-uso-del-tiempo-fortalecera-indicadores-de-bienestar-social-&catid=141:sociales

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de México (2016). *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2014*. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/enut/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de Perú (2010). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2010. Principales Resultados*. Recuperado de: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MIMDES-INEI-Encuesta-Nacional-Uso-Tiempo.pdf>

Ministerio de Economía y Finanzas de Perú (2013). *Métodos para medir pobreza*. Recuperado de: https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&view=article&id=370&Itemid=100412

Naciones Unidas (1995). *Informe de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing, 4 a 15 de septiembre. Recuperado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Nussbaum, M. (1999). *Sex and justice*. New York: Oxford University.

Nussbaum, M. (2000). Womens capabilities and social justice. *Journal of Human Development*, 1(2), 219-247. Recuperado de: <http://philosophy.uchicago.edu/faculty/files/nussbaum/Women's%20Capabilities%20and%20Social%20Justice.pdf>

- Nussbaum, M. (2002). *Las mujeres y el desarrollo humano. El enfoque de las capacidades*. Barcelona: Paidós.
- Nussbaum, M. (2006). *Las fronteras de la justicia*. Barcelona: Paidós.
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (s.f.). II. *El enfoque de género*. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/004/X2919S/x2919s04.htm>
- Rawls, J. (2006). *Teoría de la justicia*. Londres: Cambridge University.
- Revista *Semana* (12 de septiembre de 2014). Preocupantes cifras de analfabetismo en el mundo. Recuperado de: <http://www.semana.com/mundo/articulo/cifras-de-analfabetismo-en-el-mundo/402561-3>
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Sen, A. & Nussbaum, M. (2002). *La calidad de vida*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Téllez, A. (2001). Trabajo y representaciones ideológicas de género. Propuesta para un posicionamiento analítico desde la antropología cultural. *Gazeta de Antropología*, 1(17), 1-14.
- United Nations (2005). *Guide to producing statistics on time use: measuring paid and unpaid work*. New York: United Nations.
- United Nations Statistics Division (2012). United Nations Expert Group Meeting on the Revision of the United Nations Trial International Classification of Activities for Time Use Statistics (ICATUS). *Report of the Meeting*. New York: United Nation Secretary. Recuperado de: https://unstats.un.org/unsd/demographic/meetings/egm/EGM%20June%202012/ICATUS%20EGM%20report_final.doc
- Urquijo, M. (2014). La teoría de las capacidades en Amartya Sen. *EDETANIA*, (46), 63-80. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5010857.pdf>

CAPÍTULO III
Conductas Prosociales en Estudiantes Universitarios
de la Ciudad de Barranquilla: Un Abordaje desde el
Enfoque de Género

Valeria Montoya Roncancio
Juan Carlos Marín Escobar

Universidad Simón Bolívar
Convocatoria 702 de 2014 Colciencias
“Formación de Capital Humano de Alto Nivel
para el Departamento del Atlántico”, 2017

Introducción

Conductas prosociales en estudiantes universitarios de la ciudad de Barranquilla: un abordaje desde el enfoque de género es una investigación que tiene como objetivo general describir las conductas prosociales que son: aquellos comportamientos que sin buscar una recompensa externa, favorecen a otras personas o grupos sociales, según el criterio de estos, y aumentan la probabilidad de generar una reciprocidad positiva de calidad y solidaridad en las relaciones interpersonales o sociales consiguientes, preservando la identidad, creatividad y la iniciativa de los individuos o grupos implicados (Roche, 2002, p.4) presentes en los estudiantes universitarios entre 20 a 30 años que cursan programas relacionados con las Ciencias Sociales y Humanas.

El paradigma de la investigación fue empírico analítico y el tipo de investigación es cuantitativo. El diseño de investigación es no experimental de corte descriptivo. La población estuvo constituida por todos los estudiantes que se encuentran matriculados en las Facultades de Ciencias Sociales y Humanas de los diferentes programas académicos de las seis universidades participantes (Universidad del Atlántico, Universidad Libre, Universidad del Norte, Universidad Autónoma del Caribe, Universidad Simón Bolívar y Universidad de la Costa). La muestra fue de 369 estudiantes, de una población total de 10.432. El muestreo fue estratificado con afijación proporcional.

Para llevar a cabo este objetivo se empleó la aplicación del instrumento (*The Development of a Measure of Prosocial Behaviors for Late Adolescents (PMT)* de Carlo & Randall (2002)-*University of Nebraska*, adaptado al español por Richaud Mesurado & Kohan Cortada (2012), además de unas preguntas de opinión para conocer la percepción de los jóvenes sobre las conductas prosociales con diferenciación de género, las cuales fueron elaboradas por expertos atendiendo a las dimensiones de las variables y los objetivos de la investigación.

Los autores que guiaron este ejercicio investigativo son Eisenberg y Carlo & Randal. Los resultados indican que los estudiantes universitarios perciben que el género femenino es más prosocial que el masculino y que en situaciones específicas se manifiestan los roles y estereotipos de género asignados a cada uno. Así mismo, se evidenció dependencia entre las variables de sexo con las dimensiones altruismo y ayuda pública.

Planteamiento del problema

Desde las teorías biológicas se plantea la posible existencia de una mayor predisposición innata para la empatía en las mujeres, que las prepararía desde edades tempranas para el rol de cuidadoras. Por otra parte, los estereotipos sexuales y las consiguientes pautas educativas originan diferencias en el proceso de socialización de ambos géneros: a las chicas se les enseña a anteponer las necesidades ajenas, a ceder la iniciativa al otro sexo, a reservarse las opiniones e inhibir los deseos por deferencia a los demás. Mientras que en los chicos se fomenta la aserción negativa, la iniciativa en las relaciones con el género opuesto y el comportamiento competitivo (Merrell & Gimpel, citados por Redondo & Guevara, 2010).

Así mismo, Redondo y Guevara (2010) en un estudio de prevalencia de conducta prosocial y agresiva en adolescentes de dos colegios de la ciudad de Pasto, comentaron que esta temática de la conducta prosocial y violenta y su influencia en el comportamiento de las personas permite potenciar desde edades tempranas conductas adecuadas (solidaridad, tolerancia, cooperación, respeto, mejores habilidades sociales y conseguir espacios de respeto mutuo), así como de prevenir comportamientos negativos (xenofobia, ansiedad social, rechazo, maltrato, agresividad, abuso por parte de iguales, entre otros).

Pacheco, Rangel & Luzardo (2015) plantean que en Colombia son pocos los estudios realizados sobre la conducta prosocial. Solamente se cuenta con Rey (2008), quien ha analizado en este sentido las habilidades prosociales, y en específico, rasgos de personalidad de género y aceptación de la violencia hacia la mujer en adolescentes que presenciaron violencia entre sus padres; también Plazas, Morón, Santiago, Sarmiento, Ariza, Dario (2010) estudiaron las relaciones entre iguales, conducta prosocial y género desde la educación primaria hasta la universitaria. En tanto, Redondo y Guevara (2010) analizaron las diferencias de género en la prevalencia de la conducta prosocial en adolescentes de la ciudad de Pasto, y Marín (2009; 2014) identificó las conductas prosociales en barrios de la ciudad de Barranquilla.

A su vez, no hay registros que permiten establecer las conductas prosociales en los habitantes grupos, poblacionales específicos como jóvenes. Tan solo investigaciones encaminadas a analizar las diferencias en conductas pro-

sociales entre estudiantes de educación secundaria de ciudades como Pasto y Bucaramanga (Pacheco et al., 2015).

Esta investigación está interesada en conocer desde un enfoque de género, la percepción de los jóvenes sobre si la intencionalidad de ayuda va más ligada a los hombres o a las mujeres y si hay cambios en la conducta de ayuda si esta va dirigida a un grupo específico: niños, ancianos o a iguales. La investigación recurre a los estudios de Estereotipo de Género (EG), de larga tradición en los estudios de Psicología para describir los contenidos de lo que se consideran comportamientos femeninos y masculinos.

La investigación trabajó para su análisis la percepción de evaluar y medir comportamientos, actitudes, rasgos y características que puedan definir una conducta prosocial relacionada con el género de una persona o si estos se transforman de acuerdo al género en rasgos de personalidad específicos hasta convertirse en rasgos instrumentales o agentes en el caso de la masculinidad o como conductas expresivas o comunales en el caso de la feminidad (Bakan, 1996). Estas indagaciones se hacen tomando como referente la concepción clásica de análisis de los estereotipos de género utilizando la teoría Unidimensional Bipolar (Spence, 1999).

La investigación también ha de trabajar desde la perspectiva de la teoría bifactorial de género, la cual marca cambios de interpretación de los conceptos de masculinidad y feminidad dando como resultado el concepto de androginia psicológica, permitiendo constatar que hay desarrollo simultáneo de rasgos masculinos y femeninos en una misma persona, lo que implica una valoración positiva y no excluyente de ciertas acciones clasificadas como únicamente masculinas o femeninas (Spence, 1999). Este enfoque permitirá a la investigación indagar en dos direcciones: la primera por el carácter descriptivo de los estereotipos de género presente en las conductas prosociales de los jóvenes universitarios y segundo, en conocer si las conductas prosociales poseen un carácter prescriptivo e indicativo de lo que la sociedad espera y desea que hagan hombres y mujeres en torno a la capacidad de ayuda por parte de los estudiantes universitarios.

La finalidad de este estudio estará centrada en describir hasta dónde nues-

tros jóvenes universitarios registran este tipo de conductas y a partir de allí generar modelos para construir una sociedad más solidaria y altruista.

En la hipótesis de trabajo se considera que el habitante de Barranquilla es proclive a ayudar, pero no se han hecho investigaciones sistemáticas que permitan confirmar esta hipótesis. Además, generado por los cambios culturales y otras circunstancias históricas asociadas a la percepción de inseguridad, el desplazamiento y el incremento de la población, este tipo de conductas ha disminuido considerablemente.

De esta forma se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las conductas prosociales que presentan los jóvenes universitarios de la ciudad de Barranquilla?

Objetivos

Objetivo General

Describir las conductas prosociales presentes en los estudiantes universitarios entre 20 a 30 años que cursan programas relacionados con Ciencias Sociales y Humanas.

Objetivos Específicos

- Relacionar las conductas prosociales con las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- Conocer las conductas prosociales en jóvenes universitarios relacionadas con las siguientes categorías: altruismo, condolencia, ayuda pública y ayuda privada.
- Identificar la percepción de los estudiantes universitarios, respecto a las conductas de ayuda con diferenciación de género.

Justificación

Conductas prosociales en estudiantes universitarios se entiende como cualquier acción que tenga como objetivo proporcionar algún beneficio o mejorar el bienestar de otra persona sin esperar nada a cambio. En este caso estudiado será en los jóvenes universitarios.

De este modo, la conveniencia de esta investigación parte de que por me-

dio de ella se podrá tener mayor claridad acerca de las distintas percepciones que poseen los estudiantes de este tipo de comportamientos de ayuda. La relevancia social radica de la necesidad de contemplar las realidades concretas donde se generan este tipo de ayudas y de conocer la dinámica de los comportamientos prosociales en los jóvenes.

A su vez, se puede conjuntamente pensar en la generación de modelos preventivos de conductas agresivas, violentas, antisociales y delincuenciales. Estas conductas que tienen los estudiantes y que perciben de los demás, se convertirán en un punto de referencia y reflexión para el trabajo de quienes tienen el interés de promover las conductas altruistas en las juventudes.

Los principales beneficiados de los resultados de esta investigación serán primeramente los estudiantes, ya que se tendrá en cuenta su percepción y esto incidirá en una mayor comprensión por parte de los diferentes actores del proceso educativo de las universidades.

Por otra parte, el valor teórico que posee esta investigación es tal, que llenará vacíos de conocimientos relacionados con la etapa de la población con la que se piensa trabajar, debido a que existen pocos estudios direccionados a cómo se manifiestan estas conductas en los jóvenes.

Así mismo, la utilidad metodológica que puede brindar dicha investigación se puede contemplar en cuanto a la aplicación del instrumento a la población colombiana, con niveles importantes de validez y confiabilidad, que permitiría identificar la percepción de los jóvenes universitarios y también poder elaborar una posible relación entre las variables en estudio.

Por lo cual, esta investigación se plantea como un referente en el campo de intervención psicológica apoyando la línea de Investigación, Gestión y Desarrollo Social del Grupo de Investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad de la Universidad Simón Bolívar.

¿Qué son conductas prosociales?

Marco Teórico

Primeros aportes

Las conductas prosociales o las conductas de ayuda al prójimo han venido siendo estudiadas por las Ciencias Sociales y Humanas, entre ellas la

sociología, la antropología y la psicología. Acercamientos de este tipo se encuentran en autores como: Roche, Zanden, Darley & Latané, entre otros. Los acercamientos de estos y otros autores de diferentes enfoques y perspectivas teóricas: sociobiológicas, cognitivistas, conductuales, se han venido dirigiendo a describir qué es una conducta prosocial, tipos de conductas prosociales, cuál es su origen, por qué ciertas personas son proclives a ayudar y otras son indiferentes, entre otros aspectos.

Las respuestas que han venido ofreciendo las Ciencias Sociales respecto a la pregunta ¿por qué somos prosociales? han generado un importante cúmulo de conceptos y explicaciones teóricas, relacionados con la percepción, la motivación, la línea continua entre los animales y el hombre, explicados por las teorías sociobiológicas, las cogniciones sociales, entre otras.

Marín (2014) plantea que a través de la historia en la sociedad se ha considerado que acudir en ayuda de alguien constituye un valor social básico. Donde tales conductas no habían sido objeto de estudio sistemático y con la rigurosidad de la ciencia antes de los años 70, sobre todo porque por diversas razones las conductas negativas de naturaleza agresiva tuvieron mayor relevancia y fueron objeto de abundantes estudios.

Haciendo un recorrido en el tiempo podemos encontrar lo siguiente:

El término comportamiento prosocial fue introducido a principios de los años 70, a raíz de un asesinato cometido en Nueva York donde 38 vecinos ignoraron las súplicas y las llamadas de auxilio de una mujer que fue apuñalada y finalmente asesinada por su agresor. En términos generales, podríamos decir que este interés sobre el tema se debe por el aumento de fenómenos asociados con la agresión entre las personas, la naturaleza y la cultura, además de los tratos discriminatorios hacia mujeres, niños y ancianos, entre otros (Pacheco, Rueda & Amado, 2013).

Los autores Darley y Latané (1970) iniciaron sus estudios indagando en relación a la *intervención en emergencias* con la gran aportación del concepto de *efecto del espectador*, correspondiendo este a un análisis planteado desde la “Teoría del árbol de decisiones”, en donde se presenta como ambigua la decisión de ayudar o no en caso de emergencia. En su teoría del árbol de decisiones, según la cual, ayudar a una persona o a un grupo no representa una

única decisión sino un conjunto de ellas que muestra una compleja operación mental: Observar una situación, decidir si es una situación de ayuda, interpretar y decidir si es una responsabilidad propia ayudar, o si le corresponde a otro, evaluar con qué herramientas se cuenta para ayudar, establecer qué riesgos se asumirían si ayudo y finalmente decidir ayudar. Si en alguna de estas circunstancias hay una respuesta negativa muy seguramente no se dará la ayuda.

Zanden (1986) a la hora de definir la prosocialidad aduce que son “Actos realizados en beneficio de otras personas; maneras de responder a estas con simpatía, condolencia, cooperación, ayuda, rescate, confortamiento y entrega o generosidad” (p.626).

Siguiendo la línea de investigaciones realizadas en este lapso, Carlo, Eisenberg, Troyer, Switzer y Speer (1991) sugirieron una hipótesis sobre cuándo era más probable que las disposiciones hacia la conducta prosocial se manifestasen. Estos autores plantearon que las personas son más propensas a ayudar cuando hay menos exigencias o cuando las condiciones de ayuda se dan de manera natural o espontánea. Por el contrario, la gente ayudará menos cuando existe mucha exigencia o en un ambiente controlado experimentalmente.

En el libro de *Psicología social*, en el capítulo Conducta Prosocial: Evaluación e Intervención (Jiménez, 2000), se entiende por conducta prosocial toda conducta social positiva con o sin motivación altruista. Positiva significa que no daña, que no es agresiva. A su vez se entiende por motivación altruista el deseo de favorecer al otro con independencia del propio beneficio. Por el contrario, la motivación no altruista es aquella que espera o desea un beneficio propio además del, o por encima del, ajeno. Como se ve, la definición incluye un aspecto conductual (alude a conductas) y otro motivacional (alude a motivaciones).

Por otro lado, Roche (2002) sostiene que son prosociales aquellos comportamientos que sin buscar una recompensa externa, favorecen a otras personas o grupos sociales, según su criterio, y aumentan la probabilidad de generar una reciprocidad positiva de calidad y solidaridad en las relaciones interpersonales o sociales consiguientes, preservando la identidad, creatividad y la iniciativa de los individuos o grupos implicados.

El autor identifica diez categorías posibles que abarcan las conductas pro-

sociales: Ayuda física, servicio físico, dar y compartir, ayuda verbal, consuelo verbal, confirmación y valorización positiva del otro, escucha profunda, empatía, solidaridad, presencia positiva y unidad.

1. Ayuda física: Una conducta no verbal que procura asistencia física a otras personas para cumplir un determinado objetivo, y que cuenta con su aprobación.
2. Servicio físico: Una conducta que elimina la necesidad a los receptores de la acción de intervenir físicamente en el cumplimiento de una tarea o cometido, y que concluye con su aprobación o satisfacción.
3. Dar y compartir: Dar objetos, ideas, experiencias vitales, alimentos o posesiones a otros.
4. Ayuda verbal: Una explicación o instrucción verbal que es útil y deseable para otras personas o grupos en la consecución de un objetivo.
5. Consuelo verbal: Expresiones verbales para reducir la tristeza de personas apenadas o en apuros y aumentar su ánimo.
6. Confirmación y valorización positiva del otro: Expresiones verbales para confirmar el valor de otras personas o aumentar su autoestima, incluso ante terceros (interpretar positivamente conductas de otros, disculpar, interceder mediante palabras de simpatía, alabanza o elogio).
7. Escucha profunda: Conductas meta-verbales y actitudes de atención que expresan acogida paciente pero activamente orientada a los contenidos expresados por el interlocutor en una conversación.
8. Empatía: Conductas verbales que, partiendo de un vaciado voluntario de contenidos propios, expresan comprensión cognitiva de los pensamientos del interlocutor o emoción de estar experimentando sentimientos similares a los de este.
9. Solidaridad: Conductas físicas o verbales que expresan aceptación voluntaria de compartir las consecuencias, especialmente penosas, de la condición, estatus, situación o fortuna desgraciadas de otras personas, grupos o países.
10. Presencia positiva y unidad: Presencia personal que expresa actitudes de proximidad psicológica, atención, escucha profunda, empatía, disponibilidad para el servicio, la ayuda y la solidaridad para con otras personas y que

contribuye al clima psicológico de bienestar, paz, concordia, reciprocidad y unidad en un grupo o reunión de dos o más personas.

El interés de estudiosos en este tema véase J.W. Vander Zanden (1986) y Stephen Worchel et al. (2002) por ejemplo, se han centrado en aspectos como: Conducta prosocial y motivaciones altruistas, efectos de las características de la personalidad, efectos de los estados de ánimo, conducta prosocial en situaciones ambiguas, conducta prosocial en situaciones no ambiguas, la equidad, la igualdad, y las ideas acerca de un mundo justo, teoría de la equidad, las normas de la reciprocidad, interés propio, igualdad y necesidad, entre otros.

Para el mismo tiempo, De Bruyn y Van den Boom (2005) definieron la conducta de cooperación como un intercambio social que ocurre cuando dos o más personas coordinan sus acciones para obtener un beneficio común, es decir, un intercambio en el que los individuos se dan ayuda entre sí para contribuir a un fin común.

Agustín Moñivas (2011) define la conducta altruista como la conducta o las acciones prosociales costosas, llevadas a cabo voluntariamente y cuya motivación primaria es beneficiar a otros.

Por otro lado, encontramos que no solamente la conducta prosocial ha sido tema de trabajo en libros, sino también ha dado lugar a investigaciones y tesis doctorales. Esto ha sido, de acuerdo a la argumentación de Molero, Candela y Cortés (2013) por dos razones primordiales: en primer lugar, el surgimiento y la evolución histórica del propio constructo prosocial, y en segundo lugar, propiciado e instigado por las circunstancias sociales que implican a los profesionales, no solo de la psicología sino de los diversos campos a dar soluciones y aplicaciones de programas específicos de prevención y/o intervención hacia las conductas agresivas.

En términos generales, se puede decir que en los últimos años se ha generado un interés hacia este tema. Autores como Molero, Candela & Cortés (2013) sostienen que la razón para que se este dando cierta ola de acción teórica y práctica hacia las conductas prosociales descansa en fenómenos como el aumento desmesurado de la agresión entre las personas, conductas de indiferencia hacia el prójimo e incluso hacia la naturaleza y la cultura, además de los tratos discriminatorios hacia mujeres, niños con discapacidades, ancianos, entre otros.

Sin embargo, en los últimos cinco años se han generado grandes aportes que describen cómo y por qué ayudamos al otro, el interés en esta pregunta es de importancia para entender la naturaleza de las interacciones humanas, el proceso ontogenético, los esquemas y mapas neuronales y el funcionamiento de la mente.

Siguiendo esta idea encontramos investigaciones como; *The Development of Prosocial Moral Reasoning and a Prosocial Orientation in Young Adulthood: Concurrent and Longitudinal Correlates* de Nancy Eisenberg, Claire Hofer, Michael J. Sulik & Jeffrey Liew (2013) y *Empathic concern drives costly altruism* de Feldman Halla O., et al. (2014).

En cuanto al comportamiento prosocial y el desarrollo moral en estudiantes en formación se han encontrado dos estudios importantes; *Neural Correlates of Post-Conventional Moral Reasoning: A Voxel-Based Morphometry Study* de K. Prehn, M. Korczykowski, H. Rao, Z. Fang, JA Detre, DC Robertson (2015) y *Caracterización del razonamiento moral en la práctica clínica en relación con el proceso de formación médica en una Facultad de Medicina, categoría altruismo y dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado* de D.E. Amado et al. (2010).

Estos artículos desarrollan conceptos como: desarrollo moral, empatía-simpatía, toma de perspectiva, comportamiento prosocial, teoría de la mente, preocupación por el otro, investigaciones basadas en los postulados teóricos de Kohlberg, Nancy Iceberg & Hoffman, pero ¿cuáles son las teorizaciones dentro de la psicología social? ¿Cuáles son los autores representativos? ¿Qué investigaciones se han realizado?

Esta primera búsqueda da cuenta de un amplio conocimiento en relación al tema a trabajar. El propósito es delimitar la revisión dentro del quehacer de la psicología social, para ello se tendrá como referencia el artículo de Dovidio F. et al. (2005): *Prosocial Behavior: Multilevel Perspectives* publicado por Research Center for Group Dynamics. Debido a que en el caso de esta investigación interesa conocer, adoptando el marco referencial consultado, la dinámica que presentan las conductas prosociales que se dan en los jóvenes universitarios.

Usualmente en la literatura dedicada a tratar este tema de la prosocialidad

actualmente, ha identificado otras categorías similares y para algunas sinónimas como son: cooperación, altruismo, conductas de ayuda, solidaridad, comportamiento prosocial, entre otras.

Comportamiento prosocial y sus dimensiones

Conducta prosocial, altruismo y conducta de ayuda no son sinónimos. El término prosocial incluye todo tipo de comportamientos beneficiosos para los demás y para la sociedad.

Las conductas de ayuda son conductas prosociales que se realizan con la intención de mejorar el bienestar del otro, independientemente de que la motivación sea altruista o egoísta, y únicamente que aquellas conductas de ayuda que buscan el beneficio del otro y no el propio puedan considerarse altruistas.

Diversos aspectos inciden en la generación de este comportamiento, entre ellos la ausencia o presencia de otros observadores y las características de la persona que necesita ayuda, se combinan con otras variables individuales, como la motivación o el cálculo de costes y beneficios a la hora de determinar si una persona actuará para ayudar o no. En todo el proceso se hallan implicados factores afectivos y cognitivos en continua interacción.

Stewart, López y Cuadrado (2013) se refieren así al altruismo:

La capacidad para el altruismo parece tener una base biológica, que hemos heredado de nuestros ancestros a través de la tendencia a la empatía. Esta predisposición, que nos hace sentir preocupación por el malestar del otro y nos impulsa a ayudarlo, fue probablemente el mecanismo que propició que el altruismo se transmitiera de una generación a otra. Pero nacer con una tendencia a la empatía no significa que ayudar a los demás sea algo automático. Esa tendencia debe moldearse a través del desarrollo sociocognitivo del individuo, del aprendizaje de las normas de la sociedad en la que vive y de la interacción con sus semejantes. (p.359)

En lo referente a la empatía para Gibbs, Basinger y Grime (2003, citados por Pacheco et al., 2013) es “la capacidad para actuar teniendo en cuenta las necesidades de las demás personas, respetando las normas vigentes y la legalidad” (p.298). El poseer la habilidad para situarse en el lugar del otro sin tener

en cuenta la situación particular en la que se encuentra una persona lleva a que el individuo muestre una mayor cooperación desinteresada haciendo visible una conducta prosocial; desde esta perspectiva, la empatía se relaciona de forma positiva con los comportamientos prosociales.

Así, Carlo y Randall (2002, citados por Marceló, 2014) han realizado una distinción entre las diversas motivaciones o tendencias prosociales, distinguiendo:

- Altruista: Ayuda voluntaria motivada por la preocupación por las necesidades y bienestar de los demás, frecuentemente inducido por la compasión y la internacionalización de normas o principios consistentes en ayudar a otros.
- Complaciente: Ayuda a los demás en respuesta a pedidos verbales o no verbales por parte del ayudado.
- Emocional: Orientación a ayudar a otros que se encuentran en circunstancias emocionalmente evocadoras.
- Pública: Ayuda realizada en la presencia de audiencia, con el deseo de obtener en parte aprobación o respeto de los demás y mejorar la autoestima de la propia persona.
- Anónima: Ayuda realizada en beneficio de otros, sin que nadie sepa la ayuda.
- Directa: Ayuda en crisis o situaciones de emergencia.

Por otra parte, tampoco es automático pedir ayuda a otros cuando se tiene un problema. Esto se refiere en cuanto a la decisión de pedir ayuda como en la reacción una vez recibida, donde intervienen una serie de factores relativos a la persona que necesita la ayuda, a la naturaleza del problema y el tipo de ayuda que requiere y al potencial donante de la ayuda. El que esta sea percibida o no como algo beneficioso por el que la recibe y, por tanto, el que su reacción sea positiva o negativa, depende sobre todo del balance entre el apoyo que supone para él y la amenaza a su autoestima (Gaviria, López & Cuadrado, 2013).

Conductas prosociales y género

Más allá del egoísmo y el altruismo ¿considera que su disposición para

ayudar tiene algo que ver con que sea usted hombre o mujer? El metaanálisis de Alice Eagly y Maureen Crowley de 172 estudios de comportamientos de ayuda indicaba que los hombres y las mujeres difieren de su voluntad de involucrarse en actividades prosociales; los hombres generalmente ayudan más que las mujeres, además que es más probable que ayuden a los extraños a diferencia de las mujeres en situaciones que se magnifican cuando hay público, cuando hay un peligro potencial en ayudar y cuando la persona necesitada es una mujer (Franzoi, 2007).

Shumaker y Hill (1991), Trudea y Devlin (1996, citado por Franzoi, 2007) plantean que cuando se estudian otras formas de comportamiento prosocial (tales como ayudar a un amigo a preocuparse por los niños), las mujeres dan muestras de ser más útiles que los hombres. Por ejemplo, las mujeres son más propensas que los hombres a dar apoyo emocional a los otros, también siempre están más dispuestas a cuidar de los niños o los viejos. Los hombres y las mujeres parecen estar dispuestos a ayudar de maneras distintas:

- Los hombres están más dispuestos a arriesgarse en situaciones de peligro, coherente con la imagen valorada de la sociedad del *rol heroico del hombre*.
- Las mujeres están más dispuestas a proveer ayuda de larga duración alrededor de la empatía y el cuidado, estos roles se tornan más marcados en la infancia hasta la vida adulta que es cuando los roles de género se vuelven explícitos.

Otros trabajos concluyen mayores niveles de prosocialidad en el género femenino y mayores niveles de conducta antisocial en el masculino, como en el estudio realizado por Etxebarria, Apodaca, Eceiza, Fuentes y Ortiz (2003, citados por Pacheco & Redondo, 2010), en el que se observa que, con la edad, el control inhibitorio aumenta en las niñas y disminuye en los niños, mientras que lo contrario ocurre con la conducta agresiva. Otro aspecto de la conducta prosocial en el que los niños y niñas parecen diferir es en la conducta cooperadora o complaciente con las demandas de otras personas. Así como durante toda la infancia, las niñas se muestran más complacientes que los niños. A su vez, Scourfield y McGuffin (2004, citados por Samper, Cortés, Tur, Náchter & Mestre, 2006) plantean que:

La tendencia general en los diferentes estudios empíricos realizados muestra diferencias de género en la empatía y en la conducta prosocial que corroboran reiteradamente una mayor disposición empática en la mujer, que a su vez guarda relación con niveles más altos de conducta prosocial y niveles más bajos de agresividad. (p.204)

Es necesario tener en cuenta que dichas conductas se han visto permeadas hasta la actualidad con lo que se conoce como roles y estereotipos de género. Aspectos que han sido estudiados por la Psicología Social desde diferentes autores.

En lo que se refiere a estereotipos, Henry Tajfel (1984, citado por Gaviria, López & Cuadrado, 2013) los define como imágenes mentales muy simplificadas sobre personas o grupos que son compartidas por un gran número de personas, en sus características esenciales.

Por otro lado, Shum, Mayorga y Conde (2006) plantean los estereotipos como un conjunto de prejuicios, ideas preconcebidas, creencias profundamente arraigadas en el subconsciente colectivo e individual y aceptadas socialmente sobre las conductas y comportamientos.

Morales y Moya (1996, citados por Moya & Rodríguez, 2011) establecen que los estereotipos son el “conjunto de creencias, compartidas acerca de los atributos personales que poseen los miembros de un grupo”.

Los estereotipos de género son “juicios de valor y creencias, relacionados con la atribución de distintas capacidades y actitudes a mujeres y hombres sin que existan criterios objetivos que lo demuestren” (Delegación de Salud y Género, 2003). Los estereotipos se instauran como herramientas socioculturales que crean normas de funcionamiento social y sirven de referente para disponer de un sistema identitario de los sujetos, y su interiorización juega un papel básico en la forma de pensar y de actuar de las personas y su relación con los otros. La interiorización de las diferencias de género enmarcan los comportamientos que se esperan de los sujetos y la valoración de sus acciones está determinada en su mayoría, por las concepciones estereotipadas de género; un ejemplo de ello es que la simpatía está asociada a la feminidad y la valoración de dicha conducta en las niñas es considerada como adecuada y es percibido por las mujeres como un factor de éxito (Jiménez et al., 2005).

El estudio de los estereotipos de género se inició en la década de los 70 del siglo pasado y en la actualidad, constituye un área que ha experimentado notoria expansión. Los numerosos trabajos llevados a cabo en la década de los 80 y los 90 permitieron que en los tribunales se tuviera en cuenta la literatura psicosocial existente sobre estereotipos de género. El crecimiento de los estudios sobre estereotipos de género ha sido imparable, lo que ha llevado a conocer ampliamente aspectos sobre su desarrollo, contenido, procesos y consecuencias, los cuales serán abarcados a continuación (Gaviria et al., 2013).

La causa de las actuales diferencias en roles entre hombres y mujeres son los estereotipos de género, ya que sirven para justificar esas diferencias: las mujeres son más cariñosas, más sensibles y emocionales que se quedan al cuidado de niños y enfermos; puesto que los hombres son más agresivos y competitivos, que trabajan fuera de casa (Gaviria et al., 2013).

Según los estereotipos de género, el modelo, los roles y la identidad de la mujer se define como opuesta al varón. Como ejemplo de ello, la psicóloga feminista Victoria Sau (1998, citado por Shum et al., 2006) describió en su libro *Ser mujer: el fin de una imagen tradicional* los elementos que definen los estereotipos de género masculino y femenino (verTabla 1).

Tabla 1. *Características asignadas a cada sexo*

Masculino	Femenino
Estabilidad emocional	Inestabilidad emocional
Mecanismos de autocontrol	Falta de control
Dinamismo	Pasividad
Agresividad	Ternura
Tendencia al dominio	Sumisión
Afirmación del yo	Dependencia
Aspecto afectivo poco definido	Aspecto afectivo muy marcado
Aptitud para las ciencias	Intuición
Racionalidad	Frivolidad
Franqueza	Miedo
Valentía	

Fuente: Sau (1998). Shum, Mayorga & Conde (2006). *Mujer, discapacidad y violencia. El rostro oculto de la desigualdad*. Madrid: Instituto de la Mujer

Dichas características asignadas a cada sexo, son las que se consideran como aquellas habilidades y competencias que favorecen a los hombres y las

mujeres mostrarse o no empáticos ante una situación donde se presente una calamidad.

Durante las últimas décadas los especialistas en los estudios sobre estereotipos centran su atención en dos temas: uno es la evolución de los contenidos de los estereotipos en relación a los cambios en la posición social y laboral de las mujeres y el segundo tema es el carácter prescriptivo y descriptivo de los estereotipos de género (Barberá, 2006) la tendencia investigativa es poder comprender cómo los estereotipos son reflejos de la realidad social y conocer y describir con precisión cómo se construyen a partir de los estereotipos de género las relaciones intersexuales.

Metodología de la investigación

Paradigma

La presente investigación es una investigación interparadigmática, se complementa desde el paradigma del interaccionismo simbólico y el paradigma feminista: desde el interaccionismo simbólico se enfatiza el carácter simbólico de la acción social, que a través de un diálogo con estos se pueden lograr interpretar percepciones, las emociones e imaginarios y el significado de las acciones sociales y el paradigma feminista reivindica una manera diferente de percibir el género y una forma distinta de buscar recursos para combatir la desigualdad.

Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo mixta, cuantitativa-cualitativa, porque se hace una valoración objetiva y medible de la variable en estudio y los resultados se cuantifican a través de los datos obtenidos. A partir de estos resultados se busca inferir las cualidades de la variable en estudio.

Diseño

El diseño de investigación es no experimental de corte descriptivo, ya que su objetivo es describir e identificar, sin ningún tipo de manipulación, a través de un instrumento las características de la variable, que en este caso son las conductas prosociales.

Definición de variables en torno a las conductas prosociales

Tabla 2. *Definición de variables conductas prosociales*

Variable	Dimensiones	Concepto	Técnica	Índices
Conductas prosociales	Ayuda pública	Ayuda realizada en la presencia de audiencia, con el deseo de obtener en parte aprobación o respeto de los demás y mejorar la autoestima de la propia persona.	Cuestionario PMT	1, 3, 5, 13, 16, 20
	Ayuda anónima	Ayuda realizada en beneficio de otros, sin que nadie sepa la ayuda.		8, 10, 11, 15, 19, 22
Condolencia	Orientación a ayudar a otros que se encuentran en circunstancias emocionalmente evocadoras.	2, 6, 12, 14, 17, 21		
Altruismo	Ayuda voluntaria motivada por la preocupación por las necesidades y bienestar de los demás, frecuentemente inducido por la compasión y la internacionalización de normas o principios consistentes en ayudar a otros.	4, 7, 9		

Definición de variables estereotipos de género

Tabla 3. *Definición de variables estereotipos de género*

Variable	Dimensiones	Concepto	Técnica	Índices
Estereotipos de género	Percepción de hombres y mujeres	Los estereotipos de género son juicios de valor y creencias relacionados con la atribución de distintas capacidades y actitudes a mujeres y hombres sin que existan criterios objetivos que los demuestren.	Preguntas de opinión	24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
	Situaciones de ayuda	-Emergencia médica -Cuando se ofrece una recompensa -Accidente de tránsito -Donación de recursos a población vulnerable -Condolencia ante la pérdida -Cuidado de ancianos de un ser querido -Trabajo comunitario (catástrofe natural, emergencias, aseo urbano, cuidado de parques, entre otros)		32, 33

Población y muestra

Para esta investigación la población estuvo constituida por todos los estudiantes que se encuentran matriculados en los diferentes programas académi-

cos adscritos a las Ciencias Sociales y Humanas de las distintas universidades, durante el periodo 2016-II.

En este sentido, la muestra estuvo constituida por 369 estudiantes entre 20 y 30 años de V semestre en adelante de la siguiente manera:

Tabla 4. *Población y muestra*

	Tamaño poblacional	Tamaño de muestra
UNIVERSIDAD 1: 971 estudiantes		
-Derecho	738	26
-Psicología	98	3
-Comunicación Social y Medios Digitales	135	5
UNIVERSIDAD 2: 911 estudiantes		
-Sociología	328	12
-Filosofía	321	11
-Historia	262	9
UNIVERSIDAD 3: 1806 estudiantes		
-Comunicación Social y Periodismo	706	25
-Economía	173	6
-Filosofía y Humanidades	33	1
-Psicología	894	32
UNIVERSIDAD 4: 1663 estudiantes		
-Dirección y Producción de Radio y Televisión	258	9
-Comunicación Social y Periodismo	1100	39
-Psicología	216	8
-Deporte y Cultura Física	89	3
UNIVERSIDAD 5: 3829 estudiantes		
-Psicología	1680	60
-Trabajo Social	431	15
-Derecho	1718	61
UNIVERSIDAD 6: 1252 estudiantes		
-Derecho	1252	44
	10432	369

Muestreo

Se llevó a cabo un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional, el cual consistió en considerar categorías típicas diferentes entre sí (programas) que poseen gran homogeneidad respecto a alguna característica (estudiantes universitarios). Para así asegurarse de que todos los estratos de interés estén representados adecuadamente en la muestra.

Técnicas e Instrumentos

Para medir las tendencias prosociales se utilizó la escala de Tendencias Prosociales (Prosocial Tendendies Measure-PMT) de Carlo y Randall (2002), adaptada al español por Richaud, Mesurado y Kohan Cortada (2012). El instrumento consta de 23 ítems, que deben ser respondidos en una escala Likert de 5 opciones que van desde “no me describe nada” a “me describe muy bien”.

Para medir la *fiabilidad* del instrumento debido a que se aplicó en población colombiana y población juvenil, se utilizó el software SPSS versión 18 licenciado para la Universidad Simón Bolívar. La fiabilidad se evaluó a nivel global y arrojó un Alfa igual a 0,82 (86 %), por lo que indica una buena confiabilidad del instrumento (ver Tabla 5).

Tabla 5. *Estadístico de fiabilidad-alfa Global*

Alfa de Cronbach	N de elementos
.821	23

Para medir la percepción en cuanto a las conductas prosociales en hombres y mujeres se elaboraron 10 enunciados para conocer la opinión de los jóvenes (ítems 24-33) elaborados por expertos en la temática de roles y estereotipos de género.

Procedimiento

En este sentido se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

1. Revisión de la literatura para definir conceptualmente la variable “Conductas prosociales” y su operacionalización.
2. Identificación de los indicadores de cada una de las dimensiones y construcción de un banco de ítems o afirmaciones por dimensión.
3. Elección del formato y diseño del instrumento en función de las decisiones tomadas anteriormente. Validación de jueces expertos.

4. Versión final del instrumento (PMT) y organización de la aplicación.
5. Agendar cita con cada uno de los directores de programas adscritos a las Ciencias Sociales y Humanas de las seis universidades de la ciudad de Barranquilla (Universidad del Atlántico, Universidad Libre, Universidad del Norte, Universidad Autónoma del Caribe, Universidad Simón Bolívar y Universidad de la Costa) para socializar el proyecto.
6. Elaboración y envío de carta de participación en el proyecto a cada una de las Instituciones (Anexo 1).
7. Socialización del proyecto a directores de programa, con el respectivo consentimiento informado para cada estudiante (Anexo 2), el instrumento a aplicar (Anexo 3) y el acuerdo para las fechas de aplicación.
8. Aplicación del instrumento a estudiantes de las universidades participantes.
9. Preparación de los datos para el análisis: tabulación, codificación y elaboración de matriz en programa de estadístico SPSS.
10. Estimación de la confiabilidad y validez final del instrumento a través de los datos.
11. Análisis de los datos estadísticos mediante software SPSS.
12. Elaboración de Informe Técnico y de Avance.
13. Construcción de capítulo de libro.

Análisis de los resultados

Descripción de los resultados

En lo que se refiere a las características sociodemográficas se encontró que el 67 % (249) son mujeres, 34% (127) pertenecen a estrato 3, la Universidad con mayor número de estudiantes de Ciencias Sociales y Humanas es la Universidad 5 con un 38,9 % (136). Los programas con mayor representatividad son derecho y psicología 35,2 % (130) y 27,9 % (103) respectivamente (ver Tabla 6).

Ahora bien, en lo referente a las dimensiones de la variable conductas prosociales relacionadas con las características sociodemográficas de la población, se aplicó la prueba de Wilcoxon en el caso de sexo encontrándose diferencia significativa entre los hombres y las mujeres para *altruismo* $p\text{-valor} = (0,01)$ es menor que el Alfa de 0,05 y *ayuda pública* $p\text{-valor} = (0,00)$. Se concluye que las variables son dependientes y que dichas conductas se ven permeadas por un sesgo de género.

Además, se aplicó la prueba de Kruskal en las otras variables (estrato socioeconómico, programa y universidad) no evidenciando p-valores significativos entre dichas dimensiones (ver Tabla 6).

Tabla 6. *Características sociodemográficas y variables*

		Frecuencia	Porcentaje	Condolencia	Altruismo	Ayuda anónima	Ayuda pública
Sexo	M	249	67,5	0,19	0,01*	0,70	0,00*
	H	120	32,5				
Estrato	1	34	9,2	0,23	0,08	0,64	0,22
	2	89	24,1				
	3	127	34,4				
	4	73	19,8				
	5	22	6				
	6	22	6				
Universidad	Universidad 1	33	8,9	0,45	0,45	0,45	0,45
	Universidad 2	32	8,7				
	Universidad 3	64	17,3				
	Universidad 4	60	16,3				
	Universidad 5	136	36,9				
	Universidad 6	44	11,9				
Programa	Psicología	103	27,9	0,40	0,75	0,77	0,14
	Trabajo Social	15	4,1				
	Economía	6	1,6				
	Filosofía	13	3,5				
	Sociología	12	3,3				
	Historia	8	2,2				
	Comunicación Social	70	19				
	Deporte y Cultura Física	3	0,8				
	Derecho	130	35,2				
	Dirección y Producción de RTV	9	2,4				

* Valores significativos de p-valor = 0,05

Análisis de frecuencia por ítems

Tabla 7. Dimensión ayuda pública

	No me describe nada	Me describe un poco	Más o menos me describe	Me describe bien	Me describe muy bien
Ítem	Fr %	Fr %	Fr %	Fr %	Fr %
Puedo ayudar mejor cuando la gente me está mirando	159 (43,1 %)	59 (16 %)	70 (19 %)	55 (14,9 %)	26 (7 %)
Cuando hay otras personas alrededor es más fácil ayudar a personas necesitadas	152 (41,2 %)	73 (19,8 %)	73 (19,8 %)	51 (13,8 %)	19 (5,1 %)
Ayudar a los demás cuando soy el centro de atención es cuando mejor funciona	264 (71,5 %)	45 (12,2 %)	38 (10,3 %)	18 (4,9 %)	4 (1,1 %)
Obtengo máximo provecho de ayudar a los demás cuando lo hago delante de otros	255 (69,1 %)	52 (14,1 %)	29 (7,9 %)	21 (5,7 %)	11 (3 %)
Siento que si ayudo a alguien, ellos deben ayudarme en un futuro	217 (58,8 %)	62 (16,8 %)	50 (13,6 %)	19 (5,1 %)	21 (5,7 %)
Una de las mejores cosas de hacer obras de caridad es que se ve bien en mi <i>curriculum</i> .	222 (60,2 %)	78 (21,1 %)	32 (8,7 %)	27 (7,3 %)	10 (2,7 %)
Creo que debería recibir un mayor reconocimiento por el tiempo y energía que gasto en obras de caridad.	264 (71,5 %)	45 (12,2 %)	30 (8,1 %)	23 (6,2 %)	7 (1,9 %)

Para el 43,1 % (159) de los estudiantes encuestados, no es relevante sentirse observados para realizar acciones de ayuda pública. La prevalencia de la conducta prosocial en el 41,2 % (152) de los jóvenes se mantiene aun cuando se encuentren sol@s. Los datos evidencian que en una proporción del 71,5 % (264) los jóvenes consideran que sus acciones de ayuda no tienen la intencionalidad de convertirlos en el centro de atención, ni buscan obtener reconoci-

miento público. El 69,1 % (255) no conciben las conductas de ayuda como una fuente de reconocimiento social, 58,8 % (217) ni lo hacen esperando que se les corresponda con la misma acción en situaciones futuras. Los resultados indicaron que un 60,2 % (222) realiza acciones prosociales sin la intención de obtener beneficios de estatus o que por ello se le defina su trayectoria de vida y el 71,5 % (264) de los jóvenes universitarios no pretenden recibir un reconocimiento explícito por su tipo de ayuda. Lo que permite confirmar que los estudiantes universitarios presentan una conducta prosocial elevada cuando se trata de ayudar de manera pública (ver Tabla 7).

Dimensión ayuda anónima

Tabla 8. *Dimensión ayuda anónima*

	No me describe nada	Me describe un poco	Más o menos me describe	Me describe bien	Me describe muy bien
Ítem	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
A menudo hago donaciones anónimas porque me hacen sentir bien	142 (38,5 %)	67 (18,2 %)	87 (23,6 %)	57 (15,4 %)	16 (4,3 %)
Creo que la donación de bienes o dinero funciona mejor cuando es deducible de impuestos	139 (37,7 %)	57 (15,4 %)	105 (28,5 %)	50 (13,6 %)	17 (4,6 %)
Prefiero donar dinero de forma anónima	92 (24,9 %)	34 (9,2 %)	79 (21,4 %)	87 (23,6 %)	76 (20,6 %)
Tiendo a ayudar a otras personas necesitadas más cuando no saben quién les ayudó	49 (13,3 %)	56 (15,2 %)	103 (27,9 %)	96 (26 %)	64 (17,3 %)
La mayor parte del tiempo, ayudo a otros cuando no saben quiénes los ayudaron	66 (17,9 %)	80 (21,7 %)	105 (28,5 %)	80 (21,7 %)	38 (10,3 %)
Creo que ayudar a los demás sin que se enteren es el mejor tipo de situación	55 (14,9 %)	48 (13 %)	97 (26,3 %)	100 (27,1 %)	69 (18,7 %)

En esta dimensión se encontró que el 38,5 % (142) de los estudiantes piensan que las donaciones anónimas no son una fuente de satisfacción propia. De igual manera, el 37,7 % (139) considera que las donaciones no deben estar sometidas a deducciones de impuestos, no obstante el comportamiento prosocial de la donación de dinero de manera anónima presenta una dicotomía que se divide en prosocial y no prosocial un 24,9 % (92) seguido de un 34 (9,2 %) prefiere la donación anónima, mientras que un 79 (21,4 %) 87 (23,6 %) 76 (20,6 %) de los encuestados no se enmarcan en la donación de dinero de forma anónima.

Los datos señalan que para los jóvenes la donación de dinero de forma anónima no influye considerablemente en la percepción de ayuda por parte de los jóvenes. Al analizar los datos de la preferencia de la donación de dinero anónima la dicotomía se mantiene: 92 (24,9 %), seguido de 34 (9,2 %) prefiere el anonimato, mientras un 79 (21,4 %), seguido de 87 (23,6 %) y de un 76 (20,6 %) señalan que el anonimato en la donación de dinero no refleja significativamente una conducta prosocial.

La dimensión de anonimato no está presente en las acciones prosociales de los jóvenes, tampoco pasa desapercibida, pues un 27,9 % (103) señala preferentemente que se les reconozca, esto se puede explicar desde las políticas de reconocimiento a partir de la tesis de Taylor (1993) que afirma que existe una íntima y esencial relación entre nuestra identidad (la interpretación que hacemos de quiénes somos y cuáles son nuestras características fundamentales) y el reconocimiento que tenemos por parte de los demás. No obstante, 27,1 % (100) reconoce que ayudar a los demás sin que se enteren, es el mejor tipo de situación (ver Tabla 8).

Dimensión Altruismo

El 35,2 % (130) de los jóvenes universitarios en su mayoría respondieron que brindan ayuda a personas cuando se lastiman gravemente, siendo esta conducta de manera voluntaria y motivada por la preocupación de las necesidades y bienestar de los demás. Así mismo, en ocasiones condicionan la ayuda a solicitudes en un 37,9 % (140), pero no pretenden lucir bien delante de los demás en un 61,8 % (228), ni el reconocimiento por su comportamiento altruista (ver Tabla 9).

Tabla 9. *Altruismo*

	No me describe nada	Me describe un poco	Más o menos me describe	Me describe bien	Me describe muy bien
Ítem	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
Creo que una de las mejores cosas de ayudar a los demás es que me hace lucir bien	228 (61,8 %)	65 (17,6 %)	30 (8,1 %)	28 (7,6 %)	18 (4,9 %)
Tiendo a ayudar personas cuando se lastiman gravemente	16 (4,3 %)	35 (9,5 %)	102 (27,6 %)	130 (35,2 %)	86 (23,3 %)
Nunca dudo ayudar a los demás cuando me lo piden	6 (1,6 %)	24 (6,5 %)	68 (18,4 %)	131 (35,5 %)	140 (37,9 %)
Cuando la gente pide les ayudo, no dudo hacerlo	7 (1,9 %)	15 (4,1 %)	69 (18,7 %)	143 (38,8 %)	135 (36,6 %)

Dimensión Condolencia

El 37,7 % (139) de los jóvenes respondieron que es fácil ayudar a los demás cuando están en una situación desesperada, ayudan mejor a los demás cuando la situación es altamente emocional en un 28,7 % (106), cuando se encuentran emocionalmente afligidos en un 44,7 % (165), en crisis o necesidad de verdad en un 44,2 % (163) y en las situaciones emocionales les dan ganas de ayudar a otras personas necesitadas en un 33,3 % (123) (ver Tabla10).

Tabla 10. *Condolencia*

	No me describe nada	Me describe un poco	Más o menos me describe	Me describe bien	Me describe muy bien
Ítem	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
Es fácil para mí ayudar a los demás cuando están en una situación desesperada	21 (5,7 %)	45 (12,2 %)	93 (25,2 %)	139 (37,7 %)	71 (19,2 %)

	No me describe nada	Me describe un poco	Más o menos me describe	Me describe bien	Me describe muy bien
Ítem	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
Yo respondo a ayudar a los demás mejor cuando la situación es altamente emocional	48 (13 %)	51 (13,8 %)	100 (27,1 %)	106 (28,7 %)	64 (17,3 %)
Tiendo a ayudar personas en crisis o necesidad de verdad	7 (1,9 %)	21 (5,7 %)	59 (16 %)	163 (44,2 %)	119 (32,2 %)
Tiendo a ayudar a los demás cuando se encuentran emocionalmente afligidos	17 (4,6 %)	27 (7,3 %)	64 (17,3 %)	165 (44,7 %)	94 (25,5 %)
Las situaciones emocionales me dan ganas de ayudar a otras personas necesitadas	19 (5,1 %)	39 (10,6 %)	98 (26,6 %)	123 (33,3 %)	89 (24,1 %)

Percepción y estereotipos

Con respecto a las conductas prosociales percibidas por los jóvenes, se evidenció que para el 65 % (240) de ellos los hombres de la región Caribe son solidarios. Así como el 77,2 % (285) considera que las mujeres de la región Caribe son solidarias. En lo que respecta a quiénes cree que ayudan más, un 67,5 % (249) consideró que son las mujeres quienes ayudan más. Y que son ellas quienes se muestran más sensibles en una situación de calamidad con un 91,1 % (336) (ver Tabla 11).

Por otra parte, ante el enunciado quiénes donan más bienes o dinero, un 53,1 % (196) respondió que son los hombres, así como también son ellos quienes ayudan mejor cuando son observados/as por otras personas en un 56,4 % (208). En cambio, quienes sacrifican más sus propias necesidades por los demás, son las mujeres con un 78,6 % (290) y quienes ayudan más sin esperar nada a cambio con 66,4 % (245) (ver Tabla 11).

Se aplicó Chi Cuadrado de Pearson para ver la relación de las percepciones de los jóvenes con el sexo. Donde el p-valor es menor que 0,05, podemos

decir que el sexo está asociado a la percepción que tienen los hombres y las mujeres acerca de cuál de los dos ayuda más (p-valor 0,047), quiénes donan más bienes o dinero (p-valor 0,002), quiénes sacrifican más sus propias necesidades por los demás (p-valor 0) y quiénes ayudan más sin esperar nada a cambio (p-valor 0,029) (ver Tabla 11).

Tabla 11. *Percepción*

		Frecuencia	Porcentaje	P-valor
Los hombres de la región Caribe son solidarios	Sí	240	65	0,24854903
	No	129	35	
Las mujeres de la región Caribe son solidarias	Sí	285	77,2	0,65558422
	No	84	22,8	
Quiénes cree que ayudan más	Hombres	117	31,7	0,047 **
	Mujeres	249	67,5	
Quiénes se muestran más sensibles en una situación de calamidad	Hombres	31	8,4	0,95652511
	Mujeres	336	91,1	
Quiénes donan más bienes o dinero	Hombres	196	53,1	0,002**
	Mujeres	170	46,1	
Quiénes ayudan mejor cuando son observados/as por otras personas	Hombres	208	56,4	0,27899627
	Mujeres	160	43,4	
Quiénes sacrifican más sus propias necesidades por los demás	Hombres	79	21,4	0
	Mujeres	290	78,6	
Quiénes ayudan más sin esperar nada a cambio	Hombres	123	33,3	0,029 **
	Mujeres	245	66,4	

** p-valor < a 0,05

Situaciones donde ayudan más los hombres y las mujeres

En lo referente a las situaciones donde ayudan más los hombres se encontró que el 59,6 % (220) de ellos considera que ayudan en una emergencia médica. Un 90 % (332) en un accidente de tránsito. Contrario a un 88,1 % (325) que no considera que los hombres ayudan más ante la condolencia por la pérdida de un ser querido (ver Tabla 12).

A su vez, un 54,2 % (200) evaluó que los hombres ayudan más ante el trabajo comunitario, y un 51,2 % (189) considera que los hombres ayudan más

cuando se ofrece una recompensa. Sin embargo, ante las situaciones de ayuda en las que los hombres ayudan más como donación de recursos a población vulnerable y el cuidado de ancianos, ellos responden que no con un 78,6 % (290) y un 91,1 % (336) respectivamente (ver Tabla 12).

Tabla 12. *Situaciones ayudan más los hombres*

		Frecuencia	Porcentaje	P-valor
Situaciones ayudan más los hombres-emergencia médica	Sí	220	59,6	0,08749062
	No	149	40,4	
Situaciones ayudan más los hombres-accidente de tránsito	Sí	332	90	0,08749062
	No	37	10	
Situaciones ayudan más los hombres-condolencia ante la pérdida de un ser querido	Sí	44	11,9	0,20561926
	No	325	88,1	
Situaciones ayudan más los hombres-trabajo comunitario	Sí	200	54,2	0,3771769
	No	169	45,8	
Situaciones ayudan más los hombres-cuando se ofrece una recompensa	Sí	189	51,2	0,3771769
	No	180	48,8	
Situaciones ayudan más los hombres-donación de recursos a población vulnerable	Sí	79	21,4	0,93329653
	No	290	78,6	
Situaciones ayudan más los hombres-cuidado de ancianos	Sí	33	8,9	0,09647762
	No	336	91,1	

En cuanto a las situaciones donde ayudan más las mujeres, se encontró que ante una emergencia médica y un accidente de tránsito, un 71,3 % (263) y un 93,2 % (344) respondió que no, respectivamente. Además, un 58 % (214) respondió que no ayudan más las mujeres en una situación de trabajo comunitario, ni en una situación donde se ofrece recompensa con 94,9 % (350) (ver Tabla 13).

En cambio, ante una situación de condolencia de pérdida de un ser querido con 82,9 % (306), la donación de recursos a población vulnerable con 50,4 % (186) y el cuidado de ancianos con 82,7 % (305) respondió que las mujeres ayudan más (ver Tabla 13).

Así mismo aplicó Chi Cuadrado de Pearson para ver la relación de las variables con el sexo. Donde el p-valor es menor que 0,05, podemos decir que

el sexo está asociado a la percepción que tienen los hombres y las mujeres acerca de que las mujeres ayudan más ante una emergencia médica (p-valor 0), la condolencia ante la pérdida de un ser querido (p-valor 0,012) y cuando se ofrece una recompensa (p-valor 0,015) (ver Tabla13).

Tabla 13. *Situaciones ayudan más las mujeres*

		Frecuencia	Porcentaje	P-valor
Situaciones ayudan más las mujeres-emergencia médica	Sí	106	28,7	0
	No	263	71,3	
Situaciones ayudan más las mujeres-accidente de tránsito	Sí	25	6,8	0,0870434
	No	344	93,2	
Situaciones ayudan más las mujeres-condolencia ante la pérdida de un ser querido	Sí	306	82,9	0,012**
	No	63	17,1	
Situaciones ayudan más las mujeres-trabajo comunitario	Sí	155	42	0,3771769
	No	214	58	
Situaciones ayudan más las mujeres-cuando se ofrece una recompensa	Sí	19	5,1	0,015**
	No	350	94,9	
Situaciones ayudan más las mujeres-donación de recursos a población vulnerable	Sí	186	50,4	0,09606004
	No	183	49,6	
Situaciones ayudan más los mujeres-cuidado de ancianos	Sí	305	82,7	0,81140137
	No	64	17,3	

** p-valor < 0,05

Conclusiones

Las conductas prosociales han sido estudiadas desde hace más de cinco décadas atrás y con el paso del tiempo diversos autores se han dedicado a añadir nuevas dimensiones que las explican, subdividen y diferencian, tales como empatía, ayuda pública/anónima, altruismo y condolencia.

En este estudio no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre las conductas prosociales y el estrato socioeconómico, así como con el tipo de programa académico en el que están adscritos los estudiantes y la Universidad donde se encuentran matriculados. Evidenciando así que existen pocos estudios que relacionen las características sociodemográficas de la población con las conductas prosociales.

Es necesario dentro del área de Ciencias Sociales, seguir el abordaje de este tema con una muestra poblacional significativa de otras Facultades, involucrando programas académicos, tales como los adscritos a las Ciencias de la Salud, las Ciencias Exactas y las Ciencias Económicas y Contables, pues de este modo, el bajo nivel de evidencia científica en Colombia relacionada con la conducta prosocial en la etapa de la juventud, será abarcada y resultará de gran impacto para las futuras generaciones.

La aplicación del instrumento en población juvenil colombiana arrojó un valor validado y con una confiabilidad Alfa Global de 0,86 (82 %), el cual lo hace apto para ser utilizado en este contexto y sugerente para adaptaciones en condiciones y poblaciones similares.

Dentro de esta investigación se logró destacar que los estudiantes adscritos a los programas de Ciencias Sociales y Humanas autoperciben que las conductas generadas se encaminan hacia la condolencia. Donde es satisfactorio para ellos consolar a alguien que está muy angustiado y a los demás ante una crisis o necesidad.

En lo referente a la Ayuda pública, los estudiantes respondieron en su mayoría que no los describe para nada el ayudar mejor cuando los están mirando, así como tampoco el ser el centro de atención ni sacar provecho de ayudar a los demás cuando lo hacen delante de otros. Como también, en la dimensión de Ayuda anónima los jóvenes consideraron que más o menos los describe el ayudar cuando no saben quién los ayudó y de ayudar sin que los demás se enteren.

Por otro lado, se puede inferir que existe relación entre las conductas prosociales y el género, esto coincide con lo planteado por los autores Pacheco y Luzardo (2015) y Marín (2014) donde afirman que el género femenino posee mayores niveles de conductas prosociales. Así mismo, concluyen que uno de los factores influyentes y de marcación para la generación de la conducta prosocial son los estereotipos y roles sociales para cada género (Gaviria et al., 2013).

Tales roles y estereotipos de género se vieron evidenciados en que las situaciones donde los jóvenes percibieron que ayudaban más las mujeres fueron: condolencia ante la pérdida de un ser querido, el cuidado de ancianos y el trabajo comunitario. Y los hombres, ante una situación de emergencia médica y accidente de tránsito. Así como lo plantea Franzoi (2007), los hombres están

más dispuestos a arriesgarse en situaciones de peligro, con la muy bien valorada imagen del *rol heroico* y la mujer más atenta a proveer ayuda de larga duración en lo que se refiere a la empatía y el cuidado.

Como también se encontró que estos roles se vuelven explícitos cuando los jóvenes universitarios en su mayoría estiman que quienes sacrifican más sus propias necesidades y ayudan sin esperar nada a cambio son las mujeres. Y que los hombres son considerados por una gran proporción de los universitarios como aquellos que donan más bienes o dinero.

Finalmente, los estereotipos de género que se evidencian en la percepción de los estudiantes universitarios ponen de manifiesto que aquellos roles tradicionalistas de hombres y mujeres ayudando en ciertas situaciones específicas, se han perpetuado hasta el día de hoy. Donde la ayuda a pesar del tiempo y las generaciones que pasan, sigue siendo vista bajo el permeado lente de quienes ejercen correctamente sus roles sociales.

Referencias

- Bakan, D. (1996). *The duality of humanan existence*. Chicago: Rand McNally.
- Barberá, E. (2006). Aportaciones de la Psicología al estudio de las relaciones de género. En C. Rodríguez, *Género y Currículo* (pp.59-74). Madrid: Akal.
- Carlo, C., Eisenberg, N., Toyer, D., Switzer, G. & Speer, A.L. (1991). The altruistic personality: in what contexts is it apparent? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 752-766.
- Carlo, C. & Randall, B.A. (2002). The development of a measure of prosocial behaviors for late adolescents. *Journal of youth and Adolescence*, 31(1), 31-44. Recuperado de: <http://digitalcommons.unl.edu/psychfacpub/70>
- Darley, J. M. & Latané, B. (1970). *The unresponsive bystander: why doesn't he help?* New York, NY: Appleton Century Crofts.
- De Bruyn, E. H. & Van den Boom, D. C. (2005). Interpersonal behavior, peer popularity, and selfesteemin early adolescence. *Social Development*, 14, 555-573.
- Delegación de Salud y Género Ayuntamiento de Jerez de la Frontera (2003). *Manual sobre perspectiva de género e igualdad de oportunidades: de-*

- sarrollando la igualdad de oportunidades en el mercado del trabajo. Recuperado de http://www.empleo.gob.es/uafse_20002006/equal/ProductosEqual/archivos/AD_444_producto_5.pdf444
- Eisenberg, N., Fabes, R. A. & Spinrad, T. L. (1991). *Prosocial development. Handbook of child psychology*. Nueva York: Ed. John Wiley and Sonhs, Inc.
- Eisenberg, N., Hofer, C., Sulik, M., J. & Liew, J. (2013). *The Development of Prosocial Moral Reasoning and a Prosocial Orientation in Young Adulthood: Concurrent and Longitudinal Correlates*. doi:10.1037/a0032990
- Escobar, H., Amado, E., Páramo, L., Juárez, F. & León, C. (2010). Caracterización del razonamiento moral en la práctica clínica en relación con el proceso de formación médica en una Facultad de Medicina, categoría altruismo y dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado. *Revista Colombiana de Bioética*, 5(1), 34-56.
- FeldmanHalla, O., Dalglish, T., Evans, D. & Mobbsb, D. (2014). *Empathic concern drives costly altruism*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.10.043>
- Franzoi, S. (2007). *Psicología Social*. 4ª edición. España: McGraw-Hill Interamericana.
- Gascón, M. (2002). *Egoísmo, cooperación y altruismo*. Recuperado de <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n21/amher2.html>
- Gaviria, E., López, M. & Cuadrado, I. (2013). *Introducción a la Psicología Social*. España: Ed.Sanz y Torres.
- Jiménez, M. (2000). En: http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/page/gp_upb/gp_home_setenta/gp_home_setenta_semi_fami_eres/familia%20formadora%20de%20personas.doc
- Jiménez, C., Álvarez, B., Gil, J.A., Murga, M. & Téllez, J. A. (2005). Educación, capacidad y género; alumnos con premio extraordinario de bachillerato. *Revista de Investigación Educativa*, 23(3), 391-416.
- Marceló, L. (2014). Motivaciones y conductas prosociales en adolescentes argentinos. *Revista de Psicología PRAXIS*, 16(25), 79-87.
- Marín, J. (2009). Conductas prosociales en el barrio Los Pinos de la ciudad de Barranquilla, Colombia. *Revista CES Psicología*, 2(2), 60-75. Recuperado de: revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/897/588

- Marín, J.C. (2014). Conductas prosociales en los barrios Modelo y Los Trupillos de Barranquilla. *Psicogente*, 17(31), 211-225.
- Mestre, M.V., Tur, A.M., Samper, P., Nácher, M.J. & Cortés, M.T. (2007). Estilos de enseñanza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 211-229. Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/805/80539201.pdf
- Molero, C., Candela, C. & Cortés, M. T. (2013). La conducta prosocial: una visión en conjunto. En *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31(2), 325-353.
- Moñivas, L. (2011). *Aprender a practicar Mindfulness*. Madrid: Sello Editorial.
- Moya, M. & Rodríguez, R. (2011). *Fundamentos de Psicología Social*. España: Pirámide.
- Pacheco, J., Rangel, K. & Luzardo, M. (2015). Diferencias en comportamientos prosociales entre adolescentes colombianos. *Revista Psicogente*, 18(34), 311-319.
- Pacheco, J., Rueda, S. & Amado, C. (2013). Conducta Prosocial: Una alternativa a las conductas agresivas. *Revista INVESTIGIUM IRE: Ciencias Sociales y Humanas*, 4(1). Recuperado de [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/56-109-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/56-109-1-SM%20(1).pdf)
- Padrón, J. (1992). Paradigmas de investigación en Ciencias Sociales, un enfoque curricular, papel de trabajo, post-grado, USR Caracas. En <http://padron.entretemas.com/paradigmas.html>
- Penner, L.A., Dovidio, J.F., Piliavin, J.A. & Schroeder, D.A. (2005). Prosocial behavior: multilevel perspectives. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 365-392.
- Plazas, E.N., Morón Cotes, M.L., Santiago, A., Sarmiento, H., Ariza López, S.E. & Patiño, C.D. (2010). Relaciones entre iguales, conducta prosocial y género desde la educación primaria hasta la universitaria en Colombia. *Universitas Psychologica*, 9(2), 357-369. Recuperado de: revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/download/278/456
- Prehn, K., Korczykowski, M., Rao, H., Fang, Z., Detre, J. A. & Robertson, D.C. (2015). Neural Correlates of Post-Conventional Moral Reasoning:

- A Voxel-Based Morphometry Study. *PLoS ONE*, 10(6), e0122914-.
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0122914>
- Redondo, J. & Guevara, E. (2010). Diferencias de género en la prevalencia de la conducta prosocial y agresiva en adolescentes de dos colegios de la ciudad de Pasto-Colombia. *Revista Virtual Católica del Norte*, 36, 173-192.
- Redondo, J., Rueda, S. & Amado, C. (2013). Conducta prosocial: una alternativa a las conductas agresivas. *Revista Investigación IRE: Ciencias Sociales y Humanas*, 4(1), 234-247.
- Rey, C. (2008). Habilidades prosociales, rasgos de personalidad de género y aceptación de la violencia hacia la mujer, en adolescentes que han presenciado violencia entre sus padres. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 107-118. Recuperado de: www.scielo.org.co/pdf/acp/v11n1/v11n1a11.pdf
- Richaud, M.C., Mesurado, B. & Cortada, C. (2012). Analysis of dimensions of prosocial behavior in an argentinean sample of children. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*, 111(3), 1-10. Recuperado de: www.researchgate.net/publication/235602387_Analysis_of_dimensions_of_prosocial_behavior_in_an_Argentinean_sample_of_children.
- Roche, R. (2002). *Educación para la prosocialidad*. Universidad Autónoma de Barcelona: Servei Publicacions.
- Shum, J., Mayorga, I. & Conde, A. (2006). *Mujer, discapacidad y violencia. El rostro oculto de la desigualdad*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Spence, J.T. (1999). Masculinity, Femininity, and Gender Related Traits: A Conceptual Analysis and Critique of Current Research. *Progress in experimental Personality Research*, 13, 1-97.
- Steawart, E., López, M. & Cuadrado, I. (2013). *Introducción a la Psicología Social*. España: Ed. Sanz y Torres.
- Taylor, CH. (1993). *El multiculturalismo y la "política del reconocimiento"*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G. & Olson, J. (2002). *Psicología Social*. México: Ed. Thompson.
- Zanden, J. (1986). *Manual de Psicología Social*. Barcelona: Paidós.

ANEXO 1

Barranquilla, agosto 02 de 2016

Doctora

XXXXXXXXXXXX

Coordinadora del Programa de Comunicación Social y Periodismo
Universidad del Norte

Ref.: Solicitud de colaboración en el proyecto de investigación **“Conductas prosociales en las/los estudiantes universitarias/os de la ciudad de Barranquilla”**.

La Universidad Simón Bolívar, a través del Grupo de Investigación “Estudios de Género, Familias y Sociedad”, con categoría A en Colciencias, viene desarrollando proyectos con distintos sectores de la sociedad.

Actualmente se realiza un estudio que persigue describir las conductas prosociales que presentan las/los estudiantes universitarias/os entre 20 a 30 años que cursan programas relacionados con Ciencias Sociales y Humanas. Por lo que se propone llevar a cabo la aplicación de un Inventario de ayuda y entrevista, distribuido de acuerdo a la muestra seleccionada luego de contar con el dato de los estudiantes matriculados en el periodo 2016 II. La aplicación del cuestionario será de manera colectiva y no excederá los 25 minutos.

Esta investigación es liderada por María Nohemí González, Doctora en Filosofía Social, Magíster en Estudios de Género, Identidad y Ciudadanía e Investigadora de la Universidad Simón Bolívar; tutorada por Juan Carlos Marín, Magíster en Desarrollo Social y docente investigador de la Universidad Simón Bolívar y por la joven investigadora Colciencias Valeria Montoya.

Debido a la necesidad de que la academia, el Estado y la sociedad trabajemos articuladamente, le solicitamos de manera respetuosa una reunión con la finalidad de darle a conocer la temática y solicitarle su colaboración para la realización de la aplicación del instrumento en el programa de Comunicación Social y Periodismo.

De antemano le agradecemos su atención y la prontitud de la respuesta.
Cordialmente,

Juan Carlos Marín Escobar
Docente-Investigador
Tutor

Valeria Montoya Roncancio
Joven Investigadora

MODELO CARTA DE AVAL

Barranquilla, agosto 25 de 2016

Señores

Universidad Simón Bolívar

Barranquilla D.E.P.

Asunto: Aval y compromiso institucional del proyecto “**Conductas prosociales en las/los estudiantes universitarias/os de la ciudad de Barranquilla**”.

Respetados señores,

Por medio de la presente yo _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____, expedida en _____, como Coordinador del Programa de, avalo nuestra participación en el proyecto titulado “**Conductas prosociales en las/los estudiantes universitarias/os de la ciudad de Barranquilla**” de la Convocatoria 702 de 2014 de Colciencias.

Atentamente,

CC

Coordinadora del Programa de _____

Universidad _____



ANEXO 2
**Conductas prosociales en estudiantes universitarios
de la ciudad de Barranquilla**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN
EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
(Resolución 8430 de octubre 4 de 1993)**

**TÍTULO DEL PROYECTO: Conductas prosociales en las/os estudiant-
tes universitarias/os de la ciudad de Barranquilla**

Investigador principal: Juan Carlos Marín

Joven investigadora Colciencias: Valeria Montoya Roncancio

Señor Usuario: Estamos invitándolo a participar en un proyecto de investigación del área de Ciencias Sociales y Humanas. Antes de decidir si acepta participar o no, debe conocer y comprender los siguientes puntos en el proceso conocido como consentimiento informado. Usted tiene toda la libertad para preguntar sobre cualquier punto que no le sea claro de tal forma que pueda decidir si acepta o no participar. En caso de aceptar, deberá firmar la carta adjunta, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: El objetivo de la investigación es describir las conductas prosociales que presentan estudiantes universitarios entre 20 a 30 años que cursan programas relacionados con Ciencias Sociales y Humanas de la universidades en Barranquilla.

JUSTIFICACIÓN: Este proyecto es relevante para establecer hasta dónde los barranquilleros y las barranquilleras estarían dispuestos a ayudar a una persona o a un grupo de personas, a través de una solicitud directa o un pedido implícito. Además de conocer refiriéndonos al género, si ayudan más los hombres o las mujeres y si hay cambios en la conducta de ayuda dependiendo si la ayuda se dirige a alguno de estos.

PROCEDIMIENTOS: En caso de aceptar participar en el estudio se realizará la aplicación de un inventario de ayuda con el fin de conocer las conduc-

tas prosociales en jóvenes universitarios relacionadas con las categorías de solidaridad, cooperación, altruismo, ayuda, condolencias, escucha empática y apoyo emocional.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Con este estudio se podrá conocer la dinámica de las conductas prosociales en los jóvenes y se puede conjuntamente pensar en la generación de modelos preventivos de conductas agresivas, violentas, antisociales y delincuenciales.

RIESGOS PARA SALUD: La presente investigación según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, se clasifica en la categoría de una investigación con riesgo mayor que el mínimo. Garantizamos que el estudio no realizará procedimientos que atenten contra la integridad física y moral de las personas, la encuesta y entrevista que se valoran e intervienen en las personas no generarán riesgo sobre la condición funcional y de salud de las personas.

ACLARACIONES: Su decisión de participar en el estudio es voluntaria, no existe ninguna consecuencia negativa hacia usted en el caso de no aceptar participar; en caso de aceptar, usted podrá retirarse cuando así lo desee, informando las razones de su decisión, las cuales serán absolutamente respetadas. Al participar en el estudio usted no tendrá que realizar ningún tipo de gastos, estos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación, además, no recibirá ningún tipo de pago por su participación. Durante el transcurso del estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo a los investigadores responsables. Los resultados obtenidos en el estudio son confidenciales, respetando la identidad de la persona y serán divulgados y publicados a la comunidad respetando su identidad.

Si no tiene dudas al respecto y acepta la participación, debe firmar la Carta de Consentimiento Informado adjunta a este instructivo.



ANEXO 3
**Conductas prosociales en estudiantes universitarios
de la ciudad de Barranquilla**

Yo, _____ comprendo que se desarrolla una investigación denominada “Conductas prosociales en las/os estudiantes universitarios de la ciudad de Barranquilla”. Mi participación consistirá en diligenciamiento de un inventario de ayuda y una entrevista. He sido informado que el presente estudio no representa un riesgo para mi salud, que la información obtenida en el estudio puede ser publicada o difundida con fines científicos, siempre respetando mi identidad como sujeto participante y que soy libre de retirarme del estudio.

Por lo tanto firmo la presente, como evidencia de mi aceptación voluntaria de participar en este estudio.

Firma del Participante

Fecha

Firma del Encuestador

Fecha

Caso # _____

CUESTIONARIO

Caso # _____

La siguiente encuesta tiene como objetivo describir las conductas pro-sociales presentes en las/los estudiantes universitarios entre 20 y 30 años que cursan programas relacionados con Ciencias Sociales y Humanas.

El uso de esta información es para fines investigativos y garantizamos su completa confidencialidad. Agradecemos su mayor sinceridad al momento de responder las preguntas.

Sexo: F () M () Edad: _____ Estrato socioeconómico: _____

Universidad _____

Programa Académico: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas afirmaciones que puede o no que lo describan. Lea atentamente cada frase y por favor indique QUÉ TANTO CADA AFIRMACIÓN LO DESCRIBE a través de la escala que encontrará más abajo. Señale con una "X" el valor que mejor considere apropiado.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta

	1	2	3	4	5			
	No me describe nada	Me describe un poco	Más o menos me describe	Me describe bien	Me describe muy bien			
1	Puedo ayudar a los demás mejor cuando la gente me está mirando.			1	2	3	4	5
2	Es muy satisfactorio para mí cuando puedo consolar a alguien que está muy angustiado.			1	2	3	4	5
3	Cuando hay otras personas alrededor es más fácil para mí para ayudar a personas necesitadas.			1	2	3	4	5

4	Creo que una de las mejores cosas de ayudar a los demás es que me hace lucir bien.	1	2	3	4	5
5	Obtengo el máximo provecho de ayudar a los demás cuando lo hago delante de otros.	1	2	3	4	5
6	Tiendo a ayudar a las personas que se encuentran en una crisis o necesidad de verdad.	1	2	3	4	5
7	Cuando gente me pide que les ayude, no dudo en hacerlo.	1	2	3	4	5
8	Prefiero donar dinero de forma anónima.	1	2	3	4	5
9	Tiendo a ayudar a las personas que se lastiman gravemente.	1	2	3	4	5
10	Creo que la donación de bienes o dinero funciona mejor cuando es deducible de impuestos.	1	2	3	4	5
11	Tiendo a ayudar a otras personas necesitadas más cuando no saben quién les ayudó.	1	2	3	4	5
12	Tiendo a ayudar a los demás particularmente cuando se encuentran emocionalmente afligidos.	1	2	3	4	5
13	Ayudar a los demás cuando soy el centro de atención es cuando mejor funciona.	1	2	3	4	5
14	Es fácil para mí para ayudar a los demás cuando están en una situación desesperada.	1	2	3	4	5
15	La mayor parte del tiempo, ayudo a otros cuando no saben quiénes los ayudaron.	1	2	3	4	5
16	Creo que debería recibir un mayor reconocimiento por el tiempo y energía que gasto en obras de caridad.	1	2	3	4	5
17	Yo respondo a ayudar a los demás mejor cuando la situación es altamente emocional.	1	2	3	4	5
18	Nunca dudo en ayudar a los demás cuando me lo piden.	1	2	3	4	5
19	Creo que ayudar a los demás sin que se enteren es el mejor tipo de situación.	1	2	3	4	5
20	Una de las mejores cosas de hacer obras de caridad es que se ve bien en mi currículum.	1	2	3	4	5
21	Las situaciones emocionales me dan ganas de ayudar a otras personas necesitadas.	1	2	3	4	5
22	A menudo hago donaciones anónimas porque me hacen sentir bien.	1	2	3	4	5
23	Siento que si ayudo a alguien, deben ellos ayudarme en el futuro.	1	2	3	4	5

Las preguntas 1 a 23 fueron tomadas del Cuestionario validado "The Development of a Measure of Prosocial Behaviors for Late Adolescents (PMT) de Carlo & Randall (2002)-University of Nebraska. Adaptada al español por Richaud Mesurado & Kohan Cortada (2012).

Los siguientes enunciados buscan conocer su opinión sobre las conductas prosociales de hombres y mujeres. Seleccione la respuesta que piense sea la más indicada.

24. ¿Considera usted que los hombres de la región Caribe son solidarios?

- a) Sí
- b) No

25. ¿Considera usted que las mujeres de la región Caribe son solidarias?

- a) Sí
- b) No

26. En su opinión, ¿quiénes cree que ayudan más?

- a) Hombres
- b) Mujeres

27. Ante una situación de calamidad ¿quiénes considera usted se muestran más sensibles?

- a) Hombres
- b) Mujeres

28. En su opinión, ¿quiénes donan más bienes o dinero?

- a) Hombres
- b) Mujeres

29. ¿Quiénes ayudan mejor cuando son observados/as por otras personas?

- a) Hombres
- b) Mujeres

30. ¿Quiénes sacrifican más sus propias necesidades por suplir la de los demás?

- a) Hombres
- b) Mujeres

31. ¿Quiénes considera usted que ayudan más sin esperar nada a cambio?

- a) Hombres
- b) Mujeres

32. Seleccione tres (3) situaciones donde usted considere que ayudan más los hombres

- ___ Emergencia médica ___ Cuando se ofrece una recompensa
- ___ Accidente de tránsito ___ Donación de recursos a población vulnerable

Condolencia ante la pérdida de un ser querido Cuidado de ancianos
 Trabajo comunitario (catástrofe natural, emergencias, aseo urbano, cuidado de parques, entre otros)

33. Seleccione tres (3) situaciones donde considere que ayudan más las mujeres

Emergencia médica Cuando se ofrece una recompensa
 Accidente de tránsito Donación de recursos a población vulnerable
 Condolencia ante la pérdida de un ser querido Cuidado de ancianos
 Trabajo comunitario (catástrofe natural, emergencias, aseo urbano, cuidado de parques, entre otros)

Las preguntas 24-33 fueron elaboradas por juicio de expertos para su correspondiente validación.

CAPÍTULO IV
**Implementación y Validación del Programa de Salud Sexual y
Reproductiva del Fondo de Población de Naciones Unidas, en
Adolescentes entre las Edades de 10 a 19 años que asisten
a las Instituciones Educativas Ubicadas en el Departamento
del Atlántico durante el Periodo 2016**

Rosa Isabel Fonseca Angulo

Yolanda Morales Castro

Universidad Simón Bolívar

Convocatoria 702 de 2014 Colciencias

“Formación de Capital Humano de Alto Nivel
para el Departamento del Atlántico”, 2017

Introducción

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social”, según la OMS (1946, p.1).

El derecho a la salud, que no solo involucran el acceso a una atención oportuna con calidad, sino también a determinantes ambientales y sociales de la salud, como el derecho a la educación, a la información, a la equidad, a la autonomía, entre otros, y como parte de los derechos humanos fundamentales están los derechos reproductivos, los que incluyen el acceso a la información, los servicios y el apoyo necesario para alcanzar una vida sexual y reproductiva plena y responsable, sin estigma ni discriminación de edad, género, etnia, estado civil, religión o condición socioeconómica.

Bajo la perspectiva de los Derechos Humanos, en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva con siglas en español SSR, son relevantes las diferencias en lo que respecta al género y en él se expresan algunas de las mayores inequidades. Por eso la atención del proceso reproductivo exige considerar las diferencias culturales y roles asignados socialmente a hombres y la atención debe apuntar a la disminución de las inequidades entre mujeres y hombres, como mecanismo de reducción de los diferentes tipos y manifestaciones de violencia, que trasciende lo cultural. El orden fundado sobre la sexualidad es un orden de poder concretado en formas de vivir con oportunidades y restricciones diferentes.

Se puede determinar a la salud como la interacción de múltiples procesos que se manifiesta dependiendo del contexto cultural, entorno natural, nivel de desarrollo individual y social de regiones y países, dinámica que influye en el bienestar de las personas y su calidad de vida; por eso el sector educativo debe ejercer un papel de liderazgo y articulación de las diferentes iniciativas en los niveles locales, por lo que se hace necesario incorporar a todos los actores sociales en la planificación, ejecución y evaluación de la atención a niños, niñas y adolescentes.

A partir de lo anterior y en concordancia con la temática, se ha demostrado

que los embarazos precoces, los abortos en condiciones de riesgo, las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, y la coacción y violencia sexuales son algunos de los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a los adolescentes y jóvenes (en edades entre 10 y 17 años) con una vida sexual activa.

Por lo tanto, dentro del contexto teórico científico de la presente investigación se trabajó inicialmente las características sociodemográficas de la población adolescente a nivel mundial, así mismo el reporte de algunas investigaciones que han venido abordando el tema de salud sexual y reproductiva en esta población.

En segunda instancia, se realiza un análisis acerca del nivel de evidencia científica y las políticas públicas que se han venido implementando para la aplicación de los programas educativos en salud sexual y reproductiva dirigidos a las y los adolescentes.

Esta investigación se realizó bajo el enfoque cualitativo, se utilizó un tipo de diseño cuasi-experimental, el cual consistió en aplicar una evaluación pre-test, donde se identificó el nivel de conocimiento y actitudes que tienen los adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva, siguiendo en esta línea base de medición, se aplicó el programa de salud sexual y reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas a los adolescentes que tenían el permiso respectivo de sus padres, esto con el fin de dar cumplimiento al Comité de Ética de la Universidad Simón Bolívar.

Por último, se realizó una evaluación pos-test con la finalidad de dar cumplimiento al propósito de la investigación e identificar los efectos del programa educativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que asistieron al programa educativo.

Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud, con siglas en español OMS (2005), define la adolescencia como: “periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se produce varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica” (Párr. 3). Otros autores

la definen como una etapa entre la niñez y la edad adulta, que se inicia desde los diez años y termina a los diecinueve años, dividida en dos etapas: la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía ubicada entre los rangos de edad entre los 15 a 19 años (Pineda, 2002). En esta etapa la sexualidad es de gran importancia, esto es debido al cambio que en ese momento experimentan los adolescentes donde aparecen nuevas experiencias desde el ámbito psicológico, biológico y emocional (Huerta, 2005).

Algunos consideran que la salud sexual y reproductiva en adolescentes no ha sido abordada de manera eficiente por los gobiernos a lo largo de la historia, a pesar del alto riesgo que esto representa, los países de bajos, medianos y altos ingresos han tenido una negligencia en el abordaje de este tema, uno de los principales desafíos que enfrentan los jóvenes a nivel mundial incluyen: embarazos no deseados, el rol de padres en edades tempranas, dificultad en el acceso de anticonceptivos, alto riesgo de Infección de Trasmisión Sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sin embargo, varios son los factores políticos, socioculturales y económicos que restringen el acceso a la información y servicios, esto actúa como una barrera para los jóvenes, debido a que no se proporciona información acerca de una sexualidad responsable y segura, algunas asociaciones han estado trabajando con miembros de organizaciones internacionales, para romper estas barreras y promover un programa de derechos en SSR a escala mundial (Morris & Rushwan, 2015).

Existen diferencias importantes entre los países del mundo, por ejemplo el porcentaje de embarazo en adolescentes es del 2 % en China, 18 % en Latinoamérica y el Caribe y más del 50 % en sub-Saharan África. Cerca de 16 millones de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años se encuentran en embarazo cada año, los mayores registros provienen de los países de bajos y medianos ingresos, consecuentemente se han encontrado que las complicaciones del embarazo y el parto son consideradas la segunda causa de muerte entre los adolescentes y cerca de 3 millones de jóvenes se someten a abortos peligrosos (OMS, 2014).

En este sentido, estudios descriptivos realizados en las y los adolescentes jóvenes han venido analizando diferentes factores que influyen en el contexto, un ejemplo de este ha sido un estudio efectuado en Venezuela donde se identi-

ficó los componentes psicosociales para el diseño de una intervención educativa para “la prevención del embarazo, según la percepción de las y los jóvenes; inicialmente existe la necesidad de recibir educación sexual, que incluya no solo conocimientos específicos sobre sexualidad y salud reproductiva, sino también entrenamientos en habilidades sociales relacionadas con las conductas asertivas, los resultados analizados en la fase de evaluación indicaron que los adolescentes tienen poca experiencia sexual, manejan solo conocimientos básicos y mantienen creencias erróneas en torno al uso de medidas de protección” (Moreno, León & Becerra, 2006, p.787).

En México según un estudio realizado por Meave y Gómez (2008), identificó que las principales conductas sexuales que presentaron 402 adolescentes con edades entre 14 a 19 años que asistían a escuelas públicas del país, fueron: besos en labios (72), tomarse de la mano (68), caricias de la cara (46), abrazos (54,9), sexo oral (14,8), contacto homosexual (1,5), ningún acercamiento (4,8), besos apasionados (38,4), faja encima de ropa (30,4), y faja por debajo de la ropa (36). La edad media de la primera relación sexual reportada para el caso de los hombres fue de los 14,3 años y en mujeres fue de 16 años. Esto coincide con el estudio realizado por (Becher et al., 1999): donde reportó las conductas sexuales en estudiantes entre las edades de 13 a 18 años, residentes en la ciudad de Cali, Colombia, que cursaban de noveno a undécimo semestre, observaron que aproximadamente el 29,1 % de la población encuestada informó haber tenido su primera relación sexual entre las edades de 12 en hombres y 18 en mujeres; en este sentido, se puede observar que existe un inicio de la sexualidad a más temprana edad más en hombres que en mujeres.

Sin embargo, un estudio descriptivo transversal desarrollado en Bucaramanga con estudiantes entre las edades de 10 a 18 años, observó que la edad media de su primera relación sexual tanto para hombres como mujeres fue a los 13,7 años representado en 18,9 %; en este sentido, no se presentaron diferencias de edad según el sexo (Castillos, 2003, p.137).

Díaz, Torrente & Ramírez en 2011 en su estudio realizado con un grupo de adolescentes escolarizados en el municipio de Bello, Antioquia, entre las edades de 10 a 19 años, donde de igual manera participaron padres y docentes de la institución educativa, observaron que el 32 % de los encuestados ya había

experimentado sexarquia, de estos el 9 % fue a una edad menor de 10 años, el 28 % entre los 10 y 13 años, un 55 % entre los 14 y 16 años y el resto a edad mayor de 17 años, así mismo se encontró que el 17 % había tenido menos de dos compañeros sexuales, el 14 % tres o más compañeros sexuales y un 11 % presento antecedentes de embarazo, de estos el 58 % terminó en aborto y el 2,1 % refirió antecedentes de infección de transmisión sexual, así mismo en este mismo estudio se observó la falta de formación en temas de salud sexual y reproductiva en los padres de familia y docentes de las instituciones educativas.

La mayor proporción de adolescentes embarazadas a temprana edad se ubica en las zonas rurales, la región del país con mayor reporte de adolescentes en embarazo es la región Caribe donde 16 % son madres y un 4 % de ellas están embarazadas, en la región pacífica el 17 % son madres y 3 % se encuentra en etapa de embarazo, por último en la región de la Orinoquía-Amazonía se registró que un 23 % son madres y un 5 % están embarazadas (Pro-familia, 2010).

En Atlántico, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) registró al 31 de mayo de 2013, un promedio mensual de 560 nacimientos de madres con edades entre los 15 y 19 años. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, muestra que el 17 % de los adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años son madres o se encuentran embarazadas de su primer hijo. Los municipios de Malambo, Soledad y Sabanalarga tienen el porcentaje más alto de embarazo adolescente.

Según cifras entregadas en el primer semestre de 2010 por la Secretaría de la Mujer, 35 de cada 100 adolescentes en Malambo quedan embarazadas, el índice alcanza el 35 %. Los embarazos se registran entre los 14 y 19 años. En 2011 se reportaron en Sabanalarga 188 embarazos en adolescentes. Para el 2012, la cifra aumentó a 366. En 2013, hasta junio, se reportaron 142 (Secretaría de la Mujer - Gobernación del Atlántico, 2014).

La población adolescente es especialmente vulnerable a los riesgos relacionados con conductas sexuales, dado que se trata de un periodo de maduración en el que experimentar forma parte de esta etapa evolutiva, el embarazo en adolescentes y la maternidad a temprana edad están asociados al fracaso

escolar, el deterioro de la salud física y mental, el aislamiento social, la pobreza y otros factores relacionados (González, Vásquez, Urturi, Rodríguez & González, 2015, p.217).

De acuerdo a lo anteriormente establecido nos planteamos la siguiente pregunta problema:

¿Cuáles son los efectos de un programa educativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que asisten a las instituciones educativas públicas ubicadas en el departamento del Atlántico durante el periodo 2016?

Objetivos

Objetivo General

Establecer los efectos del programa educativo sobre la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que asisten a las instituciones educativas públicas ubicadas en el departamento del Atlántico durante el periodo 2016.

Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente la población interés de este estudio.
- Identificar el nivel de conocimientos, actitudes y creencias en salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre las edades de 10 a 19 años a través del pre-test.
- Aplicar un programa educativo sobre Salud Sexual y Reproductiva dirigido a las y los adolescentes que asisten a las instituciones educativas públicas.
- Identificar los efectos del programa sobre la Salud Sexual y Reproductiva sobre los conocimientos, actitudes y creencias en las y los adolescentes participantes del estudio.

Justificación

La adolescencia se caracteriza por tratarse de un periodo de desarrollo y crecimiento, particularmente en el área emocional y la sexualidad (González et al., 2015, p.222), de igual manera existen factores externos que pueden

influnciar negativa o positivamente el comportamiento de las y los adolescentes y la manera como estos se aborden determinan su Salud Sexual y Reproductiva al igual que su vida socioafectiva.

Según el UNFPA (2005), afirma que “trabajar para promover la Salud Sexual y Reproductiva de las/los adolescentes y reducir la pobreza implica analizar las estrategias implementadas desde su incidencia en los determinantes sociales de la salud, en este sentido se requiere de alguna manera transformar los contextos en los que transita la vida de las/os jóvenes, con estrategias promotoras de desarrollo integral, acceso a servicios, educación” (p.5).

Por lo tanto, la aplicación de los programas de Salud Sexual y Reproductiva en las escuelas, se convierte en el espacio pertinente para promover los programas que fomenten comportamientos y decisiones saludables para los adolescentes, el cual parte desde el contexto familiar, cultural, educativo y ambiental en que se desarrollan (Rengifo, Córdoba & Serrano, 2012). Vale la pena decir, que estos autores han establecido que las actitudes son excelentes predictores de comportamiento que asumen las personas, “las cuales pueden ser intervenidas o modificadas mediante acciones psicológicas y educativas que promuevan comportamientos positivos en los jóvenes” (Grajales & Cardona, 2012, p.78).

Teniendo en cuenta este contexto y la problemática derivada del manejo inadecuado de esta temática en la población mencionada, el Ministerio de la Protección Social formuló en 2003 la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que busca promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, enfatizando en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, así como en el estímulo de los factores protectores. Sus metas apuntan entre otras, a la reducción del embarazo adolescente, la prevención y atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), como el VIH y el SIDA, entre otros (Ministerio de Protección Social, 2003).

Por lo tanto, es propósito de la investigación establecer los efectos del programa de salud sexual y reproductiva acerca la población adolescente sobre sus conductas de riesgo.

Marco Teórico

Adolescencia y la sexualidad

La adolescencia es la etapa del desarrollo que se caracteriza por cambios físicos, mentales, emocionales y sociales, presentándose entre las edades de 10 a 12 años y se extiende hasta los 19 años (Arcila Rivera, 2002, p.139). Montalvo (2014) afirma que la adolescencia, “es considerada como una etapa de cambio entre la infancia y la edad adulta, caracterizada por intensas transformaciones corporales y psicológicas, debido a este tipo de cambios los y las adolescentes presentan dudas relacionadas con la transformación de su cuerpo y la sexualidad” (p.403). La OMS (2016) define la adolescencia “como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años” (Párrafo 1).

Según la definición utilizada por las Naciones Unidas, la población joven es aquella entre los 15 y 24 años de edad, mientras que la Organización Mundial de la Salud define la población adolescente como aquella entre 10 y 19 años. Sobre esta base, los jóvenes son aquellos entre 10 y 24 años de edad. Por otro lado, la Convención sobre los Derechos del Niño considera niño a toda persona menor de 18 años; UNICEF promueve la vigencia de los principios y derechos en los menores de edad.

Este ciclo de la vida se encuentra dividido en dos etapas: la adolescencia temprana que va desde los 10 a 14 años y la adolescencia tardía que se encuentra entre los 15 a 19 años (Pineda Pérez & Aliño Santiago, s.f.).

La primera etapa de la adolescencia se caracteriza por el desarrollo y crecimiento acelerado e inicio de los cambios en la pubertad y los caracteres secundarios, donde se presentan preocupaciones por parte del adolescente de los cambios físicos y el aumento del interés sexual, así mismo la búsqueda de independencia y cambios conductuales y emotividad son algunos de los cambios presentes en este tipo de etapa (Pineda Pérez & Aliño Santiago, s.f.).

En la segunda etapa de la adolescencia, se observa que el crecimiento físico empieza a estabilizarse al igual que los niveles hormonales, a esta edad se incorporan y se aceptan los caracteres sexuales, es decir, han integrado la experiencia sexual a la relación afectiva (Arcila Rivera, 2002, p.135).

Por otra, el cerebro en el adolescente continúa desarrollándose y reorgani-

za su capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumentando notablemente la habilidad para analizar, se adquiere mayor confianza en su identidad y en las opiniones, en algunos casos la temeridad en la adolescencia es un rango presente en la temprana y mediana adolescencia y declina en la adolescencia tardía (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Unicef, 2011).

En este sentido, en la sexualidad de los y las adolescentes existen condiciones para ejercer la función erótica y la función reproductora, los altos niveles de hormonas sexuales, estrógeno y progesterona en mujeres y en los hombres testosterona en sangre, son algunos de los cambios que se presentan en esta etapa.

El concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1975) sobre la sexualidad alude a

La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medio que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. (p.6)

Pero existen diferencias genéricas en el comportamiento sexual, estas son más evidentes desde la adolescencia (Arcila Rivera, 2002, p.135). Sin embargo, en algunos casos la curiosidad y el desconocimiento sexual acompañan las vivencias sexuales de la adolescencia, siendo el origen de numerosas situaciones conflictivas. Muchos jóvenes llegan a su primera relación sexual para saber ¿qué es eso? ¿Cómo se hace? o ¿Qué se siente? (Arcila Rivera, 2002, p.135).

Arcila Rivera (2002) afirma lo siguiente:

La masturbación es una práctica frecuente a esta edad, así mismo son frecuentes las prácticas sexuales entre jóvenes del mismo sexo, quienes al llegar la madurez serán en su gran mayoría heterosexuales, esto puede ser debido a que en este periodo es de gran motivación sexual, los jóvenes aún se encuentran más a gusto con personas del mismo sexo, o porque tienen dificultad para entablar relaciones con personas del sexo contrario, o en algún caso recurren a la homosexualidad para afrontar problemas no sexuales. (p.153)

Sin embargo, otros autores consideran lo contrario afirmando que la nueva concepción de diversidad sexual reconoce la sexualidad como una cons-

trucción social y psicobiológica, que va mucho más allá de la genitalidad, la diversidad sexual incluye diversos estados intersexuales, los cuales se ubican como parte de un continuo, que va más allá del tradicional esquema que nos ubica entre dos extremos excluyentes de ser hombre o ser mujer (Vargas, 2013, p.141).

La Dimensión Sociocultural de la sexualidad, dentro de este modelo la sexualidad es una forma de ser el mundo y es también una manera de ser con los demás, implica la relación, la interacción, la expresión del afecto y la comunicación humana, por lo tanto tiene que ver con la forma de relacionarlos como individuos que viven en la sociedad (Almeida, 2013, p.11).

Por último, se encuentra la Dimensión Ética de la sexualidad, donde los ideales, las creencias religiosas, las opciones morales y los valores influyen en la interpretación y explicación de la sexualidad humana, como algo bueno o malo (Almeida, 2013, p.11). Bajo este modelo existen aun los estereotipos sexuales, son creencias generalmente aceptadas y poco cuestionadas que podrían contribuir a cómo los hombres y las mujeres debemos expresar nuestra sexualidad. Según un estudio descriptivo correlacional realizado por Orengo-Aguayo y Pérez-Jiménez (2012), identifica cuántos hombres y mujeres heterosexuales en Puerto Rico endosaban ciertos estereotipos acerca de la sexualidad masculina y femenina y explora la relación entre el endoso de estos estereotipos sexuales y las actitudes hacia el condón masculino y su uso en relaciones sexuales vaginales, en este se aplicaron dos escalas, una sobre sexualidad masculina y otra sobre sexualidad femenina a un grupo de 429 personas heterosexuales, los resultados reportados en esta investigación sostienen que los hombres endosaron estereotipos sexuales masculinos y femeninos más que las mujeres y que estos tienden a tener una visión más conservadora respecto a la sexualidad femenina que la que tienen sobre su propia sexualidad. Las mujeres, por otra parte, tienden a ver su propia sexualidad y la sexualidad masculina en términos menos estereotipados y más equitativos. También encontramos que a mayor endoso de creencias tradicionales sobre la sexualidad masculina y femenina, peor la actitud hacia el uso del condón masculino. Sin embargo, el endosar estereotipos sexuales masculinos y/o femeninos no se relacionó con el uso del condón. Estos hallazgos contradicen

la literatura que sugiere que estos estereotipos sexuales y de género resultan en conductas sexuales de alto riesgo, lo cual tiene implicaciones importantes que conlleva a que los y las adolescentes presenten conductas de riesgos, tales como: las relaciones sexuales sin el uso del condón, prácticas sexuales con penetración, poca preocupación hacia la atención sanitaria en acciones de prevención como la realización de citología para la detección de cáncer de cuello uterino en parejas adolescentes de elevado riesgo, carencias de grupos de apoyo, falta de comunicación, sentimientos de dependencia, sentimiento de frustración, felicidad y soledad, sentimientos de tristeza (García, Romero, Gaquín & Hernández, 2015, p.218).

Estos factores favorecen el inicio de la actividad sexual en una etapa precoz de la vida, generando que el adolescente abandone su núcleo familiar cercano, ocurrencia de las relaciones sexuales en lugares y condiciones desfavorables, cambios frecuentes de parejas o múltiples parejas en tiempo simultáneo, práctica de violencia como estilo de vida, conductas sociales censurables por la sociedad (García et al., 2015, p.218).

Se estima que aproximadamente, casi el 35 % de la carga mundial de enfermedades tiene su origen en la adolescencia, la segunda causa de muerte entre esta población es por causa del VIH (OMS, 2010).

La incidencia de infección de transmisión sexual en el norte de Europa fue de 225/100.000 años persona, la edad, el uso del condón y el consumo de sustancia psicoactivas son factores de riesgo que inciden sobre la conducta del adolescente, esto genera la necesidad de un enfoque integrado de salud pública (Davoren, Hayes, Horgan & Shiely, 2014, p.276). Los adolescentes en esta región tienen múltiples parejas sexuales, lo cual se asocia positivamente con un diagnóstico de infección bacteriana, la edad y el género influyen en el riesgo y el tipo de infección que presentan en este grupo (Shiely, Hayes & Horgan, 2014, p.30).

En 2013 había un estimado de 110 millones de ITS entre los hombres y mujeres residentes en los Estados Unidos, más del 20 % de las ITS se presentan en los adolescentes de 15 a 24 años y aproximadamente 19,7 millones de infecciones incidentes ocurrieron en los Estados Unidos. Casi el 50 % de aquellas, es decir, 9,8 millones fueron adquiridos por las mujeres y hombres

que se encontraban entre los 15 a 24 años, las infecciones por Virus del Papiloma Humano, muchas de estas Infecciones de Transmisión Sexual son asintomáticas y esto hace que se presente el contagio de múltiples ITS en las y los adolescentes (Satterwhite et al., 2008).

La literatura ha reportado que las y los adolescentes presentan altas tasas de ITS, pero este riesgo es más alto entre los grupos de adolescentes que consumen alcohol y drogas, convirtiéndose en una población prioritaria para la intervención (Diclemente, 2009).

Existe poca información acerca de la prevalencia e incidencia de los adolescentes que viven con VIH en Latinoamérica, se estima que el 0,3 % con edades de 15 a 24 años se encuentran infectados, siendo más frecuente entre los hombres que en las mujeres (García, Bayer & Cárcamo, 2014, p.146).

Un estudio analizó las características de un grupo de adolescentes entre las edades de 12 a 21 años residentes en Brasil, Argentina y México, encontró que el 58 % de los participantes adquirieron el VIH a través de transmisión vertical, es decir de la madre al hijo, el 65 % fue a través de relaciones sexuales, 20 % mediante transfusión de sangre y 8 % fueron por causas desconocidas (Santos et al., 2011). En Colombia, las infecciones de transmisión sexual constituyen un grave problema de salud pública debido a que anualmente se reportan aproximadamente 98.423 casos, de los cuales 23 % son de carácter ulcerativo, lo que aumenta la probabilidad de infección de VIH. Durante el periodo 2011 se reportaron en promedio 13.000 casos de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años por una ITS, las infecciones en menores de 14 años en su mayoría son debido a abuso sexual, de los cuales 992 casos corresponden a sífilis, 2.788 casos con diagnóstico de gonorrea, 1.313 casos de clamidia, 1.222 casos de chancro blando y 1.279 de hepatitis B (Ministerio de Salud, 2011).

Según estudios realizados en la ciudad de Medellín durante el periodo 2009 al 2010, se observó que el 41,3 % de los y las adolescentes no usaron condón en la última relación sexual, 30,4 % tenía historia de tres o más parejas sexuales, en las mujeres se identificó Virus del Papiloma Humano (VPH) en el 27,9 %, infección por *Chlamydia trachomatis* en un 11,6 %, vaginosis bacteriana en el 44,2 %, en el caso de los hombres se presentó en el 7,8 % de los casos uretritis no gonococcica (Tamayo et al., 2011).

Tamayo Acevedo (2011) afirman que:

En Colombia solo son objeto de vigilancia en salud pública el VIH/Sida, Hepatitis B, Hepatitis C y sífilis congénitas, no son incluidas en el sistema de vigilancia las infecciones tales como: clamidias, tricomicosis, VPH y vaginosis bacteriana, esto se agrava con los pocos estudios reportados en materia de salud sexual sobre factores de riesgo, factores protectores, determinantes sociales, determinantes culturales y económicos que influyen en la salud sexual de las y los adolescentes. (p.9)

Por otra parte, en las mujeres la principal causa de consulta ginecológica de las adolescentes es la dismenorrea, debido a que esta representa una carga para la salud pública, es una de las principales causas de ausentismo escolar y es responsable significativamente de la disminución de la calidad de vida en los escolares, a pesar de su alta prevalencia y los efectos negativos asociados, muchos adolescentes no buscan atención médica (De Sanctis, Soliman, Else-dfy, Soliman & El Kholly, 2017).

Por otra parte, en Colombia la distribución demográfica de la población ubicada entre los 10 a 19 años según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015), se encuentra de la siguiente manera: el 22 % de las mujeres y el 23,2 % de los hombres están ubicados en las edades de 13 a 19 años, es decir, la proporción de adolescentes y jóvenes es superior en el caso de los hombres que en el de las mujeres.

En algunas regiones del país, se ha registrado un 40,5 % en índices de inasistencia o abandono escolar, tres de cada cuatro mujeres jóvenes que alcanzaron la educación secundaria completa no están estudiando, dentro de las principales causas de abandono se encuentra que el 6,9 % de las mujeres quedaron embarazadas, 1,8 % manifestó que tenía que cuidar los niños, 1,8 % se casó y el 5,1 % no quiso estudiar, esto demuestra la dificultad que tienen las adolescentes para entrar a la universidad (Ministerio de Salud, 2015). En Colombia en el 2010 se registró una mayor proporción de embarazo a temprana edad en mujeres con nivel educativo bajo en un 89,3 % de los casos registrados, solo el 17,5 % había alcanzado estudios de secundaria o más. Es decir, la asistencia escolar y el clima educativo actúan como un factor protector sobre los embarazos a temprana edad.

Otros autores han confirmado que los y las adolescentes con niveles de conocimiento bajo acerca de la Salud Sexual y Reproductiva, son más vulnerables a tener conductas de riesgo especialmente en aquellos que están iniciando su experiencia sexual (Deán, Mitchell, Stewart & Debattista, 2017).

Un estudio realizado en 499 adolescentes en Brasil identificó que existe un bajo nivel de conocimiento sobre los temas relacionados con la anatomía y fisiología del aparato reproductor, por lo tanto los debates generados por los cambios presentes en la adolescencia constituyen una iniciativa imprescindible (Godby, Ferraz, Salles, Salomé & Fonseca, 2014, p.371).

De igual manera, en México una investigación reportó en una cohorte de 120 adolescentes, cuyo conocimiento fue calificado como medio en el 60,8 % de los encuestados y bajo en el 23,3 %, es decir, a pesar que reconocían los tipos de ITS no contaban con información de calidad acerca del uso de los métodos anticonceptivos y las formas de transmisión de las ITS. En este sentido, es necesario mejorar la calidad de información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, lo que se espera, repercuta positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población (Sánchez, Mendoza & Ponces, 2015, p.35).

En Cuba, al analizar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en una cohorte de adolescentes entre las edades de 14 a 16 años, se observó que el 94,7 % identificó las diferentes infecciones de transmisión sexual, el 58,3 % reconoce tres métodos anticonceptivos o más (Montalvo, 2014, p.403).

Otros estudios realizados en la ciudad de Valparaíso, Chile, reportaron que el 92,8 % de los adolescentes tiene conocimiento acerca del uso y métodos anticonceptivos y que solo el 1 % de los adolescentes que habían recibido educación sexual en sus respectivos colegios se había embarazado (González, Molina & Luttgés, 2015).

Investigaciones similares han venido evaluando el nivel de información y la percepción sobre algunos temas de salud reproductiva a través de una encuesta que incluía 34 preguntas generales acerca de la salud sexual y reproductiva en 478 hombres entre las edades de 10 a 58 años del municipio del Valle de Aburrá ubicado en Antioquia, Colombia, reportando que el 58,6 % de los hombres encuestados iniciaron las relaciones sexuales entre los 13 y 18

años de edad, 97,9 % tiene algún conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual, 76,2 % afirmó no haber visitado a un asesor profesional antes de elegir un método anticonceptivo, los resultados de la encuesta alertan acerca de la necesidad de adoptar acciones que involucren a los hombres en temas básicos como la planificación familiar, el número de hijos deseados y la protección frente a las infecciones de transmisión sexual (Rengifo Reina, Córdoba Espinal & Serrano Rodríguez, 2012).

De la misma forma, se reportó que en un estudio realizado en la ciudad de Cali, Colombia, en un grupo de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años se observó que el 90,5 % de los estudiantes habían recibido información de educación sexual por parte de sus padres, para el 26,7 % de los adolescentes el sexo seguro significa solo usar preservativos, en cuanto a las prácticas de sexualidad el 42 % expresó haber tenido relaciones sexuales con edad promedio de 13 años, el mecanismo de protección más utilizado es el condón (Rengifo Reina et al., 2012).

A su vez se ha reportado que a pesar que los adolescentes tengan conocimientos relacionados con su sexualidad, esto no impide que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan a tener una vida sexual activa (Rengifo et al., 2012).

Por otra parte, los y las adolescentes reciben información con respecto a su salud sexual en la mayoría de los casos por parte de sus padres, y solo un 17 % obtiene información de los amigos (Montalvo, 2014, p.403). A su vez un estudio realizado por Betancur, Villamizar y Torres (2015), en la ciudad de Bucaramanga reportó que las principales fuentes donde los adolescentes reciben información sobre Salud Sexual y Reproductiva, en la mayoría de los casos han sido los padres y hermanos quienes se la brindan, el 25 % afirma que los profesores y un 28 % eligió el Internet y las redes sociales.

Uso de métodos anticonceptivos

Esta práctica ha venido aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo baja en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado

ligeramente, de un 54 % en 1990 a un 57,4 % en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6 % a 28,5 %; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9 % a un 61,8 %, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7 % (OMS, 2017, párrafo 1).

Sin embargo, algunos autores consideran que es necesario mejorar los conocimientos y las actitudes de nuestros adolescentes puesto que estos siguen incurriendo en errores graves. Además, “en varios estudios se ha observado que más de la mitad de los adolescentes esperan un tiempo para usar métodos de protección después de su primera experiencia, muchas veces porque la situación surgió de forma inesperada” (Ortega, Sevilla & de Burgos, 2008, p.257).

En este sentido, recurren frecuentemente a los anticonceptivos de emergencia o la anticoncepción post-coital, estos se pueden utilizar para prevenir el embarazo en los primeros cinco días después de la relación sexual. Están diseñados para ser utilizados después del coito sin protección, en los casos de violaciones, cuando no se ha usado ningún método anticonceptivo, error de cálculo en los periodos de abstinencia o expulsión de un dispositivo intrauterino (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2014).

Estudios realizados en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, en mujeres mayores de 15 años que habían iniciado su vida sexual, ingerían anticonceptivos de emergencia y quienes utilizaron este tipo de método para planificar sufrieron consecuencias en sus organismos, tales como: irregularidad en el ciclo menstrual, depresión y estado de ánimo variable, realmente son pocos los adolescentes que están informados sobre la utilización adecuada de los métodos anticonceptivos de emergencia (Chofakian et al., 2014).

Estudios han reportado que conocer a alguien que ya había usado el método o dar información acerca de sus métodos de uso, indicaciones y contraindicaciones mostró un efecto significativo en el uso, parece que las conversaciones, respecto al uso de la anticoncepción de emergencia en las relaciones sociales,

como el grupo de parejas jóvenes, tienen mayor influencia sobre la utilización del método que el propio conocimiento (Chofakian et al., 2016).

En otro estudio realizado en hombres adolescentes sobre el uso de métodos contraceptivos, se observa que el conocimiento es limitado con respecto a la anticoncepción centrada en la responsabilidad solo al género femenino, se constató que es necesario eliminar prejuicios y permitir a la población masculina la expresión de sus miedos y ansias para que se sienta acogida en los servicios de salud y participe más fuertemente en los procesos de planificación familiar y sexualidad segura (Da Silva Soares et al., 2014).

Embarazo en la adolescencia

Cerca de 16 millones de adolescentes entre las edades de 15 a 19 años y aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría de estos embarazos se presentan en países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2014). En América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos en el mundo, aproximadamente 31,38 % de las mujeres de la región han tenido un embarazo antes de cumplir los 20 años, casi el 20 % de los nacimientos vivos en la región son de madres adolescentes (Unicef, 2014).

Dentro de los principales factores de riesgo se encuentra la falta de control prenatal que presentan las adolescentes durante el embarazo, es decir, menos de seis consultas prenatales o baja adhesión a las conductas, así mismo existe un mayor riesgo de nacimiento prematuro cuando se presenta nueva gestación en la adolescencia (Thomazini, Wysocki, Da Cunha, Da Silva & Torreglosa, 2016).

Peláez Mendoza (2011) afirma que:

El embarazo no deseado cobra cada año un alto precio a la salud de la mujer, el cual es significativamente mayor en las adolescentes. Resulta paradójico que en pleno siglo XXI muchos profesionales de la salud desconozcan o no posean toda la información necesaria relativa a la anticoncepción de emergencia, más aún conociendo que este método utilizado de forma correcta y temprana puede reducir notablemente la incidencia de embarazos no deseados y por tanto del aborto y sus secue-

las, por lo que la anticoncepción de emergencia puede ser de gran utilidad en la preservación y promoción de la salud sexual y reproductiva, e incluso por la elevación de la calidad de vida de la mujer y la familia cubana. (p.399)

El embarazo precoz trae nuevas experiencias a la vida de las mujeres embarazadas que necesitan apoyo de la familia, control prenatal y educación en salud, que les permita enfrentarse a esta nueva etapa de la vida (Cabral Farias et al., 2015).

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo, cada año 3 millones de adolescentes se someten a abortos peligrosos, los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres entre las edades de 20 a 24 años (OMS, 2014).

La tasa media de natalidad en adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1.000 adolescentes, las tasas nacionales oscilan entre 1 a 299 nacimientos por 1.000, siendo la tasa más alta en África subsahariana, este es uno de los principales factores que contribuye a la mortalidad materna infantil y al círculo de enfermedades y pobreza (OMS, 2014).

En América Latina, según la UNFPA (2015), afirma cada día 20.000 niñas menores de 18 años ya han tenido su primer hijo en países en desarrollo, esto es aproximadamente 7,3 millones de partos por año y si se incluyen todas las gestaciones, el número de embarazos en adolescentes es mucho mayor (Párrafo 1).

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe con siglas en español CEPAL (2013), la maternidad en las adolescentes está por encima de 20 % en América Latina y esta variable se encuentra en estrecha relación con las condiciones económico-sociales de este grupo humano (Párrafo 1).

Algunos padres adolescentes planean y desean el embarazo, pero en la mayoría de los casos sucede lo contrario, este se presenta en un gran porcentaje, se observa en comunidades pobres, pocos instruidas y rurales.

De igual manera, Thomazini, Wysocki, Da Cunha, Da Silva y Torreglosa (2016) afirman que “la adhesión a los programas de control prenatal en madres

adolescentes, la educación de programa relacionados con la anticoncepción y planificación familiar en los adolescentes actúan como un factor protector en los embarazos recurrentes en este grupo” (p.34).

Según estudios realizados en la ciudad de Sao Carlos, Brasil, en una cohorte de 165 adolescentes con edades entre 16 a 19 años, solo el 52,7 % fue estudiado antes del embarazo y el 30,9 % tenía conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, el 99,4 % utiliza anticonceptivos de tipo oral y preservativos para evitar un embarazo no deseado, se cree que la aplicación de programas educativos sobre el desarrollo sexual y la comunicación en las escuelas debe ser desarrollada con la participación de los padres, profesores y profesionales de la salud con el fin de prevenir el embarazo en adolescentes (Ruiz Berreta et al., 2011, p.90).

En una cohorte de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años, que asistieron a la Fundación Hospital San José de Buga, Colombia, donde la variable de exposición era ser adolescente mientras que los eventos a determinar en el estudio fueron las características y la morbilidad materna, durante el periodo de seguimiento de la presente investigación, se captaron aproximadamente 1.307 neonatos hijos de madres adolescentes, un 57,9 % de estas eran solteras, 23,4 % no tenía seguridad social, el 100 % de la población no había terminado sus estudios secundarios y eran menores de 14 años, en ellas se reportaron casos de preeclampsia y de trabajo de parto prematuro, así mismo se observó una mayor proporción de patologías cardíacas, infecciones bacterianas no asociadas a la atención en salud, sífilis congénita y labio con paladar fisurado (Mendoza, Arias & Mendoza, 2012, p.375).

En este mismo sentido, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Comité Latinoamericano de Derechos Sexuales y Reproductivos (2011) sostienen que las situaciones de pobreza y abandono en esta población, con frecuencia fuerzan a los y las adolescentes a adoptar precozmente roles adultos debido a la ausencia de padres y la necesidad de trabajar para subsistir.

Violencia sexual en la adolescencia

La OMS (2011), define la violencia sexual “Como todo acto sexual, la ten-

tativa de consumarlo, los comentarios e insinuaciones sexuales no deseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de personas, independientemente de la relación de esta con la víctima y cualquier ámbito, incluido el hogar y el trabajo” (p.2).

Otros autores, tales como Cecchetto, Oliveira, Njaine y Minayo (2016), afirman que: el fenómeno de la violencia en el noviazgo es vinculado a la representación rígida sobre los papeles de género, que corresponden a expectativas relacionadas al desempeño de los hombres y mujeres en las relaciones afectivas sexuales.

Los resultados indican que existen diversos factores que inciden en la violencia sexual de los adolescentes, dentro de estos se encuentran las desigualdades económicas y sociales, así como la desigualdad de género, la omisión o negación de la materia se evidencia por la ausencia de notificación obligatoria, falta de trabajo preventivo en la zona, inadecuadas acciones específicas a las necesidades de los adolescentes, los prejuicios y la falta de referencia de una red de atención intersectorial (Trabbold, Cunha & Guerra, 2016).

Otros autores como Borrajo, Gámez y Calvete (2015) consideran que existen creencias distorsionadas sobre la violencia y el amor, este se encuentra relacionado con la presencia de violencia en las relaciones de pareja, algunos estudios analizan la relación de las creencias que justifican la violencia y los mitos del amor en dos formas de abuso en el noviazgo en una muestra compuesta por 656 jóvenes entre 18 y 30 años (79,5 % mujeres), los análisis pusieron de manifiesto que la justificación del abuso *online* se asoció significativamente a una mayor probabilidad de perpetración de agresión directa *online* en relaciones de noviazgo. Los mitos del amor, por su parte, se relacionaron con una mayor probabilidad de control *online*. Además, la relación entre la justificación del abuso *online* y la agresión directa fue más fuerte entre las mujeres. Por su parte, la relación entre los mitos sobre el amor y el control en las relaciones de parejas jóvenes fue más frecuente (Bojarro, Gámez & Calvete, 2015).

En México, un estudio ha analizado la relación del maltrato en el noviazgo de jóvenes mexicanos, estableciendo un análisis diferencial por sexo y nivel de estudios, la muestra utilizada fue de 3.495 jóvenes mexicanos (1.537 hom-

bres y 1.958 mujeres), de los cuales 55,2 % eran preuniversitarios y 44,8 % universitarios, los resultados indican una elevada prevalencia de victimización especialmente en el tipo de maltrato categorizado como psicológico (desapego, coerción, humillación), por género y sexual; las adolescentes reportan más violencia en el noviazgo y menos victimización, tanto en preuniversitarios como en universitarios, en este estudio se observó que los varones tienen una percepción de maltrato mayor, especialmente de tipo físico y castigo emocional (Cortés-Ayala, et al., 2015).

En Brasil un estudio reportó que los significados atribuidos al fenómeno de la violencia en el noviazgo son vinculados a representaciones rígidas sobre los papeles de género, que corresponden a expectativas relacionadas al desempeño de los hombres y las mujeres en las relaciones afectivo-sexuales (Cecchetto et al., 2016).

Sin embargo, existen factores de riesgo que pueden incidir en la violencia durante el noviazgo, la relación entre consumo de drogas y la violencia: estudios han demostrado que existe una relación significativa y directa entre consumo de drogas y violencia en el noviazgo, específicamente entre el consumo y ser víctima de violencia psicológica y física (Saldivia & Vizcarra, 2012).

Derechos sexuales y reproductivos

Fueron ubicados en la agenda internacional desde la Conferencia de población y desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994 por el Fondo de las Naciones Unidas (UNFPA), el plan de acción resultante reconoce y aboga porque los países del mundo den respuestas adecuadas a las necesidades específicas frente a las dimensiones de sexualidad y reproducción, abordándolas desde la perspectiva de los derechos humanos y no solo desde el riesgo de la enfermedad (UNFPA, 2016).

Posteriormente durante el año 2000 la UNFPA, establece la salud sexual y reproductiva como uno de los grandes retos de la humanidad, y como un indicador social y de salud en los países, el objetivo central es avanzar en la superación de las pobreza, se desagrega de los objetivos primarios como la maternidad segura, la prevención del VIH/SIDA, la igualdad entre los géneros

incluida la eliminación de la violencia y/o la discriminación contra la mujer y la educación primaria universal, entre otros (UNFPA, 2016).

La salud sexual es el resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales:

1. El derecho a la libertad sexual: la libertad sexual abarca la sexualidad de las personas de expresar su sexualidad y destruye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier periodo y situación de la vida.
2. El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual: incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual dentro de un contexto dentro de la propia ética personal y social. También incluye el control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de torturas, mutilaciones y violaciones de cualquier tipo.
3. El derecho a la privacidad sexual: derecho a expresar la preferencia sexual en la intimidad siempre que estas conductas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. Derecho a la equidad sexual: este derecho se refiere a la posición a todas las formas de discriminación, por razones de sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física, psíquica o sensorial.
5. El derecho al placer sexual: incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional: la expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, las expresiones emocionales y el amor.
7. El derecho a la libre asociación sexual: significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y establecer otro tipo de asociaciones sexuales.
8. El derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables: derecho a decidir sobre tener descendencia o no, el número y el tiempo de cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.
9. El derecho a la información basada en el conocimiento científico: la información sexual debe ser generada a través de un proceso científico de libres

presiones externas y difundida de forma apropiada en todos los niveles sociales.

10. El derecho a la educación sexual comprensiva: este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. El derecho a la atención clínica de la salud sexual: la atención clínica de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Historia de la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia

Durante la década del 60, la población a nivel mundial se enfrentaba a grandes desafíos en salud pública, debido al aumento desproporcionado de la tasa de natalidad, mortalidad materna infantil, disminución de la esperanza de vida y aumento de las ITS, esto acompañado de la pandemia del Sida, la violencia e inequidades de género que afrontaba en ese momento la población (Gran Álvarez, 2006).

En Latinoamérica, de igual manera, se presentó un aumento desproporcional del número de embarazos a temprana edad en adolescentes entre 15 a 19 años, durante la década de los 60 y 80, con una tasa de 4,22 por cada 1.000 mujeres adolescentes, esta tasa de embarazo se encontraba por encima del promedio mundial que en ese momento era del 3,72 (Banco Mundial, 2016).

Por lo tanto, esto despertó el interés del Gobierno Nacional con el fin de abordar este tipo de problemática que generó un impacto negativo en la sociedad, Colombia inició oficialmente la cátedra de Educación en Salud Sexual y Reproductiva en 1970, a través del Decreto 080 de 1974, este se estableció obligatoriamente para los dos últimos grados de bachiller en las instituciones educativas del territorio nacional, los contenidos temáticos que se debían facilitar a los adolescentes eran los siguientes: procesos de cambios orgánicos del adolescente, anatomía y fisiología del aparato reproductor (Ministerio de Educación Nacional-MEN, 1995) (Decreto 080, 1974).

Así mismo, el MEN en convenio con el Fondo de las Naciones Unidas, citado por Estupiñán (2009), diseñó desde esta iniciativa una serie de cartillas donde se abordaron temáticas tales como: fertilidad, morbilidad, mortalidad y

migraciones estructuradas por sexo y grupo poblacional. Sin embargo, algunos autores afirman que la educación sexual, implementada a través del decreto anteriormente mencionado ha estado inmersa en los escenarios de la vida cotidiana bajo el concepto parcial que reduce la concepción de la sexualidad a lo genital (Alejo Riveros, 2000).

Posteriormente, la Constitución Política de Colombia de 1991 estableció un espacio para que los derechos sexuales y reproductivos se implementaran en el territorio, a través de los siguientes artículos: derecho a la intimidad personal y familiar de mujeres, hombres, jóvenes, niños y niñas (Congreso de la República de Colombia, 1991).

Sin embargo, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, llevada a cabo en 1994 estableció un panel de discusión que conmemoró la reunión de académicos, gobiernos y entidades relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, con el fin de analizar la situación de las niñas, el estatus de la mujer, la situación de los adolescentes y la igualdad de género, como componentes principales para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población (Galdós Silva, 2013).

Esta misma conferencia llegó al siguiente consenso, no es pertinente usar expresiones como “explosión demográfica” y “control de natalidad”, estas expresiones bajo el enfoque de derechos, resultan inadecuadas. Estos mismos aspectos fueron reafirmados en la plataforma de acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en 1995, este movimiento introduce el concepto de derechos sexuales de las mujeres, que posteriormente fue reconocido como derechos sexuales de las personas.

Ramos Padilla, citado por Castellanos y Soriano (2006) afirma que “en esta Conferencia se introdujeron tres cambios fundamentales respecto a las conferencias anteriores: un nuevo concepto de “la salud reproductiva” más amplio e integral que el de “planificación familiar”, el reconocimiento de la sexualidad como una dimensión fundamental de las personas, y la consideración que es la mujer quien debe controlar su propia fecundidad bajo una libre decisión y con condiciones que permitan que esto ocurra” (p.202). A partir de este informe los gobiernos de las regiones iniciaron la implementación de políticas públicas que fomentaran los derechos sexuales y reproductivos de la población.

El Gobierno Nacional realizó los respectivos cambios establecidos por la Conferencia Internacional de Cairo y reafirmada en 1995 a partir de la Ley 115 de 1994 que en su artículo 14 indica que es obligatorio para todos los establecimientos educativos privados y públicos impartir un programa educativo en Salud Sexual y Reproductiva teniendo en cuenta las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según la edad, de igual manera que esta Cátedra debe ser incluida en toda la malla curricular. Es decir, todas las materias deberían tener un enfoque de educación sexual, se debía abandonar el enfoque biológico y agregar conocimientos que podían aportar otras asignaturas, este marco constitucional permite el fomento y la promoción de la educación sexual en las instituciones educativas desde el punto de vista multidisciplinar (Armando Alonzo, 2013).

Luego en Colombia se implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), contenido en la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993), aprobada a partir del artículo 49 de la Constitución Política de 1991. Dando lugar a una amplia reglamentación expedida por el Ministerio de Educación Nacional, a través del Decreto 1860 de 1994, el cual reglamenta los aspectos organizativos y pedagógicos con referencia a la educación sexual, la Sentencia T-440 de 1992 (Corte Constitucional. República de Colombia, 1992) donde se adelantó un estudio con el apoyo de expertos en la temática, con el fin de identificar la metodología y el contenido que deberían contener los programas de educación en salud sexual en Colombia, así mismo el artículo 2 de la Resolución 3353 de 1993, contempla que se debe hacer una evaluación al adolescente al momento de finalizar su ciclo educativo, algunos autores consideran que si bien estos decretos realizan promoción relacionada con la advertencia de embarazos en adolescentes, ITS, no se expresa de manera clara el respeto que merecen las personas con orientaciones sexuales distintas (Armando Alonzo, 2013).

En 1992, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1531 de 1992, a través de la cual se asoció a la conmemoración del Día Internacional de la Mujer mediante el reconocimiento de una serie de derechos relacionados con la salud, la vida, el cuerpo y la sexualidad de la mujer.

Posteriormente con la Ley 100 de 1993, se originó el plan de Atención Bá-

sica, conocido actualmente como el Plan de intervención colectiva y el Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual contempla acciones y servicios destinados a atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población sin ningún tipo de discriminación.

Luego en 1999, el Ministerio de Educación Nacional en compañía con el Fondo de la Población de las Naciones Unidas (UNFPA) desarrolló el proyecto de Educación en Salud Sexual y Reproductiva de Jóvenes para Jóvenes, así mismo en esta década, el Ministerio de Salud con la participación del (UNFPA) y otras entidades del Estado estuvieron adelantando las directrices para la planificación familiar, que concluyó en la Resolución 412 de 2007, esta contempla las normas, guías y protocolos relacionados con los métodos de planificación familiar, la atención del embarazo, la alteración temprana de alteraciones del desarrollo en los adolescentes, las Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, el cáncer de cuello uterino y seno, así como la atención a la mujer y el niño maltratados.

En el 2003 el Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2007, en esta se fijaron los lineamientos nacionales de intervención fijados en seis áreas específicas: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, violencia doméstica y sexual.

Recientemente a partir del Plan Nacional Decenal de Salud Pública 2012-2021, se actualiza la política nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, esta propone definir la sexualidad como una acción prioritaria en Salud Pública, dado un reconocimiento como una condición esencialmente humana que compromete al individuo a lo largo del todo ciclo vital, permitiéndole sustraer de la mirada exclusivamente biologista para abordarla de igual manera desde un enfoque social sumando el enfoque de género dentro de un marco de derechos, las dimensiones que contempla la actual política nacional son las siguientes: dimensión de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos y equidad de género y prevención, y atención integral en salud sexual y salud reproductiva desde un enfoque de derecho (Ministerio de Salud-Fondo Nacional de las Naciones Unidas-Profamilia, 2012).

Salud Sexual y Reproductiva en adolescente

La OMS (2017) afirma que “la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (Párrafo 1).

Por lo tanto, la educación para la sexualidad en el ámbito escolar es una herramienta que ha permitido promover la salud de acuerdo con las normas y requerimientos establecidos en la Resolución 3353 de 1993 vigente para el sector educativo. Sin embargo, no hay suficiente formación docente para abordarla de manera apropiada y asegurar resultados favorables para las y los jóvenes.

Las escuelas pueden convertirse en el escenario para proveer información adecuada y basada en la evidencia a los adolescentes, existe un bajo nivel de producción científica que demuestre el beneficio y las ventajas de los programas educativos basados en el currículo son eficaces para mejorar los resultados de salud sexual y reproductiva en los y las adolescentes, por lo tanto, se necesitan más estudios para confirmar la magnitud del efecto sobre el conocimiento y las conductas en las y los adolescentes (Mason Jones et al., 2016).

Los profesionales de la salud y promotores han venido abordando diversos métodos y procesos que facilitan el desarrollo y la transmisión de conocimiento a través de diferentes formas de interacción y comunicación hacia este grupo poblacional, por esta razón es importante analizar la forma como se ha venido transmitiendo los conocimientos en la población adolescente, estudio realizado en un grupo de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años residentes en un hogar, los resultados indicaron que utilizar técnicas pedagógicas interactivas resulta muy beneficioso puesto que los participantes logran comprender los componentes de la adolescencia y la sexualidad, así mantener una vida sexual sana (Meza Arguedas, 2016).

En Brasil las instituciones promotoras de salud sexual y reproductiva han realizado trabajos para describir experiencias de educación para la salud en dos encuentros, con dieciséis adolescentes de 13 a 19 años, teniendo como eje problematizado el embarazo y los métodos anticonceptivos. Las reunio-

nes fueron guiadas por el referencial teórico del círculo de cultura propuesto por Paulo Freire. Donde se utilizaron herramientas lúdicas y constructivas, facilitando la reflexión y construcción del conocimiento entre profesionales y estudiantes. Estos negaron la posibilidad de embarazo como pertinente y real en el cotidiano y demostraron conocimiento acerca de métodos contraceptivos (Figuerido Coelho, Martis Torres, Lima Miranda, Leite Cabral, & Oliveira, 2012).

Los autores consideran que: “Es urgente fortalecer acciones preventivas y de promoción de la salud sexual y reproductiva junto a los adolescentes, así como fomentar la autonomía de estos sujetos en el contexto socio familiar” (p.390).

En Argentina, la sanción de la Ley 26.150 en el año 2006 estableció el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, por medio del cual todos los niños escolarizados “tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal” (Párrafo 1, Art. 1).

La educación sexual aparece como un contenido “nuevo” para una estructura escolar que debe acomodar sus prácticas de enseñanza a exigencias que son vividas como externas, como impuestas.

Dentro del marco de la investigación sobre representaciones sociales acerca de la práctica docente, se registraron algunas dificultades y tensiones en el ámbito escolar en lo que respecta a la enseñanza de los contenidos de educación sexual integral, las prácticas docentes se configuran como un campo de interacción complejo y heterogéneo, en el que se desarrolla la vida cotidiana de los maestros, lo cual permite definir a la escuela como un espacio de negociación de sentidos. Reflexionar sobre la práctica docente es importante porque contribuye elucidar concepciones y supuestos que operan como condición de eficacia del dispositivo escolar (Azzollini, Di Iorio & Seidmann, 2014).

En Costa Rica, estudios sostienen que utilizar técnicas pedagógicas interactivas resulta muy beneficioso, puesto que los participantes logran comprender los componentes de la adolescencia y la sexualidad, para así mantener una vida sexual sana (Meza Arguedas, 2016).

En Colombia se realizó un estudio donde se aplicó un programa de promoción de derechos sexuales y reproductivos en adolescentes residentes que asisten a cinco instituciones educativas ubicadas en la ciudad de Bucaramanga, luego de haber aplicado los talleres se encontraron modificaciones favorables en el conocimiento y manejo de los temas de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos y habilidades para la vida en los estudiantes, en este sentido, los autores consideran que realizar un proceso de educación para la sexualidad desde la promoción de la salud en el ámbito escolar con enfoque en DSR permite la modificación del enfoque biológico que se ha venido impartiendo en las instituciones (Mantilla, Hakpiel, Rincón, Smith & Hernández, 2012).

A su vez se ha establecido que la comunicación asertiva es una habilidad social aprendida, que es necesario fortalecer en los programas de salud sexual y reproductiva; el afecto es un elemento motivador para la transmisión y apropiación de conocimientos en educación sexual y reproductiva; la visión de reciprocidad orienta la interacción entre el(la) adolescente y los componentes necesarios para una construcción mutua del autocuidado en este ámbito, y la visión de simultaneidad integra el contexto como elemento fundamental en el abordaje de la temática dentro de un programa educativo (Pardo Torres, Santacruz Pardo, Ramos Anacona & Arango Martínez, 2010, p.12).

A pesar que los gobiernos de algunos países han venido implementando los programas de SSR, todavía dentro de los desafíos que enfrentan los adolescentes a nivel mundial se encuentran: el embarazo a temprana edad, la paternidad, las dificultades de acceso a los anticonceptivos, el aborto seguro y la alta tasa de VIH e ITS, esto es debido a factores políticos, económicos y socioculturales que limitan e impiden la entrega de información, agencias internacionales han venido trabajando con profesionales de salud con la finalidad de romper con algunas de estas barreras permitiendo que se promuevan los objetivos de Desarrollo Sostenible en este tema y se logre proyectar a escala global (Morris & Rushwan, 2015, p.40).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible afirmaron que después del 2015 siguen las desigualdades para el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva (SSR) y servicios, la necesidad generalizada de mejorar los servicios de SSR para satisfacer la salud, derechos y estándares de ética mé-

dica para la calidad de la atención y la ausencia o insuficiencia de uso de mecanismos de rendición de cuentas para rastrear y remediar las brechas que existen en los sistemas fragmentados (Germain, Sen, García-Moreno & Mrindula, 2014).

Aspectos éticos

Para la elaboración del presente marco, se han tomado a consideración diferentes documentos normativos de ámbito internacional y nacional, entre ellos se encuentra la Declaración de Helsinki, que establece que en investigaciones con seres humanos, el bienestar de la persona que participa en el estudio debe tener siempre primacía sobre todos los intereses. Se entiende por consentimiento informado según el artículo 14 consagrado en el capítulo I de la Resolución 8430 de 1993:

El acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, el representante legal y el adolescente, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgo a que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna por parte del investigador. (p.4)

Para otros autores como Benavides (2009), “El consentimiento informado es un requerimiento ético y legal antes de cualquier intervención diagnóstica o terapéutica en salud sexual y reproductiva” (p.248), de igual manera Casas, Dides y Isla (2002) afirman:

El proyecto ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos concibe el consentimiento informado como un proceso de aprendizaje tanto de las personas que prestan servicios en salud como de los y las usuarios. Es un proceso más que un mero trámite burocrático que se traduce en suscribir un formulario, como todo proceso de aprendizaje debe considerar situaciones y condiciones culturales, educacionales, psicológicas, comunicacionales, de género, etnia y edad. (p.305)

Según el artículo 5 consagrado en la Resolución 8430 de 1993, los aspectos éticos de la investigación con seres humanos deben contemplar los siguientes criterios: estos deben ajustarse a los principios científicos y éticos que la justifiquen, se debe fundamentar en la experimentación previa con animales,

en laboratorios o en otros hechos científicos, se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo, deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente el tipo de riesgo que se pueda presentar en la investigación, estos se encuentran establecidos en el artículo 11, el cual plantea que antes de cualquier intervención se debe obtener la autorización del representante legal, el consentimiento informado o asentimiento por parte del participante y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de investigación de cada institución.

Es claro que se debe suspender la investigación de inmediato en caso, que durante su desarrollo se generen riesgos en la salud del beneficiario y de igual manera si este lo manifiesta por escrito. En este caso se considera dentro del marco legal nacional, que es responsabilidad de la institución patrocinadora, proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si este estuviese relacionado directamente con la investigación. Todos estos aspectos deben estar contemplados en el consentimiento informado (Resolución 8430 de 1993).

Por lo tanto, este mismo documento debe contener los objetivos, justificación, los procedimientos que vayan a usarse y sus propósitos incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales, la molestia o riesgo esperados, los beneficios que puedan obtenerse, los procedimientos alternativos que puedan ser ventajosos para el sujeto, las garantías de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración acerca de los procedimientos, riesgo y beneficios (Resolución 8430 de 1993).

La seguridad que no se identificará al sujeto de estudio y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, de igual manera en caso de que existan gastos adicionales, estos serán cubiertos por el presupuesto (Resolución 8430 de 1993).

Para investigaciones con menores de edad, la Resolución 8430 de 1993, específicamente en el capítulo III, define que se debe asegurar previamente que se hayan realizado estudios semejantes en personas mayores de edad o animales inmaduros, excepto cuando se trata de estudios en condiciones que son propias de estas etapas.

En este mismo sentido, el artículo 25 establece que se debe obtener un con-

sentimiento informado del representante legal o el que tenga la patria potestad del niño, después de hacerle una pequeña explicación de lo que se pretende hacer, de igual manera en el menor de edad se deberá obtener su aceptación para ser sujeto de investigación a través del asentimiento informado. Por lo tanto, para efecto del cumplimiento del presente artículo se anexan los documentos respectivos (ver Anexo 1 y 2).

Para el caso de investigaciones con menores de edad, con un tipo de riesgo mayor que el mínimo, las investigaciones deben tener alta probabilidad de ser atendidas, de prevenir o aliviar algún problema que afecte la salud y el bienestar de la niñez (Resolución 8430 de 1993, p.12).

En el marco ético de los derechos sexuales y reproductivos a nivel nacional e internacional, se han establecido algunos instrumentos legales, estos han consagrado varios temas relacionados con la salud sexual, la prevención de diferentes formas de discriminación y violencia de tipo sexual, entre las cuales se debe destacar la política “Salud para las mujeres, mujeres para la salud” del año 1992, donde se expresó como propósito la reducción de las desventajas existentes entre hombres y mujeres, como una forma de mejorar su calidad de vida y responder de manera integral la problemática de salud relacionada con los roles de la mujer en la familia, en el sector educativo y laboral, la mortalidad materna, la violencia contra la mujer y su salud mental, como precedente a esta política internacional en Colombia el Ministerio de Salud en ese mismo año conmemoró el Día Internacional de la Mujer a través de la Resolución 1531 de 1992, donde se reconoció una serie de derechos relacionados con su vida, salud, cuerpo y sexualidad.

A su vez, en el año 2000 a través de la Resolución 412 de 2000, se establecieron las guías y normas técnicas relacionadas con los métodos de planificación familiar donde se establece que los y las adolescentes, deben tener acceso a la información acerca de su mecanismo de uso y por lo tanto, no se les puede ocultar este tipo de información, debido a que sería una violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

El Ministerio de Protección Social en el 2003 adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en esta se establecieron las prioridades para

guiar la intervención en seis áreas: maternidad segura, salud sexual y reproductiva en la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida, y violencia doméstica y sexual.

La Corte Constitucional ha realizado avances relacionados con la integración de la educación sexual, como una cátedra obligatoria de la educación formal que debe ser impartida en las instituciones educativas dirigida a la población adolescente.

La presente investigación se encuentra fundamentada bajo los parámetros establecidos por la Resolución 8430 de 1993, con el fin de dar cumplimiento al título II de las investigaciones con seres humanos, Capítulo 1 aspectos éticos de la investigación en seres humanos y el artículo 5, el cual afirma: “en todas las investigaciones en laa que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de los derechos a su dignidad”, con el fin de dar cumplimiento a la anterior resolución se establecen los siguientes criterios éticos para su ejecución:

- La presente investigación tiene una clasificación con riesgo mínimo, debido a que así lo establece el literal b del artículo 11 afirmando lo siguiente: son estudios de tipo prospectivo que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes como aplicación de cuestionario e implementación de programas de intervención en el consentimiento informado donde se realizaron las aclaraciones a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgo, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y la aplicación del programa de educación en salud sexual y reproductiva.
- El programa educativo en salud sexual y reproductiva fue realizado por un profesional de la salud en este caso la joven investigadora Colciencias bajo la tutoría de una trabajadora social que cuenta con conocimiento y experiencia previa en el tema, con el fin de cuidar la integridad de los adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que decidieron participar en la investigación, esta investigación fue supervisada por un Comité de Ética científico, el Grupo de Investigación, Programa Ondas Atlántico de Colciencias y el Departamento de Formación para la Investigación de la Universidad Simón Bolívar.

- Se entregaron cartas de participación a la coordinadora del Programa Ondas Atlántico, las instituciones seleccionadas que se encuentran ubicadas en los municipios de Soledad, Sabanalarga y Malambo, donde se les explicaron los alcances, beneficios, riesgo y objetivos de la investigación, con la finalidad de recibir posteriormente la carta de autorización por parte de la Institución, en acto seguido se realizó un encuentro con los padres y jóvenes explicando cada uno de los procesos que se establecieron en el estudio, se entregaron consentimiento informado a los padres de familia que se aceptaron la participación de sus hijos y consentimiento informados a los adolescentes, con previa autorización del Comité Científico. Se suministró un duplicado a los adolescentes y padres el consentimiento informado y asentamiento respectivamente.
- Debido a que la investigación tiene un diseño cuasi-experimental se realizó una asignación que incluyó varios grupos, se utilizó una técnica de muestreo no probabilístico, con el fin de obtener una asignación imparcial de los participantes de cada grupo, se tomó como medida pertinente el acompañamiento de un docente de la Institución y la psicóloga.
- Se protegió la integridad y privacidad de los participantes de la investigación. Solo se realizó la identificación de la Institución participante si este lo manifestó por escrito autorizando a los investigadores, en caso contrario no se mencionó en el título de la investigación y en el producto resultado de nuevo conocimiento.

Los sujetos tienen la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios, la seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; los investigadores mantienen el compromiso de proporcionarle información obtenida durante el estudio a los padres de familia e instituciones si estas lo llegan a manifestar por escrito, los costos de la investigación fueron cubiertos por el presupuesto asignado por Colciencias para el desarrollo de la siguiente investigación.

En documento anexo se encuentra el consentimiento informado y asentamiento informado basado en el artículo 15 de la presente Resolución.

Diseño Metodológico

Tipo de investigación

La investigación cualitativa es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema.

Tipo de estudio

El estudio cuasi-experimental es aquel en el que existe una ‘exposición’, una ‘respuesta’ y una hipótesis para contrastar, hay o no aleatorización de los sujetos a los grupos, sin embargo no se realizara grupo control, se efectúa una evaluación pre y post después de la aplicación del programa (Segura Cardona, 2003).

Población

120 adolescentes entre las edades de 10 a 19 años, que se encuentran oficialmente matriculados en los cursos 5º, 6º, 7º, 8º, 9º y 10º de las instituciones educativas departamentales ubicadas en los municipios de Malambo y Sabanalarga.

Muestra

Se obtuvo una muestra de 26 estudiantes que asistieron al programa, se aplicó un muestreo no probabilístico por convivencia, donde los investigadores establecieron criterios de inclusión y exclusión para la selección del subgrupo participante.

Criterio de inclusión	Criterio de exclusión
Estar entre los 10 a 19 años	Ser un niño en edad escolar
Estar matriculado oficialmente en la institución educativa	Estar en la etapa de la juventud
Aceptar participar en la investigación	No estar matriculado oficialmente en la institución
	No Desear participar en el estudio.

Etapas Metodológicas

Etapas 1: Socialización del programa

Inicialmente la joven investigadora se dirigió a la Secretaría de Educación

de los municipios de Sabanalarga y Malambo con el fin de identificar las instituciones educativas públicas que se encontraban registradas ante la Secretaría de Educación Departamental, posteriormente se realizó la invitación a través de correo electrónico y la entrega de carta de invitación a las instituciones de los municipios anteriormente mencionados.

A las instituciones que respondieron la invitación del programa, se procedió a realizar la socialización del contenido temático, la metodología y los días de encuentro, así mismo, se entregó el formato de consentimiento informado a los padres y asentimiento a los adolescentes que aceptaron la participación del programa.

Etapa 2: Pre-evaluación

En esta etapa se realizó la evaluación que permitió describir la situación actual de los estudiantes de los grados 5°, 6°, 7°, 8°, 9° y 10°, frente a la temática de la Salud Sexual y Reproductiva.

Para la realización del diagnóstico se utilizó el instrumento, validado por Cortés Alfaro, Roche García, Fullerat & Fuentes (2000), este contiene 42 preguntas divididas en 5 secciones, la primera describe las características socio-demográficas de la población, la segunda aborda los conocimientos relacionados con ITS y VIH/SIDA, la tercera explora las actitudes y comportamiento sexuales, la cuarta los antecedentes de ITS y manifestaciones clínicas, por último estudio la quinta sección contempló los posibles factores relacionados con las ITS, como son la convivencia familiar, los antecedentes de sexualidad con violencia. Este instrumento fue válido por pares de expertos por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología en la ciudad de La Habana, Cuba. El formato de la entrevista, contiene preguntas cerradas en la modalidad estructurada, este fue aplicado por la joven investigadora a los estudiantes de forma individual con una duración aproximada de 45 minutos.

Esta línea de base sirvió de referente para la medición de indicadores que permitieron identificar el nivel de conocimientos, actitudes y creencias en torno a salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que aceptaron participar en el programa, esto es acorde con el objetivo planteado por la investigación inicialmente.

Etapa 3: Ejecución del programa de Salud Sexual y Reproductiva

La metodología se basó en una metodología de “pares”, es decir de adolescentes a adolescentes. Además de la capacitación a adolescentes del grupo promotor, también se involucró a profesores, padres y madres de familia que permitieron la participación de los estudiantes y el desarrollo del programa en la institución.

Se utilizó la Guía Facilitadora del Programa Educativo de Salud Sexual y Reproductiva del Fondo de las Naciones Unidas (UNFPA).

Las estrategias de enseñanza y aprendizaje utilizadas durante el programa fueron definidas y seleccionadas, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Los talleres dirigidos a los grupos promotores
- Diagnóstico dirigido a los estudiantes entre las edades de 10 a 19 años.
- Las dos actividades recreativas y lúdicas con el Grupo Promotor (una al inicio y otra al final) se desarrollaron en espacios abiertos propicios para la sensibilización y recreación.

Plan de Capacitación de 15 secciones de trabajo en jornadas de tres horas cada una, para los dos Grupos Centinelas en Salud Sexual y Reproductiva (ver Tabla1).

Tabla 1. *Actividades desarrolladas en el programa*

Actividad	Objetivo	Herramientas	Metodología de Trabajo
Adolescencia	Socializar con las y los adolescentes reflexiones sobre los cambios en la etapa de adolescencia y reconocer los beneficios de conocerlos para lograr el desarrollo integral de esta etapa en su vida.	Papel Bond Tijeras Retroproyector Computador	Durante el trabajo de campo se utilizó como técnica de enseñanza y aprendizaje la mesa redonda, se organizaron grupos de cinco estudiantes, donde inicialmente el facilitador formuló preguntas relacionadas con los cambios psicológicos y físicos que se presentan en la adolescencia posteriormente se realizó la socialización de las respuestas, el facilitador dió la explicación del concepto y los cambios fisiológicos, emocionales que se presentan en esta etapa.

Actividad	Objetivo	Herramientas	Metodología de Trabajo
Derechos sexuales y reproductivos	Dar respuesta a las necesidades de la población objeto, así como propiciar información científica, clara y precisa a los adolescentes del Grupo Promotor en SSR, como factor clave a la contribución a la calidad de vida expresada en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción y el bienestar de la comunidad educativa.	Papel Bond Computadores Lapicero	En esta actividad el facilitador planteaba casos problema correspondientes a la temática, donde el estudiante debía dar su percepción al respecto, por último se realizó una retroalimentación de los derechos sexuales y reproductivos a los estudiantes y se comparaban las respuestas con los derechos planteados en la Conferencia de El Cairo.
Prevención de embarazos no planificados y/o no deseados, embarazo subsiguiente	Proporcionar elementos conceptuales sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y mecanismos de acción de los métodos en la población adolescente que contribuya a promover responsabilidades en la formación de futuras generaciones que dispongan de conocimiento para la promoción y cuidado de su SSR con enfoque de derechos y énfasis en el disfrute pleno de su sexualidad y como prevención de la morbi-mortalidad materno-perinatal.	Papel Bond Computador Pastillas anticonceptivas Condón Femenino y Masculino Dispositivo T Inyecciones Hormonales	Inicialmente el facilitador realizó preguntas a los adolescentes relacionadas con los efectos de ser padres a temprana edad y cómo afecta esto a su proyecto de vida, posteriormente fueron socializadas las respuestas planteadas por los adolescentes, la modalidad de trabajo fue la lluvia de ideas, por último se realizó la presentación de los métodos e indicaciones de los métodos anticonceptivos.
Infecciones de Transmisión Sexual	Fortalecer la promoción de factores protectores de la SSR con énfasis en prevención de ITS que conlleven a la reducción del riesgo como respuesta a las situaciones de vulnerabilidad, a través de mecanismo de transformación cultural que garanticen los derechos a la información y a la provisión de atención integral.	Computador Retropoyector	El facilitador realizó una presentación a los estudiantes sobre los tipos de infecciones de transmisión sexual socializando la etiología y fisiopatología de estos sobre el organismo.

Actividad	Objetivo	Herramientas	Metodología de Trabajo
Abuso y explotación sexual infantil	Dar a conocer en las y los participantes los tipos de violencia física, sexual y emocional que se pueden presentar en el noviazgo.		El facilitador socializó con los estudiantes los tipos de violencia física, sexual y emocional que se pueden presentar durante el noviazgo, en este caso se relacionaron varios casos problema donde el estudiante planteaba su percepción de una solución, los estudiantes socializaban las respuestas y por último el facilitador procedía a socializar el contenido temático con los participantes.
Impacto de las relaciones y uniones maritales a temprana edad en el proyecto de vida	Socializar con los y las adolescentes el impacto en el proyecto de vida sobre las relaciones y uniones maritales a temprana edad.	Papel Bond Memes	El facilitador utilizó como técnica de trabajo el desafío donde los estudiantes debían mencionar cómo se proyectaban en 10 años, posteriormente estos socializaban con sus compañeros las respuestas, por último el facilitador socializaba los efectos de las uniones maritales a temprana edad y el impacto de esto en su proyecto de vida.
Factores de riesgo que inciden en la transmisión de ITS/VIH	Dar a conocer a los y las participantes los factores que inciden en la transmisión de ITS/VIH y sus consecuencias en el proyecto de vida	Retroproyector Computadores Papel Bond	En esta la facilitadora, socializaba con los estudiantes participantes a través de mesa redonda los factores de riesgo que inciden en la transmisión de ITS/VIH.
Participación, trabajo en equipo y liderazgo	Estimular y potenciar la participación y la competencia asociadas al trabajo en equipo con la comprensión de elementos teórico-prácticos y de habilidades y actitudes que faciliten la orientación de un trabajo eficaz y de alto rendimiento, a través de herramientas de planificación y administración que además favorezcan y potencien el liderazgo.	Foto Memes Papel Bond Computador	A través de la actividad Encuentra tu valor, el estudiante tenía que colocar los valores alrededor de una foto personal, y estos debían ser elegidos de acuerdo a la percepción que ellos tenían sobre sí mismas. Posteriormente, el investigador socializaba con los participantes las cualidades que se deben tener para el trabajo en equipo.

Diseñar y Ejecutar dos actividades recreativas dirigidas a los Centinelas del Grupo Promotor, así:

- Se realizó una primera actividad al inicio con la finalidad de socializar, sensibilizar e integrar a los miembros del equipo motivándolos y comprometiéndolos a participar activamente en el programa.
- La segunda actividad fue un ejercicio de retroalimentación y autoevaluación realizado con los estudiantes.

Estas actividades se desarrollaron en espacios abiertos y propicios para la recreación y la lúdica. Las dinámicas fueron acordes al objetivo planteado en la investigación.

Etapas 4: Evaluación post de la aplicación del programa

Posteriormente se aplicó el cuestionario con el fin de establecer el nivel de conocimiento adquirido por los estudiantes y determinar los efectos del programa sobre los conocimientos y actitudes de los adolescentes de la comunidad educativa de los grados 5°, 6°, 7°, 8°, 9° y 10° que habían asistido a los 15 encuentros programados, durante esta etapa se organizaron grupos de 5 estudiantes con el objetivo de realizar nuevamente la entrevista, la cual tuvo una duración aproximada de 45 minutos para realizar el proceso comparativo de la evaluación pre-test con la última evaluación, es decir pos-test.

Etapas 5: Registro de la experiencia y análisis de los datos

Para el registro de los datos obtenidos antes y después del programa de Educación en Salud Sexual y Reproductiva, se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 22 (Licencia Universidad Simón Bolívar), posteriormente se realizó la exportación de las tablas y el análisis comparativo entre el pre-test y el pos-test, con el fin de comparar la percepción y las actitudes de los estudiantes antes y después de la aplicación del programa.

Resultados

Características sociodemográficas

Los adolescentes participantes del programa de Educación en Salud Sexual y Reproductiva se encuentran entre las edades de 10 a 18 años, el 30,8 % (8)

en la edad de 13 años, el menor registro estuvo entre las edades de 11 y 18 años con un 3,8 % (1) y 7,7 % (2) respectivamente (ver Tabla 2).

Tabla 2. *Distribución de la edad en la población*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10	2	7,7
11	1	3,8
12	1	3,8
13	8	30,8
14	5	19,2
15	5	19,2
17	2	7,7
18	2	7,7
Total	26	100

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

El 84,6 % de la población participante en el programa corresponde al sexo femenino (ver Tabla. 3).

Tabla 3. *Distribución de sexo en la población*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
F	22	84,6
M	4	15,4
Total	26	100

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Se observa un mayor número de participantes residentes en el municipio de Sabanalarga con un 53,8 % (14) (ver Tabla 4). Así mismo se observó que el 100 % de la población participante se encuentra entre los grados de secundaria básica.

Tabla 4. *Distribución de la población en los municipios de Malambo y Sabanalarga*

Municipios	Frecuencia	Porcentaje
Malambo	12	46,2
Sabanalarga	14	53,8
Total	26	100

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

El 80,8 % de las madres de los participantes del programa ejercen su labor como amas de casa, un 3,8 % no registró información acerca de la ocupación de la madre, solo un 7,7 % de las madres son profesionales (ver Tabla 5).

Tabla 5. *Ocupación de la madre de los adolescentes*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
No registró información	1	3,8
Ama de casa	21	80,8
Profesional	2	7,7
Trabajador de servicio	2	7,7
Total	26	100

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

El 34,6 % de los participantes no registraron información acerca de la ocupación laboral de los padres y un 15,4 % de los padres trabajan por cuenta propia (ver Tabla 6).

Tabla 6. *Distribución de la ocupación de los padres*

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
No registro información	9	34,6
Obrero agrícola	1	3,8
Administrativo	1	3,8
Fallecido	1	3,8
No sabe la ocupación	1	3,8
Profesional	1	3,8
Obrero de construcción	2	7,7
Trabajador por cuenta propia	4	15,4
Técnico	3	11,5
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	1	3,8
Conductor	1	3,8
Pescador	1	3,8
Total	26	100

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

El 26,9 % de la población no registró información acerca del nivel educativo que tienen sus padres, el 23,1 % no completó su secundaria básica, el 15,4 % alcanzó un nivel de primaria incompleta y solo un 3,8 % de los padres tiene un grado universitario (ver Tabla 7).

Tabla 7. Nivel educativo de los padres de los participantes

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
No registró Información	7	26,9
Primaria incompleta	4	15,4
Secundaria básica completa	5	19,2
Secundaria básica incompleta	6	23,1
Preuniversitario incompleto	1	3,8
Universitario	1	3,8
No sabe	2	7,7
Total	26	100

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

El grado de escolaridad alcanzado por las madres de los participantes se encuentra entre la secundaria básica completa e incompleta con un 19,2% (5) respectivamente, solo un 7,7 % (2) de las madres tienen grados universitarios (ver Tabla 8).

Tabla 8. Grado de escolaridad de la madre

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
No registro información	3	11,5
Primaria incompleta	4	15,4
Secundaria básica completa	5	19,2
Secundaria básica incompleta	5	19,2
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Preuniversitario incompleto	2	7,7
Preuniversitario completo	1	3,8
Universitario	2	7,7
No sabe	4	15,4
Total	26	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Evaluación Pre-Post-Test acerca del conocimiento y actitudes relacionadas con la salud sexual y reproductiva

Antes de la intervención el 80,8 % de los y las adolescentes consideran que no tener relaciones sexuales es una de las opciones más adecuadas para evitar las ITS, es decir, los adolescentes aseguran que la abstinencia sexual durante su vida es la mejor forma de evitar la infección, sin embargo después de la intervención el 80,8 % de los participantes en el programa sostienen que el uso de preservativos es la forma adecuada de evitar las ITS y el 15,4 % expresan que tener una pareja estable es la mejor forma para evitar el contagio de las ITS (ver Tabla 9).

En esta misma línea, el 69,2 % de los participantes respondieron durante el pre-test que las enfermedades de transmisión sexual son siempre contagiosas y un 11,5 % no sabe que es una ITS, sin embargo después del programa el 84,6 % de los participantes concluyen que estas enfermedades son siempre contagiosas y un 15,4 % asumen que son contagiosas a veces (ver Tabla 9).

La connotación que dan los adolescentes participantes del programa a cerca de las ITS, durante el pre-test, el 3,8 % alude que son enfermedades vergonzosas e inmorales y un 96,2 % afirman que es una enfermedad como cualquier otra, esta percepción no sufrió ningún cambio durante el pos-test (ver Tabla 9).

Tabla 9. *Conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual*

Categorías	Pre-Test		Post-Test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cómo se evita una enfermedad de transmisión sexual				
No tener relaciones sexuales	21	80,8	1	3,8
Pareja estable	1	3,8	4	15,4
Usando preservativos	4	15,4	21	80,8
Total	26	100	26	100
Qué crees de las enfermedades de transmisión sexual				
Son contagiosas siempre	18	69,2	22	84,6
Son contagiosas a veces	5	19,2	4	15,4
No sabe	3	11,5	0	0
Total	26	100,0	26	100

Categorías	Pre-Test		Post-Test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Qué connotación das a las enfermedades de transmisión sexual				
Enfermedad vergonzosa e inmoral	1	3,8	1	3,8
Enfermedad como otra cualquiera	25	96,2	25	96,2
No son contagiosas	0	0	0	0
Total	26	100	26	100

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Durante el pre-test el 92,3 % de la población expresan que las ITS son aquellas que se adquieren durante el contacto sexual, solo un 3,8 % de la población participante no registró información y un 3,8 % manifiestan que son aquellas que se adquieren por la sangre, sin embargo después de haber aplicado el programa de SSR, el 96,2 % de los participantes indican que estas se adquieren durante el contacto sexual (ver Tabla 10).

Así mismo, el 42,3 % de los participantes en la pre-evaluación considera que los factores que favorecen el contagio antes del programa son tener relaciones sexuales con más de una persona a la vez del mismo sexo, después del post-test el 80,8 % de los participantes afirma que no usando preservativos durante las relaciones sexuales puede ser el factor que aumente el contagio (ver Tabla 10).

Otro de los factores que fueron analizados fue la percepción que tienen los adolescentes acerca de las consecuencias de una enfermedad de transmisión sexual, el 30,8 % de los participantes consideró durante el pre-test que las ETS producen cáncer en los genitales, sin embargo después de la aplicación del programa los participantes respondieron en un 65,4 % que el cáncer en los genitales es la principal consecuencia y un 11,5 % de la población considera que estas generan infertilidad en el hombre.

Para el 3,8 % de los participantes la saliva es una vía de transmisión del SIDA y un 7,7 % dicen que vivir con enfermos de SIDA es otra vía para el contagio, sin embargo después de realizar el taller de ETS el 92,3 % de las y los adolescentes argumentan que la principal vía de contagio son las relaciones sexuales y un 7,7 % señala que las cuchillas de afeitarse (ver Tabla 10).

Tabla 10. Conocimiento acerca de los factores que favorecen el contagio

Categorías	Pre-Test		Post-Test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Qué es una infección de transmisión sexual				
No registraron información	1	3,8	0	0
Enfermedad que se adquiere durante el contacto sexual	24	92,3	25	96,2
Enfermedad que se adquiere por la sangre	1	3,8	1	3,8
Total	26	100	26	100
Cuáles son los factores que favorecen el contagio				
Teniendo relaciones sexuales con más de 1 persona a la vez del mismo sexo	11	42,3	0	0
Teniendo relaciones sexuales con varones y hembras	1	3,8	0	0
Teniendo relaciones sexuales hombre-mujer, mujer-hombre con varios a la vez	1	3,8	0	0
No usando preservativo en las relaciones sexuales con desconocidos	5	19,2	5	19,2
No usando preservativo en las relaciones sexuales por encuentros ocasionales	2	7,7	21	80,8
Otros	1	3,8	0	0
No sé	5	19,2	0	0
Total	26	100,0	26	100
Para ti cuáles serían las consecuencias de una infección de transmisión sexual no tratada				
Enfermedad del corazón	3	11,5	0	0
Abortar	2	7,7	0	0
Otras	0	0	1	3,8
No sé	4	15,4	0	0
Embarazo ectópico	5	19,2	0	0
Infertilidad en el hombre	1	3,8	3	11,5
Infertilidad en la mujer			5	19,2
Cáncer de los genitales	8	30,8	17	65,4
Se estrecha el orificio de la salida de orina	1	3,8	0	0
Muerte	2	7,7	0	0
Total	26	100,0	26	100,0

Categorías	Pre-Test		Post-Test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cuáles son las vías de transmisión del SIDA/VIH				
Relaciones sexuales	23	88,5	24	92,3
Saliva	1	3,8	0	0
Convivir con enfermos de sida	2	7,7	0	0
Cuchilla de afeitarse	0	0	2	7,7
Total	26	100	26	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Los tipos de ITS que son contagiosas durante el pre-test fueron en un 26,9 % el VIH, diabetes 7,7 %, 15,4 % la gonorrea sin embargo después del programa un 30,8 % consideró que el VIH, 26,9 % las ladillas y un 15,4 % afirma que la gonorrea y el herpes genital son un tipo de ETS contagiosa.

Con respecto al SIDA, el 11,5 % afirmó que es propia de homosexuales durante el pre-test, pero durante el post-test el 100% que esta es una enfermedad que puede afectar a todos por igual (ver Tabla 11).

Tabla 11. *Conocimiento Tipo de ITS*

Categoría	Pre-Test		Post-Test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tipos de Infecciones de Transmisión Sexual				
No registraron información	2	7,7	0	0
Ladillas	3	11,5	7	26,9
Herpes genitales	4	15,4	4	15,4
Condiloma	1	3,8	1	3,8
Diabetes	2	7,7	0	0
Hepatitis B	2	7,7	2	7,7
Gonorrea	4	15,4	4	15,4
VIH	7	26,9	8	30,8
No sé	1	3,8	0	0
Total	26	100,0	26	100
Con respecto al Sida qué crees que es				
Sin registro información	2	7,7	0	0
Propia de homosexuales	3	11,5	0	0

Propia bisexuales	2	7,7	0	0
Propia de heterosexuales	3	11,5	0	0
De todos por igual	11	42,3	26	100
No sé	5	19,2	0	0
Total	26	100,0	26	100

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Con la finalidad de conocer las actitudes y las prácticas sexuales de los participantes del programa se preguntó si habían tenido relaciones sexuales, durante el pre-test el 23,1 % de los adolescentes reportaron que habían tenido una experiencia sexual, en el pos-test el 26,9 %, antes de la capacitación el 11,5 % reportó que había tenido una experiencia sexual con el sexo opuesto, 7,7 % con igual sexo y un 3,8 % con ambos sexos, no se registraron cambios de comportamiento durante el pos-test (ver Tabla 12).

Tabla 12. *Prácticas sexuales en los adolescentes*

Categorías	Pre-Test		Post-Test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Has tenido relaciones sexuales				
No	20	76,9	19	73,1
Sí	6	23,1	7	26,9
Total	26	100,0	26	100,0
Con qué sexo				
No registraron información	12	46,2	2	7,7
Sexo opuesto	3	11,5	3	11,5
Igual sexo	2	7,7	2	7,7
Ambos sexos	1	3,8	1	3,8
No responde	8	30,8	18	69,2
Total	26	100,0	26	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

La edad de la primera relación sexual de los participantes antes y después del programa estuvo entre los 10 a 16 años, solo el 7,7 % reportó haber tenido otra pareja sexual después del programa.

Antes del programa el 7,7 % de los participantes reportó haber tenido más de dos parejas sexuales y después de la aplicación del programa pasó a ser

un 3,8 % de los participantes quienes manifestaron tener más de dos parejas sexuales.

En cuanto al número de parejas sexuales antes del programa los participantes (23,1 %) consideraban que tener una pareja sexual era difícil de cumplir, mientras que después de haber aplicado el programa de SSR, 69,2 % consideró que era fácil de cumplir (ver Tabla 13).

Tabla 13. *Actitudes sexuales en los adolescentes*

Categoría	Pre-Test		Post-Test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Edad de la primera relación sexual				
0	20	76,9	20	76,9
10	1	3,8	1	3,8
13	2	7,7	2	7,7
14	1	3,8	1	3,8
16	2	7,7	2	7,7
Total	26	100,0	26	100,0
Tienes otras parejas sexuales				
No registró información	7	26,9	5	19,2
No	15	57,7	17	65,4
Sí	1	3,8	2	7,7
No responde	3	11,5	2	7,7
Total	26	100,0	26	100,0
Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales				
0	19	73,1	19	73,1
1	4	15,4	5	19,2
2	1	3,8	1	3,8
3	2	7,7	1	3,8
Total	26	100,0	26	100,0
En cuanto al número de parejas sexuales si te dijeran que debes tener una, que pensarías				
No registro de información	2	7,7	0	0
Es difícil de cumplir	6	23,1	8	30,8
Fácil de cumplir	8	30,8	18	69,2
No se	10	38,5		
Total	26	100,0	26	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Durante el pre-test el 15,4 % de los participantes afirmó que sus relaciones de pareja son oro-genital, 3,8 % eran oro-anal y un 23,1 % no registro información, sin embargo después de la aplicación del programa el 73,2 % no registró información acerca del tipo de relación. En la segunda pregunta el 61,5 % de los participantes consideran que los preservativos no siempre protegen, sin embargo después del programa se registró que un 73,1 % consideró que no siempre protegen, un 26,9 % de los participantes nunca usaban preservativos antes del programa, después solo el 7,7 % afirmó que nunca los utilizaba, antes del programa solo el 38,5 % de la población había recibido información acerca de los métodos anticonceptivos, después del programa el 84,6 % afirmó haber recibido información (ver Tabla 14).

Tabla 14. *Prácticas y actitudes sexuales de los adolescentes*

Categoría	Pre-Test		Post-Test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tus relaciones de pareja son				
No registró información	6	23,1	20	73,2 %
Oro-genital	4	15,4	3	11,5
Oro-anal	1	3,8	1	3,8
No sé	15	57,7	3	11,5
Extra-genital	0	0	0	0
Total	26	100	26	100
Qué criterio tienes en cuanto a la protección que ofrece el preservativo				
No registró información	4	15,4	0	0
No protege	2	7,7	2	7,7
No siempre protege	16	61,5	19	73,1
Protege	4	15,4	5	19,2
Total	26	100	26	100
Usas preservativos en tus relacionales sexuales				
0	5	19,2	0	0
Nunca	7	26,9	2	7,7
Siempre	1	3,8	4	15,4
Casi siempre	1	3,8	1	3,8
No responde	12	46,2	19	73,1
Total	26	100,0	26	100,0

Categoría	Pre-Test		Post-Test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Te han explicado cómo debes usar los diferentes métodos anticonceptivos				
0	5	19,2	0	0
No	9	34,6	3	11,5
Sí	10	38,5	22	84,6
no responde	2	7,7	1	3,8

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Durante el pre-test el género femenino recordaba la edad de su primera menstruación, la cual estuvo entre los 9 a 14 años, solo 5 adolescentes no habían tenido esta experiencia antes y después del programa, sin embargo los hombres no recordaron la primera emisión de semen antes y después de ser evaluados.

Tabla 15. *Relación sexo-edad de la menstruación/emisión de semen del hombre*

		Edad							Total
		0	9	10	11	12	13	14	
Sexo	F	5	1	2	5	7	1	1	22
	M	3	0	0	0	0	1	0	4
Total		8	1	2	5	7	2	1	26

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Durante el pre-test y post-test el 65,4 % de los adolescentes participantes del programa viven con ambos padres, antes de participar en el programa 50 % de la población recibía información en la escuela, solo un 7,7 % la recibía por parte de los padres y la televisión, sin embargo después del programa educativo el 88,5 % afirmó que la mayoría de la información la reciben de la escuela.

Las y los adolescentes en una mayor proporción no respondieron acerca de la calidad de la información recibida, una menor proporción señala que esta ha sido deficiente y regular, después del programa el 100 % de la población responden que la información recibida fue sistemática y buena (ver Tabla 16).

Tabla 16. *Convivencia familiar e información acerca de la SSR*

Categoría	Pre-Test		Pos-Test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Con quién vives				
No responde	1	3,8	0	0
Madres	6	23,1	7	26,9
Ambos padres	17	65,4	17	65,4
Otros	2	7,7	2	7,7
Total	26	100,0	26	100,0
Por qué vía la recibiste en el tema de SSR				
No responde	5	19,2	0	0
Escuela	13	50,0	23	88,5
Padre	2	7,7	1	3,8
Televisión	2	7,7	2	7,7
Otros	4	15,4		
Total	26	100,0	26	100,0
La calidad de la información recibida fue				
No responde	4	15,4	0	0
Deficiente	4	15,4	0	0
Regular	5	19,2	0	0
Bueno	5	19,2	26	100,0
No responde	8	30,8	0	0
Total	26	100,0	26	100

Fuente: Cuestionario de conocimiento y actitudes en Salud Sexual y Reproductiva

Durante el programa se aplicaron talleres grupales con la temática de adolescencia y derechos sexuales y reproductivos, donde se logró evidenciar que en algunos grupos el concepto de adolescencia y los cambios que se presentan en esta etapa son reconocidos, sin embargo otros asociaron esta etapa como la edad para iniciar un noviazgo. De igual manera, reconocen el cambio de pensamiento e intereses personales y sociales (ver Tablas 17 y 18).

Tabla 17. *Evaluación de los talleres grupales con los adolescentes*

Qué es la adolescencia	Evaluación Pre-Test	Evaluación Post-Test
Grupo 1	La adolescencia es el periodo de la vida del ser humano comprendido entre la aparición de la pubertad, donde se descubren nuevas cosas.	La adolescencia es una etapa por la que pasa el ser humano por la cual experimenta cambios físicos, hormonales y sociales por los cuales cambiamos nuestra manera de pensar y actuar hacia los demás.
Grupo 2	Es cuando los jóvenes empezamos a sentir nuevas cosas en nuestro cuerpo, sentimientos cambian, nuestra manera de comer, con quién andar, dónde decidimos quiénes somos y qué sentimos y qué queremos.	Es una etapa o periodo de transformación, sexual, psicológica que pasamos todas las personas.
Grupo 3	Periodo de la vida de las personas en su desarrollo, su crecimiento sexual y social.	Es la etapa que todo ser humano tiene que pasar para dejar de ser niños o jóvenes y convertirse en adultos.
Grupo 4	La adolescencia es un periodo de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, el organismo experimenta cierto crecimiento y tenemos ciertos sentimientos en contra de los padres de agresividad y rebeldía.	Para nosotros es una etapa de la vida donde empezamos a conocer el significado de las etapas de la vida, es la etapa donde más riesgo tenemos, también es la etapa donde tenemos más desorientación.
Grupo 5	Es una etapa de transformación sexual, psicológica que pasamos todas las personas.	Es la etapa que todo ser humano tiene que pasar para dejar de ser niño, para pasar a ser joven y luego convertirse en adulto.
Grupo 6.	Es una etapa donde corremos el riesgo de caer en malas amistades o coger por otro camino, el cual nos afecta mucho a través de que pasa el tiempo. Es una etapa donde corremos el riesgo de caer en la drogadicción.	La adolescencia es una etapa que todos vivimos con plenitud en la que tomamos experiencias y cambiamos entre nosotros la forma de pensar y actuar en la sociedad.

Tabla 18. *Derechos sexuales y reproductivos*

Taller Derechos sexuales y reproductivos	Pre-Test	Post-test
María es una joven que tiene 15 años, está muy enamorada de su novio amando. Un día andaba de paseo y él aprovechando que estaba solo, la empezó a besar, ella le correspondió, él le pidió la prueba de amor... que pasará con María si decide darle la prueba de amor. ¿Qué consejo le darías a María?	María debe decir que no porque ella es joven y si su novio la quiere no tiene que decir eso y María no sabe si su novio está contagiado de alguna enfermedad.	María tiene derecho a decidir si tiene o no tiene relaciones, siempre y cuando utilice métodos anticonceptivos. Elegir con quien relacionarse sexualmente.

Taller Derechos sexuales y reproductivos	Pre-Test	Post-test
<p>Cierto día Ramón junto con sus compañeros decidieron ir a buscar a Tita, ella había dejado de asistir a la escuela y nadie sabía por qué, al llegar a la casa ella les recibió y les conto que estaba embarazada, que estaba triste y no sabía qué hacer. Su novio la abandonó ¿Qué puede hacer Tita? ¿Cuáles son sus derechos?</p>	<p>Su derecho es de estudiar pero ella ahora tiene una criatura y debe de cuidar de ella.</p>	<p>Contar con información actualizada, adecuada y suficiente acerca de la reproducción.</p> <p>Tener asistencia integral para la atención del embarazo, parto y el post-parto.</p> <p>Orientarse acerca de la prevención y el tratamiento de enfermedades del aparato reproductivo e infecciones de transmisión sexual.</p>
<p>Había una vez un jovencito llamado Felipe, quien vivía con su abuela, su mamá, papá y hermano, un día decidió irse de su casa porque tenía miedo de que su familia y amigos se dieran cuenta que no gustaba de las niñas. Esperó que se hiciera de noche pero cuando ya se iba su hermano lo encontró haciendo sus maletas, él le pregunto qué le pasaba y Felipe decide contarle ¿cómo puede ayudarlo su hermano? ¿cómo reaccionara su familia cuando lo sepa? ¿cuáles son sus derechos?</p>	<p>Su hermano tiene que ayudarlo, su familia se puede decepcionar cuando lo sepa pero él tiene derecho a estudiar.</p>	<p>Él tiene derecho a elegir con quien relacionarse sexualmente.</p>
<p>Merceditas, era una joven estudiosa, aplicada, obedecía todo lo que su mamá le decía, la maestra y sus compañeros y compañeras la admiraban mucho, se habría propuesto apoyar a todas las personas que lo necesitaran. Un día iba de regreso a su casa, cuando uno de los muchacho que siempre pasaba sentado en la entrada de colonia la detuvo, no la dejaba pasar y como ella era muy bonita y a él le gustaba mucho se la llevó. Ella gritaba pero nadie la escuchó, él se disponía a abusar de ella. ¿Cómo puede Merceditas negociar o convencerlo de que no la lastime o que use condón? ¿Cuáles son sus derechos?</p>	<p>Ella no puede defenderse. Pero debe denunciar por intento de abuso.</p>	<p>No debe sufrir ningún tipo de violencia</p>

Conclusión

De este estudio se pudo inferir, que a pesar que en el 2003 el Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2007 y en este se fijaron los lineamientos nacionales de intervención en seis áreas específicas: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, y violencia doméstica y sexual, en las instituciones no la han implementado dentro de los currículos educativos, esto ha generado que los estudiantes, consulten a sus padres acerca de los temas de Salud Sexual y Reproductiva, sin embargo la información que mantienen en su mayoría es distorsionada y no es completa, esto coincide con el estudio realizado por Sánchez Meneses, Dávila Mendoza y Ponces (2015), en 120 adolescentes, donde se observó que a pesar que identificaban los métodos anticonceptivos, era necesario mejorar la calidad de información sobre su uso adecuado, se espera que una información de calidad pueda repercutir positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población.

Por otra parte, durante el proceso de preevaluación se pudo evidenciar que a pesar que los adolescentes logren identificar los tipos de ETS y así mismo los diferentes métodos anticonceptivos, tienen un alto grado de desconocimiento acerca de las consecuencias que pueden generar si no tienen un adecuado uso, de los métodos de prevención.

En el estudio se observó que aunque los estudiantes recibieran información acerca de los temas relacionados con su salud sexual y reproductiva, esto no impide que tengan experiencias sexuales, lo que coincide con la investigación desarrollada por Rengifo-Reina, Córdoba-Espinal y Serrano-Rodríguez (2012), donde afirman que si bien es cierto que los adolescentes tienen un alto conocimiento relacionado con su sexualidad, esto no evita que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan a tener una vida sexual activa.

Por otra parte, dentro de las características demográficas de la población se observó que hay una mayor proporción de mujeres en etapa de adolescencia que hombres, esto coincide con el proceso de transición demográfica, donde

actualmente existe una mayor proporción de hombres que mujeres encontrándose en las edades económicamente activas. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 presentada por el Ministerio de Salud (2015), registro una mayor proporción de adolescentes mujeres que hombres en Colombia.

Una mayor proporción de las y los adolescentes que participaron en el programa educativo presentaban conductas de riesgo que aumentaba la probabilidad de ser padres a temprana edad, debido a que la mayoría que había tenido una experiencia sexual no utilizaban métodos anticonceptivos, antes de la aplicación del programa, después de conocer las consecuencias y factores que inciden en la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual comenzaron a utilizarlo, esto coincide con lo planteado por Chofakian et al., donde plantea que considerando la edad de iniciación sexual y el tipo de escuela, el conocimiento de la anticoncepción de emergencia no fue asociado con su uso, no obstante, conocer a alguien que ya había usado el método mostró un efecto medio significativo en el uso de métodos anticonceptivos de emergencia. Parece que las conversaciones respecto al uso de la anticoncepción de emergencia en las relaciones sociales, como el grupo de parejas, tienen mayor influencia sobre la utilización del método que el propio conocimiento, situación económica o experiencia sexual.

La mayoría de los participantes identificaron los tipos de ITS y los mecanismos de transmisión, esto coincide con un estudio reportado por Montalvo (2014, p.403), al analizar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en una cohorte de adolescentes entre las edades de 14 a 16 años, se observó que el 94,7 % identificó las diferentes infecciones de transmisión sexual y el 58,3 % reconoce tres métodos anticonceptivos o más.

Finalmente, se puede constatar que los programas de salud sexual y reproductiva promueven la sexualidad saludable en los adolescentes y disminuyen las conductas de riesgo que se presentan en esta etapa de la vida. Sin embargo, es menester que los profesionales de salud abarquen con mayor profundidad esta área, en este sentido es necesario promover conductas saludables desde la adolescencia con la finalidad que estas se proyecten en un adulto saludable.

Referencias

- Almeida Peribañez, C. (2013). *Educación sexual con perspectiva de género, una propuesta metodológica de intervención educativa con jóvenes inmigrantes*. (Tesis de Maestría). Universidad de Valladolid, Valladolid, España. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4340/1/TFG-G%20460.pdf>
- Arcila Rivera, A.P. (2002). *Educación sexual*. Manizales, Colombia: Universidad de Caldas.
- Armando Alonzo, D. (2013). *Un acto de fé: Comunicación social para la promoción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en Colombia: Historia de la educación de la salud sexual en Colombia*. (Tesis de grado para optar el título de Comunicador Social y Periodista). Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá. Recuperado de: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/14704/1/AlonzoCristanchoDavidArmando2013.pdf>
- Azzollini, S., Di Iorio, J., Seidmann, S. & Rolando, S. (2014). Cuanto más sepan ¿mejor? Escuela y Salud Sexual y Reproductiva. *Revista Diálogo Educativo*, 14, 569-584. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189131701013>
- Banco Mundial. (2016). Adolescent Fertility Rate. Recuperado de: https://www.google.com/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&ctype=b&strail=false&bcs=d&nselm=s&met_x=sp_dyn_le00_in&scale_x=lin&ind_x=false&met_y=sp_dyn_tfirt_in&scale_y=lin&ind_y=false&met_s=sp_pop_totl&scale_s=lin&ind_s=false&dimp_c=country:region&ifdim=country&tunit=Y&pit=1199145600000&hl=en&dl=en&iconSize=0.5&icfg#!ctype=l&strail=false&bcs=d&nselm=h&met_y=sp_ado_tfirt&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=region&idim=region:LCN&ifdim=region&tdim=true&tstart=-294606000000&tend=746773200000&hl=en_US&dl=en&ind=false
- Becher, J., Garcia, J., Kaplan, D., Gil AR, L. & Main, D. (1999). Reproductive health risk behavior survey of Colombian high school students. *J Adolescent Health*, 24, 220-5.

- Benavides, A. (2009). El consentimiento informado en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. *Rev Per Ginecol Obstet*, 55, 248-255 Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A06V55N4.pdf
- Bentacur, M., Villamizar, R. & Torres Montero, L. (2015). Salud sexual y reproductiva en adolescentes: La fragilidad de la autonomía. *Rev hac promoción de la Salud*, 21(1), 52-62. Recuperado de: <http://www.scie-lo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a05.pdf>
- Borrajó, E., Gámez, G. & Calvete, E. (2015). Justification beliefs of violence, myths about love and cyber dating abuse. *Psicothema (Oviedo)*, 27(4), 327-333. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-144351>.
- Cabral Farias, A.C., Santos Araujos, V., Silva Braga, L., Abrantes Cordeiros, CA., Nascimento de Moraes, M. & Djair Dias, M. (2015). Percepción del embarazo en las adolescentes embarazadas. *Journal of research fundamental care online*, 7(2), 2526-2536.
- Casas, L., Dides, C. & Isla, P. (2002). “Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva”. Recuperado de <http://www.congresoderechosreproductivos.com/html/materiales/2011/generales/Confidencialidad%20de%20la%20Informaci%20BEn%20y%20Consentimiento%20Informado%20en%20SSyRR.pdf>
- Castellanos, E. & Soriano, I. (2010). Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (5), 89-108 Recuperado de <http://revpubli.unileon.es/index.php/cuestionesdegenero/article/view-File/3782/2658>
- Castillo, M., Meneses, M., Silva, J., Navarrete, P. & Campo, A. (2003). Prevalencia de relaciones sexuales en adolescente estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia. *Medunab*, 26, 16-23.
- Cecchetto, F., Oliveira, Q., Njaine, K. & Minayo, M.. (2016). Violências percebidas por homens adolescentes na interação afetivo-sexual em dez cidades brasileiras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), 853-864. Epub June 28, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0082>

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2013). *Embarazo adolescente, alerta temprana de la desigualdad*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/articulos/embarazo-adolescente-alerta-temprana-de-la-desigualdad>
- Congreso de la República de Colombia (1991). *Constitución Política de Colombia. Derechos sexuales y reproductivos*. Bogotá D.C. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=40126>
- Congreso de la República de Colombia (1993). *Ley 100 de 1993: Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>
- Corte Constitucional República de Colombia (1992). *Sentencia N° T-440/92*. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-440-92.htm>
- Cortés, A., García, R., Fullerat, R. & Fuentes, J. (2000). Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. *Rev Cubana Med Trop.*, 52(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602000000100009
- Cortés-Ayala, L., Flores Galaz, M., Bringas Molleda, C., Rodríguez-Franco, L., López-Cepero Borrego, J. & Rodríguez Díaz, F. (2015). Relación de maltrato en el noviazgo de jóvenes mexicanos: Análisis diferencial por sexo y nivel de estudios. *Terapia psicológica*, 33(1), 5-12. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000100001>
- Chofakian, C., Borges do Nascimento, B., Vilela, A., Fujimori, E. & Komura, L. (2014). Conhecimento sobre anticoncepção de emergência entre adolescentes do Ensino Médio de escolas públicas e privadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(7), 1525-1536. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149413>
- Da Silva Soares, M.C., Dourado de Souza, V.C., Araujo Costa, P.F., De Aquino Sarmento, Andrade Guerra, J.C. & Vital Freire, V.T. (2014). Conhecimento masculino sobre métodos contraceptivos. *Rev Bras Promoç Saúde*, 27(2), 232-238.

- Davoren, MP., Hayes, K., Horgan, M. & Shiely, F. (2014). Sexually Transmitted infection incidence among adolescent in Ireland. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 40, 276-282. Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4174011/pdf/jfprhc-2013-100596.pdf>
- De Sanctis, Soliman, A.T., Elsedfy, H., Soliman, R. & El Kholly, M. (2017). Dysmenorrhea in adolescents and Young adults: a review in different Country. *Acta Biomed*, 16(87), 223-246. Link https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&Cmd=Retrieve&list_uids=28112688&dopt=abstractplus
- Dean, J., Mitchell, M., Stewart, D. & Debattista, J. (2017). Sexual Health Knowledge and behaviour of Young Sudanese Queenslanders: A cross-sectional study. *Sex Health*, Doi: 10.1071/SH16171. Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&Cmd=Retrieve&list_uids=28104040&dopt=abstractplus
- Díaz, L., Torrente, M. & Ramírez, E. (2011). Perfil epidemiológico de la salud sexual y reproductiva de un grupo de adolescentes escolarizados: una perspectiva desde los derechos. Bello Colombia. *MedUNAB*, 14(1), 15-25. Recuperado de: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=viewArticle&path%5B%5D=1374>
- DiClemente, R., Wingood, G., Sales, R., Lang, D., Caliendo, A., Hardin, J. & Crosby, R. (2009). Efficacy of sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus sexual risk-reduction intervention for African American adolescent females seeking sexual health services: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 163(12), 1112-1121. Recuperado de: <http://jamanetwork.com/journals/jamapeditrics/fullarticle/382495>
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015). Recuperado de: <http://pro-familia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (2010). Recuperado de: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf>
- Estupiñán, M. (2009). *Análisis de las propuestas de educación sexual y construcción de ciudadanía existentes en Colombia desde una perspectiva de Género*. Santiago: Universidad de Chile.

- Figuerido Coelho, M.M., Martis Torres, R.A., Lima Miranda, K.C., Leite Cabral, R. & Oliveira, Q. (2012). *Cienc Ciud Saude*, 11(2), 390-395. Recuperado de: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v11n2/22.pdf>
- Flórez, C.E. & Soto, V.E. (2013). *Factores protectores y riesgo del embarazo adolescente en Colombia*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/5%20-%20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) (2011). *Estado Mundial de la Infancia y la adolescencia: Una época de oportunidades*. Recuperado de: https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf. Consultado: 28 de marzo del 2016.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) & Federación Latinoamericana de Sociedad de Obstetricia y Ginecología (FLASOG): Comité de derechos sexuales y reproductivos (2011). *El embarazo en adolescentes menores de 15 años de América Latina y el Caribe*. Recuperado: <http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/FLASOG%20E1%20embarazo%20adolescente%20en%20menores%20de%2015%20a%C3%B1os%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribfe.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2014). *Embarazo en adolescente*. Recuperado de: <http://www.unfpa.org/es/embarazo-adolescente>. Recuperado 30 de noviembre del 2016.
- Galdós Silva, S. (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 455-460. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36329476014>
- García, E.R., Romero Muñoz, N., Gaquín Ramírez, K. & Hernández Mérida, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229. Recuperado en 25 de enero de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es&tlng=es

- García, P.J., Bayer, A. & Cárcamo, C. (2014). The Changing Face of HIV in Latin America and Caribbean. *Curr HIV/AIDS Rep*, 11(2), 146-157. Link: Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4136548/pdf/nihms595593.pdf>
- Germain, A., Sen, G., Garcia Moreno, C. & Mrindula, S. (2014). Advancing sexual and reproductive health and rights in low – and middle income countries: implications for the post 2015 global development agenda. *Global public Health*, 10(2), 137-148. Recuperado de: <file:///C:/Users/DELL-PC/Downloads/advancing%20sexual%20and%20reproductive%20health%202015.pdf>
- Godoy, C., Ferraz, R., Salles, S., Salomé, S. & Fonseca, K. (2014). O adolescer a sexualidade: O conhecimento sobre o proprio corpo. *Revista Baiana de Saude Pública*, 38(2), 370-386.
- González, E., Molina, T. & Luttgés, C. (2015). Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 80(1), 24-32. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000100004>
- González, M., Vázquez Fernández, M.E., Urturi Fierro, A., Muñoz Moreno, M.F., Rodríguez Molinero, L. & González, H. (2015) Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. *Pediatría Atención Primaria*, XVII(67), 217-225 Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3666/366641641003.pdf>
- Grajales, I. & Cardona, D. (2012). *Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva*. 30(1), 77-85. Recuperado de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/8740/10886>
- Gran Álvarez, M. (2006). La salud sexual y reproductiva. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32. Recuperado de <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=21432101>
- Huerta, P. (2005). Conceptualizaciones que los alumnos de la preparatoria N° 55 tienen sobre la salud sexual y acciones que ejerce al cuidarla. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 11(2), 223-254.

- Lara, F. & Heras, D. (2008). Conocimientos e creencias sobre sexualidad en la primera etapa de la adolescencia. Datos obtenidos en una muestra de 2º y 3º de eso de Burgos. *Revista de Psicología*, (1), 249-258. Recuperado de http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen1/INFAD_010120_249-258.pdf
- Ley 26.150 (2006). Recuperado de: <https://docs.google.com/document/d/1-V7CTKQk9IH3grSi83Ohg2i1qEO5ZdYgub2CW2e8vmg/edit>
- Mason Jones, A., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hilman, A. & Lombard, C. (2016). School based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and Pregnancy in adolescents. *Cochrane Library*, 11(1), 4-97. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006417.pub3/epdf>
- Mendoza, L.A., Arias, M. & Mendoza, L.I. (2012). Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(5), 375-382. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500008>
- Meza Arguedas, V. (2016). Mediación pedagógica en salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos dirigida a adolescentes. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (31), 1-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44846315004>
- Ministerio de Defensa Nacional-Fondo de Población de las Naciones Unidas (2007). *Módulo pedagógico para formadores en Salud Sexual y Reproductiva, con enfoque de derecho y género*. Bogotá.
- Ministerio de Educación Nacional (MEN) (1995). *Hacia una nueva educación sexual en la escuela: I. Aspectos generales*. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional.
- Ministerio de Educación Nacional-Fondo de las Naciones Unidas (2003). *Política Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía*. Recuperado de: http://www.colombiaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172204_recurso_1.pdf
- Ministerio de Protección Social (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>

- Ministerio de Salud (2011). *Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH Colombia 2009-2011*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf
- Ministerio de Salud (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2015*. Recuperado de: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
- Ministerio de Salud-Fondo Nacional de las Naciones Unidas-Profamilia (2012). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos sexuales y Derechos reproductivos 2012-2021*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>
- Montalvo Millán, A.E. (2014). Comportamientos y conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Correo Científico Médico*, 18(3), 403-414. Recuperado en 23 de enero de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300003&lng=es&tlng=es
- Moreno, S., León, M. & Becerra, L. (2006). Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a la educación sexual en adolescentes escolarizados. *Revista Espacio Abierto*, 15(4), 787-803. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12215405>
- Morris, J.L. & Rushwan, H. (2015). Adolescent sexual and reproductive Health: The Global Challenges. *Journal FIGO*, 131, 40-42.
- OMS (1975). Organización Mundial de la Salud. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Serie de informes Técnicos 572. Ginebra:
- OMS (2006). *Constitución de la organización mundial de la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS (2015). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

- OMS (2016). *Planificación Familiar*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>. Consultado 12 del diciembre del 2016.
- OMS (2017). *Sexual Health*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- OMS (s.f). *Comprender y abordar la violencia contra la mujer: Violencia sexual*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?ua=1
- Orengo-Aguayo, R.E. & Pérez-Jiménez, D. (2012). Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 48-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233228917004>
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Epidemiología de la salud de los adolescentes*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/. Consultado 24 de noviembre de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (2014a). *Embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>. Consultado: 28 de septiembre de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (2014b). *Anticoncepción de emergencia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>. Consultado: 12 de diciembre de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Desarrollo de la adolescencia*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/. Consultado: 20 julio de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe técnico de instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de los profesionales de la salud*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38329/1/WHO_TRS_572_spa.pdf
- Organización Mundial de Salud (2010). *Estadística sanitarias mundiales: Carga de enfermedad por VIH*. Recuperado de: <http://www.who.int/>

- whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf. Consultado el 24 de mayo de 2016.
- Ospina Medina, L., Álvarez, Á., Cadavid, Á. & Cardona Maya, W. (2012). ¿Qué saben los hombres del Valle de Aburrá acerca de la salud reproductiva? *Iatreia*, 25(2), 120-126. Retrieved January 24, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932012000200004&lng=en&tlng=es.
- Pardo Torres, M., Santacruz Pardo, K., Ramos Anacona, Y. & Arango Martínez, C. (2010). Conceptos claves en un programa educativo. *Avances en Enfermería*, 28(E), 109-119. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21454/22449>
- Peláez Mendoza, J.O. (2011). Importancia del conocimiento y promoción de la anticoncepción de emergencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(3), 399-408. Recuperado en 24 de enero de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300012&lng=es&tlng=es
- Pineda Pérez, S. & Aliño Santiago, M. (S.f). *El concepto de adolescencia*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf. Consultado de: 25 de marzo de 2016.
- Pineda, S. & Aliño, M. (2002). *El concepto de adolescencia*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf consultado de: 25 de Marzo del 2016.
- Profamilia (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010. Recuperado de: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%202010.pdf>
- Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23, 201-220. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323310>
- Rengifo Reina, H., Córdoba Espinal, A. & Serrano Rodríguez, M. (2012). Conocimiento y prácticas en Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Rev. Salud. Pública*, 14(4), 558-569. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n4/v14n4a02.pdf>

- Resolución 8430 (1993) Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Rivera-Rivera, L., Allen, B., Rodríguez-Ortega, G., Chávez-Ayala, R. & Lazcano-Ponce, E. (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública de México*, 48(Suppl. 2), s288-s296. <https://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342006000800009>
- Rivero Alejo, M.A. (2000). *Sexualidad en niños y adolescentes: de lo tradicional en sexualidad al concepto moderno del afecto*. Bogotá: Mezanecs.
- Rosabal García, E., Romero Muñoz, N., Gaquín Ramírez, K. & Hernández Mérida, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229. Recuperado en 25 de enero de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es&tlng=es.
- Ruiz Berreta, I., Clápis, V.C., Oliveira Neto, L.A., Freitas Aparecida, M., Gisselle, D., Ruggiero, M.S. & Baltor, M.R. (2011). La contextualización del embarazo en adolescencia en un hospital de maternidad en Sao Carlos/SP. *Revista Electrónica de Enfermería*, 13(1), 90-8.
- Saldivia, C. & Vizcarra, B. (2012). Consumo de Drogas y Violencia en el Noviazgo en Estudiantes Universitarios del Sur de Chile. *Terapia psicológica*, 30(2), 43-49. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200004>
- Sanchez-Meneses, M., Dávila Mendoza, R. & Ponces Rosas, E. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Rev Aten Fam*, 22(2), 35-38. Recuperado de: http://ac.els-cdn.com/S140588711630044X/1-s2.0-S140588711630044X-main.pdf?_tid=411d3de6-e4ab-11e6-8b4f-00000aab0f27&acdnt=1485533666_cd51951b7ec48996014bfab2a58eef5
- Santos Cruz, M.L., Freimanis Hance, L., Korelitz, J., Aguilar, A., Byrne, J. & Serchuck, L.K. (2011). Characteristics of HIV infected adolescents in Latin America: results from the NISDI pediatric study. *J Trop Pediatr*, 57(3), 165-72.

- Satterwhite, C., Turrón, E., Meites, E., Dunne, EF., Mahajan, R., Ocfemia, MC., Do, J., Xu, F. & Weinstock, H. (2008). Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates. *Sex Transm Dis*, 40(3), 187-193. Link <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23403598>.
- Secretaría de la Mujer (2014). Recuperado http://www.atlantico.gov.co/images/stories/informe_gestion/2014/informe_de_gestion_2014.pdf
- Segura Cardona, A.M. (2003). *Diseño Cuasiexperimental*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/renacip/disenos_cuasiexperimentales.pdf
- Shiely, F., Hayes, K. & Horgan, M. (2014). Comparison of Risk factor for prevalent sexually transmitted infections base don attendees at two genitourinary medicine clinis in ireland. *International Journal of STD & AIDS*, 25(1), 29-39. Link: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0956462413491732>
- Tamayo Acevedo, L.S., López, I.M., Villegas, A., Agudelo, C., Arrubla, M. & Muñoz Tamayo, J.F. (2011). Determinantes de salud sexual e ITS en adolescentes rurales, escolarizados, Medellín, Colombia, 2008. *Revista de salud Pública de Medellin*, 5, 7-23. Recuperado de: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%20A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20Vol.%205%20N%C2%B0%201/1.%20Determinantes%20de%20salud%20sexual.pdf>
- Thomazini, I.F., Wysocki, A.D., Da Cunha, M.C., Da Silva, S. & Torreglosa, R.M. (2016). Factores de riesgo relacionados con el trabajo de parto Prematuro en adolescentes embarazadas: Revisión integradora de la literatura. *Rev Enfermería Global*, 44, 416-427. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/236961/198121>.
- Trabbold, V., Caleiro, R., Cunha, C. & Guerra, A. (2016). Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), 74-83. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v28n1p074>
- UNFPA (2005). *Sistematización de proyectos UNFPA sobre Salud Sexual y re-productiva de Adolescentes y Jóvenes*. Recuperado de: <http://lac.unfpa>.

- org/sites/default/files/pub-pdf/sistematizacion_adolesc.pdf
- UNFPA (2015). *Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
- UNFPA (2016). *Sistematización del proyecto UNFPA sobre salud sexual y reproductiva*. Recuperado de: http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/sistematizacion_adolesc.pdf.
- Unicef (2014). *Hechos sobre adolescencia y jóvenes en América Latina y el Caribe: Embarazo en adolescentes*. Recuperado de: [https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf). Consultado de: 29 de noviembre del 2016.
- Vargas, É. (2009). Bases de la diferenciación sexual y aspectos éticos de los estados intersexuales. *Rev. Reflexiones*, 92(1), 141-157, Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/8756/8250>

ANEXO

INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE, EPIDEMIOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA DEPARTAMENTO DE SALUD ESCOLAR CUESTIONARIO-INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. VIH/SIDA

Encuesta No. _____

Municipio Cod. _____

Provincia Cod. _____

SECCIÓN I

1. Edad: _____

2. Sexo:

Masculino

Femenino

3. Color de la piel:

Blanco

Negro

Mestizo

Amarillo

4. Estado civil:

1) Casado(a)

2) Unido(a)

3) Soltero(a)

4) Divorciado(a)

5) Viudo(a)

5.

a) Cuántas personas (incluyéndote) viven en la casa:

b) Cuántas habitaciones tiene la casa incluyendo la sala y el comedor:

c) Razón A/B $1 = 4$ $2 = 3$

d) Cuántas habitaciones si no tiene sala y comedor:

e) Razón A/D $1 = 3$ $2 = 2$

6. Total de ingresos per cápita:

	< de \$25	0
A. Entrada total de pesos:	\$ 26 a \$ 50	1
B. Entrada total en MLC:	\$ 51 a \$ 100	2
C. Número de personas:	\$ 101 y +	3
D. No sabe	No sabe	9

7. Enseñanza que cursa

- 1) Primaria ()
- 2) Secundaria Básica ()
- 3) Preuniversitario ()
- 4) Tecnológico ()
- 5) Esc. de Oficio ()
- 6) Universitario ()
- 7) Otra ()
- 8) No estudia ()

8. Ocupación de los padres:

A. Madre () B. Padre ()

- 1) Ama de casa
- 2) Dirigente
- 3) Profesional
- 4) Obrero
- 5) Trabajador por cuenta propia
- 6) Técnico
- 7) No trabaja
- 8) Jubilado
- 9) Trabajador de servicio
- 10) Obrero agrícola
- 11) Administrativo
- 12) Fallecido
- 13) No sabe
- 14) Otra

9. Escolaridad de los padres

A. Madre () B. Padre ()

- 1) Analfabeto
- 2) Primaria incompleta
- 3) Primaria completa
- 4) Secundaria Básica completa
- 5) Secundaria Básica incompleta
- 6) Preuniversitario completo
- 7) Preuniversitario incompleto
- 8) Universitario
- 9) No sabe

SECCIÓN II

10. Cómo se evita una enfermedad de transmisión sexual (puede marcar más de una respuesta)

- 1) No tener relaciones sexuales
- 2) No sentándose en baños desconocidos
- 3) Pareja estable
- 4) Vacunándose
- 5) Bañarse o lavarse después de tener relaciones sexuales
- 6) Usando preservativo
- 7) No sabe
- 8) Tomando pastillas anticonceptivas
- 9) Teniendo relaciones sexuales
- 10) Seleccionando la pareja
- 11) No sabe
- 12) Otra cualquiera

11. Qué crees de las enfermedades de transmisión sexual en cuanto a su contagiosidad o si se pega o no:

- 1) Son contagiosas siempre
- 2) Son contagiosas a veces
- 3) No son contagiosas
- 4) No sabe

12. Qué connotación das a las enfermedades de transmisión sexual (puedes dar más de una respuesta)

- 1) Enfermedad vergonzosa, inmoral
- 2) Enfermedad de mal ambiente
- 3) Enfermedad como otra cualquiera

13. Qué es una enfermedad de transmisión sexual. VIH/SIDA (puedes dar más de una respuesta)

- 1) Enfermedad que se adquiere por el contacto sexual
- 2) Enfermedad que se adquiere por el aire

- 3) Enfermedad que se adquiere por agujas de inyectar
- 4) Instrumentos médicos contaminados
- 5) Enfermedad que se adquiere por la sangre
(transfusiones de sangre de enfermo)
- 6) No sé

14. Cuáles son los factores que favorecen el contagio (puedes dar más de una respuesta)

- 1) Teniendo relaciones sexuales con más de 1 persona a la vez
del mismo sexo
- 2) Teniendo relaciones sexuales con varones y hembras
- 3) Teniendo relaciones sexuales hombre-mujer, mujer-hombre
con varios a la vez
- 4) Teniendo relaciones sexuales con personas que casi nunca ves
- 5) Teniendo relaciones sexuales con extranjeros
- 6) No usando preservativos en las relaciones sexuales
con desconocidos
- 7) No usando preservativo en las relaciones sexuales
por encuentros ocasionales
- 8) Otros
- 9) No sé

15. Para ti cuáles serían las consecuencias de una enfermedad de transmisión sexual no tratada (puedes dar más de una respuesta)

- 1) Enfermarse del corazón
- 2) Embarazos ectópicos (fuera del útero)
- 3) Infertilidad en el hombre (no poder tener hijos)
- 4) Infertilidad en la mujer (no poder tener hijos)
- 5) Nacer antes de tiempo (prematuro)
- 6) Cáncer de los genitales (masculino y femenino)
- 7) Se estrecha el orificio de la salida de la orina (estrechez uretral)
- 8) Muerte
- 9) Nacer con bajo peso

- 10) Abortar
- 11) Inflamación pélvica
- 12) Otra
- 13) Ninguna
- 14) No sé

16. Cuáles son las vías para transmitir el SIDA (puedes dar más de una respuesta)

- 1) Relaciones sexuales
- 2) Jeringuillas contaminadas
- 3) Sangre (o hemoderivados)
- 4) Madre al feto
- 5) Sudor
- 6) Saliva
- 7) Beso
- 8) Convivir con enfermos de SIDA
- 9) A través de cuchillas de afeitarse
- 10) Otros

17. Dime de estas enfermedades cuáles son o pueden ser transmitidas por contacto sexual o físico (puedes dar más de una respuesta)

- 1) Ladillas o pediculosis pubis
- 2) Herpes genital
- 3) Condiloma o verrugas genitales o anales
- 4) Diabetes
- 5) Hepatitis B
- 6) Escabiosis
- 7) Gonorrea
- 8) Mononucleosis infecciosa
- 9) Giardias, amebas
- 10) VIH/SIDA
- 11) Gastritis
- 12) Sífilis
- 13) Trichomonas

- 14) Monilias
- 15) Inflamación pélvica
- 16) Uretritis no gonocócica
- 17) Embarazo ectópico
- 18) Linfogramuloma venéreo
- 19) Chancro blando
- 20) No sé

18. Con respecto al SIDA, crees que es (puedes dar una respuesta)

- 1) Propia de homosexuales
- 2) Propia de bisexuales
- 3) Propia de heterosexuales
- 4) De todos por igual
- 5) No sé

SECCIÓN III

19.

a) Has tenido relaciones sexuales

- 1) No
- 2) Sí
- 3) No responde

b) Con que sexo:

- 1) Sexo opuesto
- 2) Igual sexo
- 3) Ambos sexos

20. A qué edad tuviste la primera relación sexual: _____

21. Tienes otra u otras parejas sexuales:

- 1) No
- 2) Sí
- 3) No responde

22. Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales en el último año: ()

No he tenido: ()

23. En cuanto al número de parejas sexuales si te dijeran que debes tener una, qué pensarías:

1) Es difícil de cumplir ()

2) Es fácil de cumplir ()

3) No sé ()

24. Qué criterios tienes en cuanto a la protección que ofrece el preservativo de las enfermedades que se transmiten por contacto sexual

1) No protege ()

2) No siempre protege ()

3) Protege ()

4) No sé ()

25. Tus relaciones sexuales son: (puedes dar más de una respuesta)

1) Orogenital ()

2) Oroanal ()

3) Genitoanal ()

4) Genitooral ()

5) Coito homosexual femenino ()

6) Coito homosexual masculino ()

7) Extragenital ()

8) No sé ()

26. Usas preservativo en tus relaciones sexuales con desconocidos, extranjeros o conocidos que ves en ocasiones

a) 1. Nunca () 2. Siempre () 3. Casi siempre () 4. No responde ()

b) Te han explicado cómo debes usar el preservativo

1. No () 2. Sí () 3. No responde ()

SECCIÓN IV

27. Has padecido o padeces de algunas de estas enfermedades

	1. Padecido	2. Padece
1) Ladilla o pediculosis pubis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Herpes genital o anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Condilomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Sarna o sarcoptes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Infección vaginal por trichomonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Infección uretral por trichomonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Infección por monilias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Gardnerella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Mononucleosis infecciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Giardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Amebas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Inflamación pélvica por infección vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Uretritis no gonocócica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Tu pareja sexual padeció o padece una de estas enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) No he presentado ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Otra ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) No sabe		

28. Has presentado algunas de estas manifestaciones clínicas asociadas con las enfermedades de transmisión sexual

1) Vaginitis	<input type="checkbox"/>
2) Uretritis	<input type="checkbox"/>
3) Infección urinaria a repetición	<input type="checkbox"/>
4) Embarazo ectópico	<input type="checkbox"/>

29. Si has presentado alguna enfermedad de transmisión sexual ¿has tenido tratamiento? ()

1. No 2. Sí 3. No responde

SECCIÓN V

30. Has sido víctima de:

1. No () 2. Sí () 3. No responde ()

1) Abuso sexual lascivo

a) Tocamientos sexuales no deseados e impuestos a la fuerza

b) Tocamientos sexuales durante la infancia por adultos (<12 años)

c) Relaciones sexuales <12 años

d) Relaciones sexuales impuestas por la fuerza o la amenaza (=chantaje)
después de los 12 años

2) Violación ()

3) Pederastia (violación en el hombre) ()

4) Incesto (violaciones sexuales con padres u otros descendientes) ()

5) Estupro (relaciones sexuales >12 y <17 años) para el sexo femenino ()

31. Has tenido o tienes tratamiento psiquiátrico o psicológico:

1) Psiquiátrico ()

2) Psicológico ()

3) No ()

4) No responde ()

32. Has tenido embarazo anterior o actual ()

- 1) No 2) Sí 3) No responde

33. Si ha habido embarazos anteriores ¿Cuántos? _____

34. Te has realizado regulaciones menstruales ()

- 1) No 2) Sí 3) No responde

35. Abortos anteriores: ()

- 1) No 2) Sí 3) No responde

a) Interrupción de la gestación

b) Aborto por otra naturaleza (aborto inducido)

1) Espontáneo

2) Por indicación médica

3) Por otra

1. No () 2. Sí () 3. No responde ()

36. A qué edad tuviste la menstruación: () No sabe ()

37. A qué edad tuviste emisión de semen o primera eyaculación o te masturbaste: () No sabe ()

38. Con quién vives: ()

1) Madre

2) Padre

3) Ambos padres

4) Solo(a)

5) Con su pareja

6) Otros

39. Recibiste información sexual: ()

1) No 2) Sí

40. Por que vía la recibiste

1. Escuela ()

2. Padres ()

3. Amigos ()

4. Médico ()

5. Televisión ()

6. Otro ()

41. Cómo consideras que ha sido la información recibida sobre estos aspectos relacionados con la sexualidad:

1. Deficiente o nulo ()

2. Rara vez o regular ()

3. Sistemático o bueno ()

4. No responde ()

42. Se les ha hablado en la escuela sobre enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA: ()

1) No 2) Sí 3) No responde

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

(Resolución 8430 de octubre 4 de 1993)

Título del Proyecto: Programa de educación en salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes que asisten a instituciones educativas públicas de los municipios de Soledad, Malambo y Sabanalarga en el departamento del Atlántico.

Investigador principal: Yolanda Morales

Joven Investigador Colciencias: Rosa Isabel Fonseca Angulo

Grupo de investigación: Estudios de Género, Familias y Sociedad, categoría A Colciencias.

Entidad Patrocinadora: Colciencias - Universidad Simón Bolívar - Gobernación del Atlántico.

Señor padre de familia, Yo soy Rosa Isabel Fonseca Angulo, trabajo para el Instituto de Investigación e Innovación Social de la Universidad Simón Bolívar en el Grupo Estudios de Género, Familias y Sociedad y estamos investigando acerca de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes entre las edades de 10 a 19 años, por lo tanto estamos invitándolo a participar a su hijo y usted en un proyecto de investigación titulado: Programa educativo en Salud Sexual y Reproductiva, su Institución ha sido seleccionada para participar, sin embargo es usted quien decide si acepta participar o no. No es necesario decidir hoy si participa o no en esta investigación, puede hablarlo y consultarlo con su pareja o grupo familiar, puede que existan algunas preguntas que no entienda, en este caso puede consultarme y estaré dispuesta a resolver sus dudas e inquietudes. Usted tiene toda la libertad para preguntar sobre cualquier punto que no le sea claro, de tal forma que pueda establecer si permite la participación o no de su hijo en este proyecto de investigación. En caso de aceptar, deberá firmar la carta adjunta, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Objetivo del Estudio. El objetivo de la investigación es identificar los efectos del Programa de Educación en Salud Sexual y Reproductiva dirigida

a instituciones educativas públicas de los municipios de Soledad, Malambo y Sabanalarga en el departamento del Atlántico.

Justificación. Los y las adolescentes presentan etapas de cambio en su cuerpo y comienzan a tener comportamientos y actitudes diferentes que cuando eran niños, por esta razón en la escuela debe haber orientaciones que los ayuden a tomar decisiones adecuadas frente a su salud sexual y reproductiva, actualmente en el departamento del Atlántico, una gran cantidad de adolescentes menores de edad han tenido embarazos a temprana edad, y han presentando embarazos a repetición, abortos clandestinos, infecciones de transmisión sexual y Sida.

Estas situaciones afectan su vida debido a que tendrán dificultades para su desarrollo personal convirtiéndose en un gran problema de salud, esta situación sucede debido a que no se toman las medidas de educación en las escuelas y de igual forma no se dan las debidas orientaciones por parte de los profesionales de la salud. Existe una nueva forma para afrontar este tipo de problemas y es dar orientaciones educativas desde las escuelas para que los y las adolescentes no tengan este tipo de comportamiento y actitudes en su vida, esta es la razón por la que hacemos este estudio.

Este proyecto es relevante para los adolescentes debido a que proporciona temáticas que les permitirá en su proyecto de vida tomar decisiones saludables, igualmente es un mecanismo de prevención para los embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y conductas de riesgo que afecten la salud sexual de los adolescentes.

Procedimientos. En caso de aceptar que su hijo participe en el estudio, el Programa Educativo en Salud Sexual y Reproductiva ha sido aplicado anteriormente en población adolescente en otras ciudades del país tales como. Bogotá, Medellín y Bucaramanga. En Suramérica fue aplicado en países como Chile, Argentina y Venezuela, estos han presentado problemas similares en la población adolescente.

El Programa Educativo en Salud Sexual y Reproductiva se dividirá en tres fases, la primera de estas corresponde a la aplicación de un cuestionario donde el adolescente deberá responder unas preguntas correspondientes a los conocimientos que tiene acerca de su salud sexual y reproductiva, estas serán acordes al género y la edad del participante, posteriormente en la segunda fase se desarrollará el programa educativo, su hijo en un horario asignado por la institu-

ción participará de charlas educativas y lúdicas brindadas por un profesional de la salud, durante el desarrollo de las sesiones se contará con la compañía del docente de la Institución. Las charlas serán supervisadas por un psicólogo o un trabajador social experto en la temática de salud sexual y reproductiva, este último no estará al interior de las sesiones pero sí estará monitoreando el programa externamente, estas serán desarrolladas por un profesional de la salud, la duración de estas sesiones será de dos horas y los encuentros serán una vez por semana.

Los temas que se dictarán en el grupo de los y las adolescentes serán los siguientes:

- *Adolescencia.*
- *Autoestima.*
- *Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos (DSR).*
- *Infecciones de Transmisión Sexual.*
- *Prevención de embarazos no planificados y /o no deseados, embarazo subsecuente.*
- *Abuso y explotación sexual infantil.*
- *Impacto de las relaciones y uniones maritales a temprana edad en el Proyecto de Vida.*
- *Factores de riesgo que inciden en la transmisión de ETS/VIH.*
- *Participación, trabajo en equipo y liderazgo.*

Beneficios del Estudio. Los beneficios que tendrán los adolescentes, en primera instancia recibirán información por parte de un profesional de la salud, que abordará los temas y estos les permitirán en su proyecto de vida tomar decisiones asertivas y saludables. En segunda instancia serán parte de un grupo promotor de salud con docentes y por último recibirán las certificaciones por parte del Grupo de Investigación avalado por la Universidad Simón Bolívar, este especificará intensidad horaria del programa con firma del líder del Grupo de Investigación.

Riesgos para Salud. Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, se clasifica en la categoría de una investigación con riesgo mayor que el mínimo, debido a que durante el desarrollo del Programa Educativo en Salud Sexual y Reproductiva, el principal riesgo que

se pueda presentar por parte de los padres y adolescentes, es que no deseen abordar los temas o por el contrario manifiesten algún tipo de molestia que afecta en que no deseen tratar temáticas tales como: conductas sexuales y aborto. No tendrán inconvenientes en si no deseen participar de este tipo de temas. De igual manera algunos padres no desearán participar en los talleres para padres e hijos, para este caso se respetará su decisión y voluntad.

En caso que en las sesiones educativas del programa se presenten adolescentes con embarazo, violencia sexual, conductas homosexuales, estos serán respetados y no pasarán por procesos de discriminación, la joven investigadora realizará un proceso de sensibilización en el aula con los estudiantes que participen dentro del estudio.

De acuerdo con los fines y propósitos de la investigación, no se entregará a la institución educativa la información obtenida durante el proceso de evaluación e intervención de los jóvenes, teniendo en cuenta que la Resolución 8430 de 1993 establece que se debe respetar la privacidad de las personas que participan dentro de la investigación.

Aclaraciones. La decisión que su hijo participe en el estudio es voluntaria, no existe ninguna consecuencia negativa hacia usted en el caso de no aceptar participar; en caso de aceptar, usted podrá retirarse cuando así lo desee, informando las razones de su decisión, las cuales serán absolutamente respetadas. La participación de su hijo no requiere realizar ningún tipo de gasto, estos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación, además, no recibirá ningún tipo de pago por su participación. Durante el estudio no se permite el acceso de información acerca de respuesta o resultados debido a que estos son confidenciales, por lo tanto no se brindará este tipo de información a padres, docentes y la institución debido a que de esta manera se debe respetar la identidad del adolescente y el libre desarrollo de la personalidad. Esto corresponde con el marco legal ético del consentimiento informado a tutores o padres de familia cuando se trata de investigaciones con menores de edad, el cual corresponde al capítulo II de la Resolución 8430 de 1993.

Al finalizar el proyecto educativo de Salud Sexual y Reproductiva, los resultados solo serán utilizados para fines académicos y científicos.

Si tiene dudas al respecto por favor hágamelo saber y posteriormente si acepta la participación, lo invitamos a firmar la Carta de Consentimiento Informado adjunta a este instructivo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Yo, _____

Familiar y/o cuidador o acudiente del joven(a) _____

He recibido la información correspondiente al proyecto de investigación, Programa de Educación en Salud Sexual y Reproductiva dirigida a adolescentes entre los 10 a 19 años que asisten a instituciones educativas públicas de los municipios de Soledad, Malambo y Sabanalarga en el departamento del Atlántico. Y mis inquietudes han sido respondidas de manera satisfactoria. Acepto que el adolescente(a) participe en el estudio.

Firma del Acudiente o Representante

Testigo N° 1

Testigo B° 2

PARA SER DILIGENCIADO POR EL INVESTIGADOR

Certifico que he explicado a: _____

La naturaleza y los propósitos de la investigación, informando los beneficios de su participación. He contestado sus preguntas e inquietudes y aclarado toda duda existente al respecto. Acepto que he leído y conozco la normalidad correspondiente para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Fecha

ASENTIMIENTO INFORMADO

Resolución 8430 de 1993

Información para menores de edad

Versión 1.0

Fecha 18 de abril de 2016

Título del estudio:

Programa Educativo en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que asisten a instituciones educativas públicas ubicadas en el departamento del Atlántico.

Investigador principal: Yolanda Morales

Joven Investigador Colciencias: Rosa Isabel Fonseca Angulo

Grupo de Investigación: Estudio de Género, Familias y Sociedad, categoría A Colciencias.

Entidad patrocinadora

Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias).

Universidad Simón Bolívar.

Gobernación del Atlántico.

Introducción

Hola, mi nombre es Rosa Isabel Fonseca Angulo, soy joven investigadora, fisioterapeuta y trabajo en el Grupo de Investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad de la Universidad Simón Bolívar sede Barranquilla. Actualmente el Grupo de Investigación está realizando un Programa de Educación en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que asisten a instituciones educativas públicas de los municipios de Soledad, Malambo y Sabanalarga en el departamento del Atlántico.

Justificación. Este proyecto es relevante para los adolescentes debido a que proporciona temáticas que les permitirá en su proyecto de vida tomar decisiones saludables, e igualmente es un mecanismo de prevención para los embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y conductas de riesgo que afecten la salud sexual de los adolescentes.

Procedimiento. Por lo tanto, estamos solicitando su colaboración para ejecutarlo, su participación consistirá en lo siguiente: Inicialmente aplicaremos unos instrumentos que nos permitirán establecer sus conocimientos y actitudes frente a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual, derechos sexuales y reproductivos, relaciones de noviazgos, métodos anticonceptivos. Se desarrollará contigo un programa educativo que tendrá como contenido las siguientes temáticas: familia, género y sociedad, derechos humanos sexuales y reproductivos, prevención de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, abuso y explotación sexual infantil, impacto de las relaciones y uniones maritales a temprana edad en el proyecto de vida, factores de riesgo que inciden en el consumo de sustancias psicoactivas, impacto de los celulares, computadores y uso de redes sociales en la familia, escenarios y riesgo y participación, trabajo en equipos, este programa será dirigido por un profesional de la salud. Si tienes preguntas puedes hacerlas, nosotros estamos dispuestos a resolverlas.

Si decides participar, se establecerá un horario con la institución durante la semana, para que puedas asistir sin problema a los encuentros, la duración de este será de dos horas, y solo requeriremos tu presencia un día por semana. Las charlas serán de tipo educativas y lúdicas, serán direccionadas por un profesional de la salud y estarán supervisadas por un trabajador social y un psicólogo.

Beneficios del Estudio. Los beneficios que tendrán los adolescentes, en primera instancia recibirán información por parte de un profesional de la salud, que abordará los temas y estos les permitirán en su proyecto de vida tomar decisiones asertivas y saludables. En segunda instancia serán parte de un grupo promotor de salud con docentes y por último recibirán las certificaciones por parte del Grupo de Investigación avalado por la Universidad Simón Bolívar.

Riesgos para Salud. Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud sobre normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en su artículo 11, se clasifica en la categoría de una investigación con riesgo mayor que el mínimo, debido a que durante el desarrollo del Programa Educativo en Salud Sexual y Reproductiva, el principal riesgo que

se pueda presentar por parte de los padres y adolescentes es que no deseen abordar los temas o por el contrario manifiesten algún tipo de molestia que afecta en que no deseen tratar temáticas tales como: conductas sexuales y aborto. No tendrán inconvenientes en si no deseen participar de este tipo de temas. De igual manera, algunos padres no desearán participar en los talleres para padres e hijos, para este caso se respetará su decisión y voluntad.

En caso que en las sesiones educativas del programa, se presenten adolescentes con embarazo, violencia sexual, conductas homosexuales, estos serán respetados y no pasarán por procesos de discriminación, la joven investigadora realizará un proceso de sensibilización en el aula con los estudiantes que participen dentro del estudio.

De acuerdo con los fines y propósitos de la investigación, no se entregará a la institución educativa la información obtenida durante el proceso de evaluación e intervención de los jóvenes, teniendo en cuenta que la Resolución 8430 de 1993 establece que se debe respetar la privacidad de las personas que participan dentro de la investigación.

Aclaraciones. Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporcionen las mediciones que realicemos nos ayudarán a establecer los beneficios que generan este tipo de programa en los adolescentes y lo importante que sería desarrollarlo en otras escuelas del departamento del Atlántico.

Esta información será confidencial. Ninguna persona diferente a los investigadores tendrán acceso a esta, igual tampoco diremos a nadie tus respuestas (O RESULTADOS DE MEDICIONES), solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (**X**) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (**X**), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: _____ de _____ de _____

PRÓXIMOS PASOS

El mundo ha venido cambiando de una manera vertiginosa y con él los paradigmas se transforman afectando todas las áreas del conocimiento, pero especialmente a las Ciencias Humanas y entre ellas las relacionadas con el campo de lo social.

Las Ciencias Sociales encargadas de llevar la bandera en muchos aspectos de la vida humana deben alzarse para dirigir los caminos por donde debemos transitar en espacios de equidad, de justicia, de reconocimiento de los derechos de cada persona y de las colectividades. La democracia debe permear todas las acciones y los encuentros de los sujetos.

Es desde el campo de las Ciencias Sociales que se requiere reconocer y tener clara la presencia y las implicaciones de los conceptos de otredad y de alteridad. Se hace urgente seguir trabajando por un espacio donde cada persona, desde identidades particulares, entienda que el interés común es el del desarrollo, el del crecimiento personal, el de la construcción de saberes que nos dignifiquen, el de la creación de la paz, es el poder contar con un mundo mejor donde unos no sigamos siendo los lobos de los otros.

Ahora bien, hilar estas ideas en los espacios que tiene la juventud del Caribe es reconocer desde la experiencia de los jóvenes investigadores, que gracias a ell@s hoy en el Grupo de Estudios de Género, Familias y Sociedad crece una comunidad juvenil alegre y trabajadora, un grupo humano capaz de enfrentar los retos y de salir adelante. El resultado de sus investigaciones presenta un aporte e insumos para la transformación de problemas sociales en el distrito de Barranquilla y el departamento y a su vez, se demuestra con la investigación conductas prosociales, que los jóvenes son la esperanza y motor para los cambios en los nuevos retos de la región y el país.

Un próximo paso es seguir formando para la investigación a muchos más jóvenes: hombres y mujeres, con otras ideas, que tengan presente que la investigación social es una puerta de esperanza para la humanidad y en este espacio de postconflicto en Colombia una tarea que requiere que volvamos a pensar que la gente es noble, aunque distinta, que está por ahí en las calles y en las casas, esperando un abrazo, el aprecio y el respeto y la posibilidad de poder mirarnos a la cara para reconocer nuestro rostro en el del otro y dar vida a ese sueño Bolivariano de que seamos uno solo sin distingo de color, raza, sexo, credo, donde la valía este en el ser mismo y en lo que es capaz de compartir y de dar a la hora de construir un presente y un futuro sin dolores ni reproches, sin hambre, sin fronteras, donde el mal no ronde, ni camine por los campos, las veredas, las ciudades. Un paso más es construir con los jóvenes del Caribe colombiano investigaciones en contexto cercanas a las Ciencias tanto como a la poesía, a la música y a la danza, investigación propia como nuestro realismo mágico, que muestre esfuerzo y trabajo, combinada de afecto por el otro. Una investigación desde el Caribe que nos permita ver que la ciencia también es virtud hecha palabra y nos permita el encuentro con una gente que tiene sueños, que teje vidas y mundos posibles, que es capaz de abrazar al propio y al extraño, que tiene la fuerza para conquistar la cima y para trazar otros caminos más allá de lo que nuestra vista alcanza.

Bienvenid@s a los próximos pasos.