EXPLORACIÓN DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA POBLACIÓN GENERAL SOBRE LA DOBLE PROTECCIÓN, COLOMBIA 2017

STEFANNY VANESSA SÁNCHEZ GARCÍA

trabajo de grado para optar por el título de:

PSICÓLOGA

Tutoras:

ISABEL CRISTINA RUIZ

PAOLA ROBAYO ESCOBAR

SUSANA BARRADAS

ÁREA DE DEMOGRAFÍA Y POBLACIÓN

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN DINÁMICA DEMOGRÁFICA- DETERMINANTES

PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD

Universidad Externado de Colombia

Dedicatoria

La presente tesis es dedicada a Adriana García y a Luis Sánchez, por su apoyo incondicional, por el amor que día tras día inculcan en mi ser para fortalecer mi proceso de crecimiento como mujer, hija, psicóloga y demás, a ustedes padres amados gracias por permitirme cumplir este sueño tan anhelado, por mi pasado, futuro y por el día de hoy, porque siempre sea junto a ustedes.

A mi familia por ser mi principio y mi final, por enseñarme siempre que un camino sin obstáculos quizá no conduce a algún lugar que valga la pena, son ustedes mi gran escuela.

A ti por tu desinteresada ayuda, por apoyarme cuando más lo necesite, por tu amor y el impulso que generabas en mi para luchar constantemente sin desfallecer. And.

Agradecimientos

En este proceso formador en todo aspecto, le agradezco en especial a mi tutora Isabel Cristina Ruiz Buitrago, por tu constante interés y confianza, por los valores que sembraste en mí como investigadora y persona, por tu sabiduría, paciencia, cariño y dedicación, por estar en los momentos más difíciles de este proceso, pues en el camino siempre fuiste fuente de motivación y esperanza al impulsarme a cumplir este sueño.

A mis tutoras Paola Robayo Escobar y Susana Cristina Barradas, por brindarme su apoyo y conocimientos en especial en el ámbito de la psicología y por supuesto en todo el proceso de elaboración de este proyecto, la ayuda y acompañamiento fue sumamente importante.

A Shennya Carolina Ruiz Parra por sus sabias palabras “sueñe en grande, planee bien, trabaje duro, sonría siempre y los milagros empiezan a suceder”, gracias por tu tiempo y conocimientos brindados sobre estadística.

Tabla de Contenidos

Capítulo 1 Introducción 1
Contextualización 4
1.2 Embarazos no esperados en América Latina/Colombia 4
1.3 Infecciones de transmisión sexual en América Latina/Colombia 8
Capítulo 2 11
2.1 DOBLE PROTECCIÓN, PREVENCIÓN FRENTE A EMBARAZOS NO ESPERADOS E ITS 11
Planteamiento del problema 11
2.2 LA IMPORTANCIA DE LA DOBLE PROTECCIÓN 15
Formulación del problema y preguntas de investigación 15
2.4 Objetivos 17
2.4.1 Objetivo general 17
2.4.2 Objetivos específicos 17
2.5 DOBLE PROTECCIÓN, DE LA TEORÍA A LA ACCIÓN 18
Marco teórico 18
2.6 ACERCA DE LA DOBLE PROTECCIÓN Y LOS EJES CAP 24
Marco conceptual 24
Doble protección 24
Doble protección y demografía 29
Ejes conocimientos, actitudes y prácticas CAP 30
Conocimientos 31
Actitudes 31
Capítulo 3 32
MARCO METODOLÓGICO 32
Tipo de investigación 32
Instrumento 32
Tipo de muestreo y población 33
Análisis de datos 34
Tipo de análisis 34
Descripción del método ACM 36
Descripción del método de CLUSTERING 37
Capítulo 4 39
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO UNIVARIADO 39
Descripción de la población 39
4.2 DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES 42
Conocimientos 42
Actitudes 46
Prácticas 50
Capítulo 5 53
5.1 ANÁLISIS MULTIVARIADO Y DISCUSIÓN 53
Conocimientos 53

Actitudes 58
Prácticas 64
Relación de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) frente a la doble protección 69
Grupo 1 69
Grupo 2 72
Grupo 3 75
Capítulo 6 CONCLUSIONES 80
Doble protección uso y comprensión 80
Lista de referencias 84
ANEXOS 88
Categorías de análisis 88
APÉNDICE 1
Instrumento de investigación 1

Lista de tablas

Tabla 1 Implicaciones del embarazo no esperado. 5
Tabla 2. Variables categóricas. Encuesta CAP sobre la Doble protección 37
Tabla 3. Frecuencia absoluta y relativa de las características demográficas del grupo de estudio. 41
Tabla 4 Frecuencia absoluta y relativa Práctica: “ha tenido relaciones sexuales”..... 42
Tabla 5. Frecuencia absoluta y relativa de los conocimientos sobre la transmisión sexual 42
Tabla 6. Frecuencia absoluta y relativa de los conocimientos frente a las generalidades de la doble protección..... 43
Tabla 7. Frecuencia absoluta y relativa de los conocimientos frente a la percepción de factores de riesgo..... 44
Tabla 8. Frecuencia absoluta y relativa de los conocimientos de las generalidades de las enfermedades de transmisión sexual..... 45
Tabla 9. Frecuencia absoluta y relativa de las actitudes frente a las generalidades de la doble protección..... 47
Tabla 10. Frecuencia absoluta y relativa de las actitudes frente a la percepción de los factores de riesgo. 48
Tabla 11. Frecuencia absoluta y relativa de las actitudes frente a las relaciones sexuales..... 49
Tabla 12. Frecuencia absoluta y relativa de las prácticas frente a las generalidades de la doble protección..... 50
Tabla 13. Frecuencia absoluta y relativa de las prácticas y su articulación con los métodos anticonceptivos 51
Tabla 14. Presentación de categorías de análisis. Investigación: Exploración de conocimientos actitudes y prácticas de la población general sobre la doble protección, Colombia 2017.... 88

Lista de figuras

Figura 1. Estimaciones de la OMS: 357 millones de casos curables de ITS 2012. Fuente. Newman L. M., Rowley J., Vander Hoorn S. et al., (2012) 9
Figura 2. Teoría de acción razonada TAR. Fuente. Rodríguez, L (2007)..... 19
Figura 3. Aplicación del modelo de creencias sobre la salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva. Fuente. Moreno & Gil (2003). 21
Figura 4. Histograma, representación de distribuciones de frecuencias, variable: Edad en años. 40
Figura 5. Representación de distribuciones de frecuencias, variable: Edad en la primera relación sexual. 50
Figura 6. Caracterización de los individuos en el componente conocimientos 54
Figura 7. Caracterización de los individuos en el componente actitudes..... 59
Figura 8. Caracterización de los individuos en el componente prácticas..... 64
Figura 9. Caracterización de los individuos en el grupo N° 1. 70
Figura 10. Caracterización de los individuos en el grupo N° 2..... 73
Figura 11. Caracterización de los individuos en el grupo N° 3..... 76

Capítulo 1

Introducción

El uso de métodos anticonceptivos, según Berer (2006) en los últimos 100 años, ha llegado a construirse en una norma global, todo esto gracias a las campañas de promoción y prevención familiar a nivel mundial que se ejecutan como estrategia a fin de disminuir los embarazos no esperados, sin embargo, los indicadores de fecundidad, natalidad, mortalidad, morbilidad, manifiestan que el sexo sin protección es una constante en casi todas partes.

Esto se puede hacer visible mediante las tasas de infecciones de trasmisión sexual (ITS, por sus siglas), resaltando las epidemias mundiales de Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Gonorrea, Virus del Papiloma Humano (VPH), Moniliasis, Sífilis, Chancro blando, Candidiasis, Herpes, Hepatitis B, Clamidias, entre otras.

De allí se resalta la importancia que tiene la doble protección, la cual es un fenómeno entendido como la protección al mismo tiempo de dos situaciones de riesgo: los embarazos no deseados o esperados y las ITS, incluido el VIH/SIDA. Este fenómeno tiene implicaciones representativas en la población general, tanto a nivel social como a nivel individual, pues desde el inicio de la vida sexual, la protección representa para los sujetos una prevención a los factores de riesgo a los cuales están expuestos.

Lo anterior se puede constatar con las consecuencias que tiene el embarazo no esperado en edades tempranas como la adolescencia, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) es una etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años. Pues es en esta etapa donde se presenta el desarrollo de la identidad sexual, se definen una serie

de características físicas y paralelamente, las características sexuales que nos hacen diferentes o nos describen frente a los demás, como por ejemplo las preferencias sexuales, los sentimientos o las actitudes ante el sexo.

En definitiva, estudios anteriores profundizan más en la etapa de la adolescencia pues, como Gonzales, Conejero, Merino & Schulin (2015) afirman, es una etapa de la vida durante la cual se desarrolla la identidad sexual, y es en este período donde muchos sujetos inician su actividad sexual.

Sin embargo, es relevante mencionar que, si bien la etapa de la adolescencia es representativa en cuanto a los cambios que se dan a nivel social y psicológico en el sujeto, las apariciones de características sexuales también se pueden generar en etapas posteriores que son representadas o denominadas madurez sexual.

Asimismo, se retoman las implicaciones que representan para el sujeto estar expuesto a factores de riesgo en su desarrollo, los cuales pueden estar relacionados principalmente con riesgos de la salud, bajo nivel o deserción escolar, cambios estructurales en las relaciones familiares y sociales, afectaciones económicas y/o financieras; estas son algunas de las situaciones a las que los sujetos son propensos a enfrentar.

De acuerdo con lo anterior, es importante dar un panorama de lo que representan las tendencias de fecundidad, en este caso para los embarazos no esperados, y también de contagio y propagación frente a las infecciones de transmisión sexual en América latina/ Colombia, los cuales son base fundamental para dar una contextualización del fenómeno que como tal representa la doble protección.

Contextualización

1.2 Embarazos no esperados en América Latina/Colombia

Los embarazos no esperados representan una realidad que esta permeada por los contextos sociales, individuales, políticos, culturales y económicos, que, por supuesto para cada país, en América Latina simbolizan una gran diversidad y Colombia no es la excepción.

Lo anterior se puede evidenciar por ejemplo en las políticas públicas, el cubrimiento que realizan los servicios de salud, la legislación con respecto a la toma de decisión (continuación o interrupción) entre otros aspectos que atraviesan este fenómeno.

Como bien lo mencionan Prada, Singh, Remez & Villareal (2011) En Colombia, el país ha avanzado en disponibilidad de medios para evitar el embarazo no esperado (promoción de la anticoncepción), al igual que el Ministerio de Salud y Protección Social en el 2010, también se hizo una apuesta a estrategias tales como el fortalecimiento de la gestión del sector salud, movilización social, gestión de la comunicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; pero este no ha sido un trazador que indique que este fenómeno haya desaparecido.

Además, los embarazos que resultan de relaciones sexuales no consensuadas, del fracaso de los métodos anticonceptivos o uso inadecuado de estos métodos, son más de los que deberían, por ejemplo Sedgh et al., (2012) citados por ENDS, (2015) manifiestan que en Latino América y el Caribe la región con la mayor proporción de embarazos no planeados (56%) presenta una de las mayores incidencias estimadas de aborto inducido y

aborto inseguro en el mundo (44 y 31 por 1,000 mujeres de 15 a 44 años, respectivamente)

Para el caso de Colombia, la tasa de aborto según estimaciones aproximadamente hace referencia a 39 por 1.000 en mujeres de 15 a 44 años, y según la encuesta nacional de demografía y salud, la proporción de los embarazos no esperados alcanzó el 52% (ENDS, 2015)

No obstante, es relevante mencionar que los embarazos no esperados comúnmente son más evidentes en población adolescente y mayores de 40 años, pero también se dan en otros grupos etarios, y como menciona Lager, (2002) sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias.

Por consiguiente, como es referenciado, se pueden evidenciar diversos factores que conforman este fenómeno, en la siguiente tabla se hace alusión de una investigación realizada por el Ministerio de Salud (2013) que representa a modo de síntesis algunos de los factores que conforman las implicaciones que tiene este fenómeno en adolescentes y en mujeres en general.

Tabla 1 Implicaciones del embarazo no esperado.

Factor	***Descripción***
Riesgo para la salud de la madre y el niño	- *Estudios realizados en Brasil (20) y Colombia (17) estimaron que alrededor del 60% de las muertes maternas clasificadas bajo la categoría de "infección" estaban asociadas con un aborto.* - "*El embarazo en mujeres adolescentes representa un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad tanto para la madre como para el hijo. Con respecto a la madre existe un mayor riesgo de desproporción cefalopélvica, daño de órganos reproductivos, atonía uterina y hemorragia. En Colombia en el periodo de 2005 a 2010 la Razón de Mortalidad Materna acumulada en mujeres menores de 15 años es de 90.71 muertes por 100.000 nacidos vivos*"

Trampa de pobreza.	*"Desde el punto de vista social, las madres adolescentes escolarizadas tienen una mayor posibilidad de abandonar sus estudios por lo que este se constituye en una trampa de pobreza".*
Aborto inducido	*-El aborto inducido es una de las principales causas de enfermedad y muerte para las mujeres de América Latina y el Caribe.* *-El aborto que se realiza en condiciones inseguras se acompaña con frecuencia de complicaciones secundarias al procedimiento utilizado. Por ejemplo, cuando se introducen objetos no estériles o punzantes en el útero, los riesgos que enfrenta la mujer son enormes, y se agravan cuando esta no cuenta con información que le permita identificar los signos de las complicaciones,*
Obstáculo para el desarrollo.	*La sumatoria de madres condenadas a no tener oportunidades de educación e hijos que presentan mayor riesgo de tener deficiencias en su desarrollo, resultan en un obstáculo para el progreso social del país en general.*
Violencia Sexual	*El embarazo en las menores de 14 años constituye en Colombia una forma de violencia sexual independiente de la edad del padre. Para el año 2010, en Colombia hubo al menos 4.000 embarazos en menores de 14 años, en los cuales la edad del padre excedía de forma significativa a la de la madre.*

Nota: Fuente: (Min Salud, 2013), Ministerio de Salud "Implicaciones del embarazo no deseado" p. p 14-15

Por otro lado, es importante mencionar que, en Suramérica, según el Observatorio de Embarazo en Adolescentes, (2013) luego de África Subsahariana, América Latina se ubica como la segunda región del mundo con mayor tasa de embarazo en adolescentes. En Suramérica, Colombia y Ecuador son los países que presentan mayores proporciones en los últimos registros, seguidos por Bolivia, Brasil, Paraguay y Perú.

En Colombia, el embarazo no esperado constituye un asunto de interés público en atención a las implicaciones mencionadas a las que se ven expuestas las personas, en especial las mujeres, sus hijos/as y sus familias, aunque como bien se hace referencia, a pesar de que el país haya avanzado en campañas de prevención, el panorama se mantiene un poco desalentador.

De esta forma, el Ministerio de salud, (2013) afirma que, en Colombia para 2010 de 45.508.205 habitantes, de los cuales el 19,3% corresponde al grupo de 10 a 19 años (8.819.848), 49,4% hombres y 50,6% de mujeres. El 52% de la población está bajo la línea de pobreza y el 25% es considerado en indigencia. El 19.5% de las mujeres entre 15 y 19 años han tenido al menos un embarazo, lo que ubica a este grupo con la mayor tasa de fecundidad entre las mujeres en edad fértil en el país.

En cuanto a la etapa final de la vida reproductiva, para el caso de las mujeres cuando por lo general ya han tenido los hijos que deseaban o más de los que quizá habían previsto en su juventud, las mujeres aún son fértiles y pueden quedar embarazadas sin esperarlo. Lager, (2002) afirma que sí una mujer, de esta edad decide llevar adelante su gestación, los riesgos que enfrenta son mayores que en etapas más tempranas de la vida. Así, por ejemplo, la mortalidad y morbilidad materna en madres mayores de 40 años son varias veces mayores que entre las más jóvenes.

A lo que además se le suman problemas de salud (ej., diabetes, hipertensión, entre otros) lo cual genera una exposición tanto para la madre, como también para el feto (ej.., defectos cromosómicos como el síndrome de Down, malformaciones congénitas, sufrimiento fetal y bajo peso al nacer). Según Lager, (2002) esta mayor vulnerabilidad añade dramatismo a las alternativas que una mujer en esta etapa de la vida debe considerar ante un embarazo no deseado: la interrupción de la gestación y sus consecuencias, o su continuación, con los riesgos que conlleva.

Según el Departamento de prosperidad social (DPS, 2014), las implicaciones que acarrea el embarazo no esperado en las diferentes etapas de la vida fértil también se

reflejan en los entornos personales, familiares, comunitarios o institucionales los cuales inciden directamente en el desarrollo de capacidades y oportunidades que hacen parte del comportamiento sexual de los sujetos.

Entre éstos, se especifican la estructura y las condiciones socioeconómicas de la familia, las pautas de socialización parental y los contextos de socialización grupal, barrial o comunitaria (la maternidad o paternidad temprana pueden ser prácticas comunes, aceptadas o alentadas por los grupos de socialización).

1.3 Infecciones de transmisión sexual en América Latina/Colombia

Las infecciones de transmisión sexual representan a nivel mundial una problemática que se agudiza al adquirir comportamientos de riesgo que aumentan las posibilidades de contagio.

Es importante mencionar que, según OMS, (2016) existen más de 30 virus, bacterias y parásitos que se transmiten por contacto sexual, de las cuales se han relacionado ocho que están catalogados como los que tienen mayor incidencia en las ITS.

Es por ello por lo que se menciona que:

> 8, 4 son actualmente curables, a saber, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras 4 –hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH) – son infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad. (OMS, 2016, párr. 3)

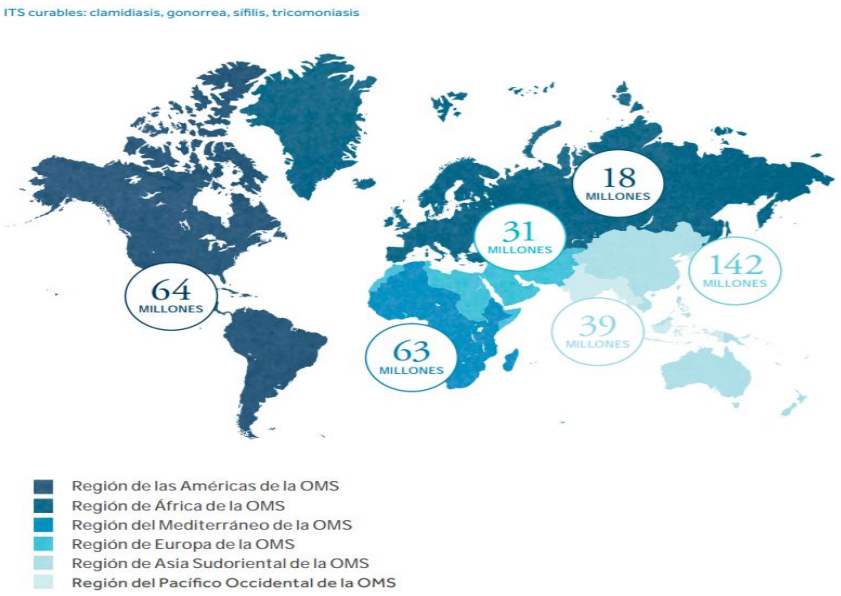


Figura 1 Estimaciones de la OMS: 357 millones de casos curables de ITS 2012. Fuente. Newman L. M., Rowley J., Vander Hoorn S. et al., (2012)

De acuerdo con lo anterior, para el caso de las ITS, se calculaba que la incidencia mundial entre el 2009-2012 según la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) fue de 333 millones de casos curables, pero a pesar de que existan diferentes tipos de tratamientos para estas infecciones mencionadas, existe motivo de preocupación, ya que si estas no son tratadas a tiempo facilitan la trasmisión y contagio del VIH (OPS, 2004).

Es así como la pandemia causada por el virus del VIH es vista como uno de los problemas más trascendentales de salud pública mundial, con 35,3 millones de personas infectadas. La mayor parte de la población infectada se encuentra en África subsahariana, seguida por Asia y América Latina con 25, 4,8 y 1, 5 millones de personas (OMS, 2013 citado en Rovirola Barreda, Galán, Sabidó & Casabona. 2014).

Para el caso de Colombia, desde 1983, cuando se reportó el primer caso de VIH/ SIDA, hasta el 31 de diciembre del 2014 se han reportado en el Sistema nacional de vigilancia y salud pública (SIVIGILA) un total de 113,454 casos (ENDS, 2015).

Sin embargo, también hay programas y proyectos que apuestan a iniciativas para mitigar este fenómeno, como, por ejemplo, la integración de los servicios amigables a jóvenes, a las clínicas de adultos, esta iniciativa fue desarrollada por Profamilia en 13 clínicas, lo cual también incluyo a esta población y tuvo un incremento del 37% en visitas para orientación frente a la anticoncepción.

Lo anterior se relaciona de manera directa con la estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021 la cual tiene como objetivo ponerle fin al grave problema de salud pública que representa la epidemia de ITS, la cual propone estrategias que articulan información para una acción específica, intervenciones que tienen impacto, atención para el acceso equitativo, entre otras.

Para cerrar, es importante mencionar que este tipo de iniciativas que incrementan el acceso a la prevención eficaz, la orientación y las pruebas voluntarias, a la atención y tratamientos integrales de la infección por el VIH/sida y otras ITS y es así como encarnan un papel relevante en el ámbito de la salud sexual.

Capítulo 2

2.1 DOBLE PROTECCIÓN, PREVENCIÓN FRENTE A EMBARAZOS NO ESPERADOS E ITS

Planteamiento del problema

El contexto colombiano, como bien se hace alusión, traza diferencias significativas en cuanto a los demás países de América Latina, pues los embarazos no esperados y la exposición a ITS son fenómenos de grandes implicaciones que están atravesados por factores incidentes de diferente orden.

De esta forma, como lo menciona Berer, (2006) la doble protección, es más necesitada que usada o comprendida, y como abarca fenómenos tan grandes como lo son las situaciones mencionadas, es importante dar cuenta de los factores que la componen.

Por consiguiente, esta investigación está dirigida en un principio a evidenciar los factores demográficos, es decir, la transición demográfica, haciendo énfasis primordialmente en relación con los factores de fecundidad y como estos se relacionan con los conocimientos, actitudes y prácticas que la población tiene frente al embarazo no esperado y las ITS.

Siguiendo con lo anterior, es relevante mencionar que la transición demográfica da cuenta de los cambios del último decenio, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, se refiere a procesos demográficos identificables aun en diferentes situaciones históricas (CELADE, 2001)

Según, Chesnais, (1986) la transición demográfica es un proceso complejo ya que los países difieren sobre el inicio, el ritmo en la fecundidad y la mortalidad, visto y mediado por cambios en diversas variables, por ejemplo, lugar de residencia, el estado

nutricional, etc. también en las transformaciones tanto sociales, como económicas que han ocurrido en la región.

En América Latina, exceptuando a Cuba, la situación no llega al punto de ser extrema; en Colombia con respecto a los determinantes de la fecundidad, los datos muestran que la fecundidad es tal vez la variable que más incurre en el crecimiento de la población (ENDS, 2010).

Aunque en la década de los setenta empezó el descenso de la fecundidad en la actualidad, en general se evidencia este decremento a un menor ritmo, a lo que se le suma grupos de población con fecundidad relativamente alta, en los que están incluidos adolescentes de 15 a 19 años "La cifra de mujeres de 15 años que ya son madres corresponde a 3,1% de 16 años a 6.6% de 17 años a 14.8% y va incrementando la cifra hasta los 19 años con una cifra de 33.3% de un total de 6,944 encuestas" (ENDS 2010, p.114).

Según Banco Mundial, (2015) la tasa de fecundidad mundial está en un promedio de 2.9, en Colombia el total de nacimientos de tasas de fecundidad por mujer hasta el 2014 fue de 1.9 en cuanto a la tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por cada 1000 mujeres de edades de 15 a 19).

Por consiguiente, es importante poner en dialogo el dato anterior con la edad de inicio de la primera relación, para el caso de Colombia, según Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS, 2010) en promedio es 18.1 para las mujeres entre 25 y 49 años, pero en el análisis por grupos de edad realizado en esta encuesta se concluyó que dentro de esta tasa también hay adolescentes entrevistadas entre 15 y 19 años de las

cuales un 50% ya han tenido relaciones sexuales y el 13% de ellas lo hizo antes de los 15 años.

A saber, las investigaciones realizadas con respecto al embarazo no esperado, por lo general están relacionadas con población adolescente, pero también se evidencia que además este fenómeno se presenta en diferentes etapas del ciclo reproductivo.

En contraste con esto, frente las ITS se puede decir que hay un problema en el uso adecuado de la prevención sexual, problema que radica en varios aspectos, por ejemplo, de tipo social, individual, económico (acceso), político, de salud, etc.

Pues, aunque en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2005/2010), en Colombia el 99% de las personas encuestadas ha oído hablar por lo menos del VIH/SIDA, el incremento frente a la tasa de contagio, ha hecho que este fenómeno se convierta en un problema de salud pública a nivel mundial, pues estas infecciones pueden afectar a todas las personas (de todas las edades).

Según la OMS, (2016) La incidencia de la infección por VIH es alta en casi todos los países con una epidemia generalizada, lo cual indica que la población está expuesta a tener relaciones sexuales poco seguras, que hacen más vulnerables a los sujetos a la hora de adquirir alguna ITS.

Como se mencionó anteriormente existe un problema frente al uso de métodos anticonceptivos, considerados como productos o procedimientos usados en beneficio tanto de hombres como por mujeres para prevenir el embarazo no esperado, a excepción del preservativo que impide tanto esta situación como las ITS.

La OMS, (2015) menciona que estos métodos de prevención para la salud permiten espaciar el tiempo de los embarazos y de esa forma posponer tanto el peligro en los jóvenes de tener mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna, como el peligro de las mujeres que están a punto de terminar su ciclo fértil.

A partir de los datos y situaciones mencionadas, la relevancia del problema surge de la demanda que hay con respecto a la prevención de los factores de riesgo a los que están expuestos los sujetos por no tener la articulación entre los CAP frente a la doble protección.

Las cifras mencionadas anteriormente, dan cuenta que hay un conocimiento básico de métodos anticonceptivos, más sin embargo falta ver qué pasa con el modo en que se emplean los mismos.

Para cerrar esta idea es importante mencionar que el estado ideal frente a la salud sexual y reproductiva es visto como el derecho que los individuos y las parejas tienen con respecto a gozar de una vida sexual, para Profamilia (2003), esto se da cuando tanto los hombres y las mujeres ejercen su derecho a tomar decisiones libres sobre cuándo y cuantos hijos desean tener y con respecto al cuidado de las ITS, la concepción de la importancia del uso preservativo que hasta el momento es el único método que previene estas situaciones.

2.2 LA IMPORTANCIA DE LA DOBLE PROTECCIÓN

Formulación del problema y preguntas de investigación

El embarazo no esperado y las infecciones de transmisión sexual se han convertido en un tema central y coyuntural que es retomado por diferentes organizaciones ligadas a temas de la salud, educación, investigación, entre otras, las cuales tienen proyecciones que van ligadas con mitigar la ocurrencia de estos fenómenos.

Como bien se hace referencia estos fenómenos afectan a los sujetos en general, pues a lo largo del ciclo vital se está expuesto al contagio de una (s) ITS y desde el inicio de la actividad sexual a un embarazo no esperado.

La práctica de la doble protección entendida como el cuidado frente a las situaciones mencionadas, es un entramado que desde su explicación teórica busca generar una articulación que si bien resalta como aspecto elemental el conocimiento también va de la mano con la actitud que hace referencia al cuidado y autocuidado frente a la salud sexual y reproductiva.

A raíz de lo mencionado anteriormente, se evidencia en investigaciones realizadas tales como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2005, 2010, 2015) que existen ciertas falencias frente a la concepción de lo que en realidad es la doble protección, en primer lugar, porque el termino no es familiar ni se emplea en la cotidianidad a lo que se le suma la indiferencia que hay frente a las condiciones que deben existir con el fin de crear una apropiación de la promoción y prevención frente a estos aspectos.

Por consiguiente, las preguntas de este trabajo de investigación son: *¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene la población encuestada sobre la Doble Protección?, ¿Cómo se comprende el proceso de doble protección en cuanto a los ejes CAP?* Y *¿De qué manera se articulan los conocimientos, actitudes y prácticas en la población encuestada?*

De acuerdo con esto, las preguntas mencionadas tienen como fin realizar una exploración en población general, con el fin de presentar la relevancia e incidencia que tienen los ejes conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) frente a las afectaciones sociales y psicológicas que representa adquirir una ITS y/o un embarazo no esperado.

Por ejemplo, en el caso de las ITS, para dar más precisión el contagio y propagación del VIH virus que no tiene cura y causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA, genera toda una vida de problemas crónicos, como daños en los órganos, produce infertilidad, hace más vulnerable al sujeto estar expuesto a otras ITS, causa problemas en el embarazo y defectos congénitos, perjudica las relaciones, entre otros.

Con respecto a los embarazos no planificados, se puede decir que, para algunos casos, conllevan a los sujetos a enfrentarse a dificultades para la persona y/o pareja, acceso a servicios de salud, implicaciones a futuro para la calidad de vida, entre otras.

De acuerdo con lo anterior, como bien lo menciona Berer, (2006) la doble protección más necesitada que usada, es un fenómeno relevante pues como lo menciona esta autora es pertinente por el desconocimiento e indiferencia que hay frente a esto.

Para el caso de Colombia, representa un aspecto más que le suma a la lucha por la prevención y promoción de la salud, en específico de la salud sexual y reproductiva la cual a pesar de sus diferentes campañas pide con urgencia bases sólidas que permitan a los sujetos ir de la mano con las diferentes herramientas que proporcionan los sectores estatales compuestos por ámbitos que al ir articulados tendrían mayor incidencia en este fenómeno.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo general

Identificar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tiene la población encuestada frente la doble protección.

2.4.2 Objetivos específicos

- Describir los conocimientos que tienen la población encuestada sobre la doble protección sexual.
- Identificar si la población encuestada usa la doble protección.
- Identificar las prácticas más frecuentes que desarrollan la población encuestada para la ejecución de la doble protección.
- Identificar las actitudes que tiene la población encuestada frente a la doble protección.
- Relacionar la actitud con los conocimientos que tiene la población encuestada frente a las prácticas de doble protección.

2.5 DOBLE PROTECCIÓN, DE LA TEORÍA A LA ACCIÓN

Marco teórico

Para esta investigación, como se menciona a lo largo del texto fue importante analizar los factores que inciden en este fenómeno; de acuerdo con esto, la tentativa que se desarrolló incluyó identificar la coherencia que hay entre el conocimiento y la práctica, (de la población encuestada), y finalmente la relación que hay con respecto a la actitud que tienen los mismos.

En primer lugar, relacionando las investigaciones presentadas anteriormente, la ubicación del problema se proyecta desde un marco referencial que retoma la teoría psicológica de la acción razonada y el modelo de creencias en salud.

De esta forma, la teoría psicológica de la acción razonada (TAR) desarrollada por Martin Fishbein e Icek Ajzen (1975, 1980). theory of reasoned action (TRA) se desarrolla bajo la premisa de que el comportamiento de los sujetos puede medirse a través de indicadores que den cuenta de las relaciones entre actitudes, el factor normativo o la norma subjetiva y las creencias sobre realizar la conducta, es decir, las convicciones e interacciones.

Asimismo, la actitud según (Ajzen y Fishbein, 1980 citado por Cortes, 2001) se entiende como la perspectiva de una persona sobre una acción u objeto en una dimensión positiva o negativa.

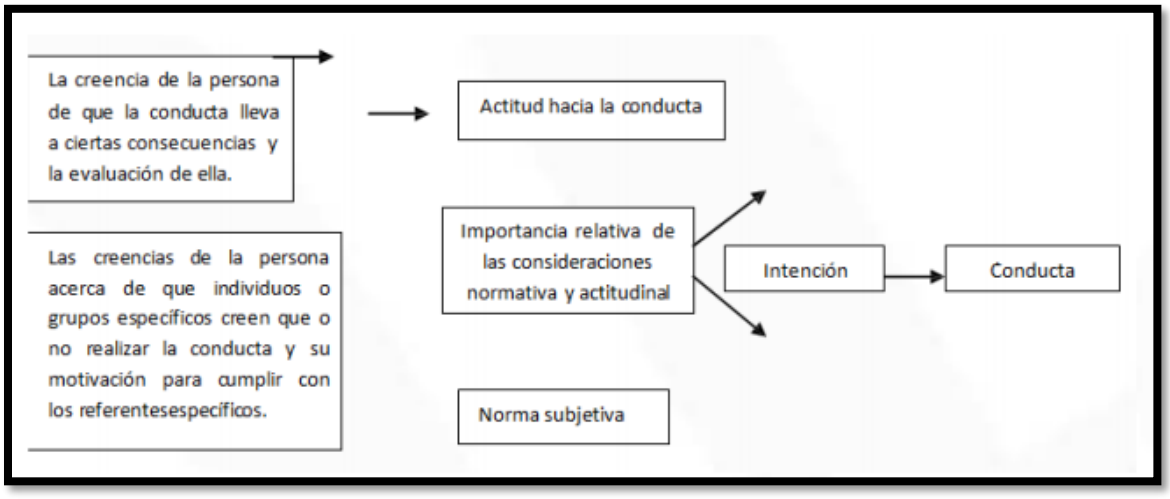


Figura 2 Teoría de acción razonada TAR. Fuente. Rodríguez, L (2007)

Como se evidencia en la figura 2, la TAR ilustra y toma el factor de creencias desde la norma subjetiva, las actitudes hacia determinada conducta y la proyección hacia un valor aproximado con respecto a la intensión del desarrollo de la conducta.

Mas, sin embargo, si bien la combinación de los factores mencionados, según (Salamanca & Giraldo, 2012) pueden permitir emitir un juicio desde una valoración estadística, sobre la intencionalidad del sujeto para ejercer la conducta, no es un modelo exacto para predecirla, aunque cabe anotar que autores como Moreno & Róales, (2003), consideran que el motivo primordial por el que se crearon los modelos de salud, es intentar explicar cómo se genera y con qué frecuencia se presenta la conducta protectora de la salud.

Además, como se menciona también se retoma el modelo de creencias en salud (MCS), “the health belief model” (HBM), desarrollado en la década de 1950 por especialistas en psicología social del departamento de Salud pública norteamericano.

Este modelo propuesto y liderado por Rosenstock. I, es uno de los más usados en la promoción de la salud, desarrollado para dar cuenta de una explicación sobre la falta

de participación pública en los programas de detección precoz y prevención de enfermedad, en un principio en particular para la Tuberculosis.

Según Maté, González &, Trigueros (2010) Ulteriormente el modelo fue adaptado, con el fin de dar cuenta y ampliar su cobertura hacia variedad de conductas de salud, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad es decir la forma en la cual el paciente cumple y sigue las recomendaciones prescritas por el médico.

Este modelo, está basado en las teorías del valor esperado (expectativas) cuyo postulado básico es que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad, de que al llevar a cabo una acción determinada logre el objetivo deseado.

El concepto original del MCS, esta como su nombre lo indica determinado por las creencias personales y/o percepciones de una enfermedad y el tipo de estrategias que el sujeto pueda adquirir para disminuir la ocurrencia de esta sin apartar la influencia multi-causal a la cual está inmersa este comportamiento de salud.

Siguiendo con la explicación, Rosenstock reconoce cuatro variables que respaldan las determinadas acciones que lleva a cabo el sujeto a la hora de culminar una "acción preventiva" Según Maté, González &, Trigueros, las variables de acción preventiva se agrupan en dos dimensiones generales de creencias que son:

La primera dimensión se refiere al grado de preparación o disposición psicológica del sujeto para llevar a cabo una determinada acción preventiva que viene determinada por la vulnerabilidad percibida y la gravedad percibida, la segunda

dimensión hace referencia a los beneficios/ costes percibidos de la acción preventiva. (Maté, González &, Trigueros, 2010, p. 1)

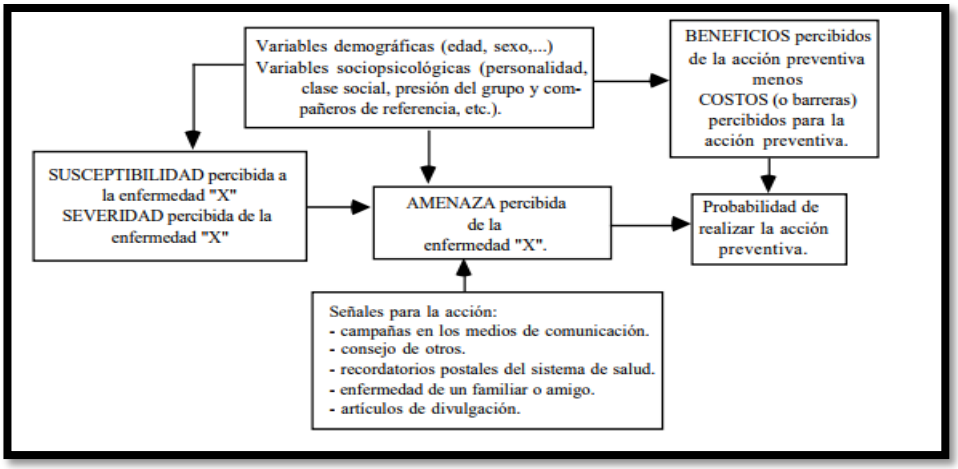


Figura 3 Aplicación del modelo de creencias sobre la salud aplicado a la predicción de la conducta de salud o conducta preventiva. Fuente. Moreno & Gil (2003).

Este modelo, en su idea principal postula como se muestra en la figura 3, que las conductas de una persona están determinadas por la amenaza percibida en la salud, que según Maté, González &, Trigueros (2010) vulnerabilidad que se presenta, está condicionada frente a la percepción de la susceptibilidad de la enfermedad y como tal las consecuencias que la misma pueda tener en el sujeto, en relación con esto se evalúa los "costes/beneficios" que dirigen la conducta, poniendo en juego las "señales internas o externas" que guían las decisiones de las practicas (conductas).

Igualmente, los alcances del modelo se identifican en la caracterización que el autor e investigadores realizan con respecto a las amenazas de la enfermedad, que median al sujeto y a su motivación para actuar, por lo tanto, este modelo es pertinente para este estudio ya que se articula con los constituyentes propuestos, que según (Rosenstock, 1974) son:

- La susceptibilidad percibida
- La severidad percibida
- Beneficios y barreras percibidas

Lo anterior hace referencia a la adaptación que el autor en 1974 hace al modelo con el fin de abarcar los costos y beneficios que tiene el sujeto en términos de creencias de la salud en el uso del preservativo, teniendo en cuenta los elementos individuales, con el fin de evitar y/o reducir las conductas sexuales consideradas riesgosas para así establecer el aumento de las conductas protectoras de la salud.

Finalmente, es pertinente ya que se articula con los CAP que puede tener el sujeto frente a la doble protección pues es allí donde radica la decisión de usar o no el preservativo en función del interés que pueda tener frente a la mencionada motivación por mantener la salud, y en los puntos expuestos:

1. Susceptibilidad percibida, es decir la percepción que tiene el sujeto de padecer una enfermedad o circunstancia no deseada como lo puede ser una ITS o un embarazo no esperado.
2. Gravedad percibida: las consecuencias de diversos tipos a las que pueda estar expuesto, es decir consecuencias orgánicas, psicológicas, económicas, sociales, etc. (en caso de que se llegue al padecimiento o circunstancia nombrada)
3. Costes y beneficios percibidos: según (Rosenstock, 1974) en cuanto a los beneficios que se pueden obtener de estas situaciones es llevar a cabo relaciones sexuales seguras, es decir protegidas (uso correcto del preservativo) para así evitar estas situaciones de riesgo y los costos estas demandan con

relación a las limitaciones que hay para acceder al producto, no solo económicas sino sociales y demás. (costo del producto, falta de información, entre otros)

En conclusión, es relevante mencionar la afirmación que realiza (Bayes, 1994) la cual hace alusión de que a pesar que no existe una vacuna o cura para dicha enfermedad (VIH/SIDA), esto genera que la única alternativa que hay frete a este fenómeno, es decir, el reconocimiento de los puntos expuestos, factores modificadores e influyentes sobre la conducta en salud o las percepciones y motivaciones (subjetivas) tengan incidencia en la actitud que los sujetos desarrollen frente a pautas de cuidado y autocuidado.

2.6 ACERCA DE LA DOBLE PROTECCIÓN Y LOS EJES CAP

Marco conceptual

Doble protección

Al hablar de doble protección, se hace referencia a protegerse al mismo tiempo de dos situaciones de riesgo: los embarazos no deseados y las Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el / VIH-SIDA. Profamilia, (2013) afirma que la doble protección se pone en práctica usando siempre el condón en todas las relaciones sexuales. Además, se pueden usar como complemento otros métodos anticonceptivos, lo que da una efectividad mayor en la prevención de embarazos.

Sin embargo, como proceso y significación se le suman los ejes conocimientos, actitudes y prácticas que son acciones que pueden ser preventivas o de riesgo, esto depende cómo se efectúen las mismas, pues la práctica y vinculación de estos, supone una forma de efectuar de manera más segura las relaciones sexuales que impliquen penetración (anal, vaginal u oral).

La transformación que ha tenido la concepción del uso de métodos anticonceptivos ha aumentado con respecto a la noción del incremento de ITS y/o embarazos no esperados, aun así, esta cifra es cuestionada porque a la hora de poner en discusión las propuestas de Métodos anticonceptivos en comparación con el aumento de ITS la propagación sigue aumentando.

Según Berer, (2006) el sexo sin protección frente a las ITS sigue siendo una constante en casi todas partes. Esta es la principal razón por la que hay epidemias mundiales del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras ITS.

Además, la Organización mundial de la salud, menciona que el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 1,2 [980 000-1,6] millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo (OMS, 2015)

Con relación a lo anterior, en años recientes, se han utilizado diversas aproximaciones para facilitar la adquisición de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes y se ha identificado, que, para poder reducir las conductas sexuales de riesgo, es necesario proporcionar información clara y objetiva sobre sexualidad (OMS, 1993).

En el caso de Colombia, para la prevención del embarazo en adolescentes y jóvenes se emplea un plan político social, llamado CONPES 147, documento donde se establecen unos lineamientos específicos para la prevención de esta situación.

Además, estos lineamientos tienen como finalidad orientar el diseño de una estrategia que haga énfasis en los proyectos de vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años; dentro de esta estrategia en el eje 3 se maneja la oferta de servicios de educación sexual y salud sexual y reproductiva (SSR) (Colombia joven, 2015).

Es relevante mencionar que, en casi todo el mundo, la mayoría de los jóvenes inician su actividad sexual durante la adolescencia, “Anualmente, ocurren en el mundo 10.5% de embarazos en mujeres entre las edades de 15 a 19 años” (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2002).

Así mismo, la OMS, (2005) manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento en el número de ITS entre adolescentes; calculan que cada año, el 15% del total de adolescentes a nivel mundial, contrae una ITS. Asimismo, se estima que 560,000 jóvenes a nivel mundial, entre los 15 y 24 años, viven con VIH/SIDA.

A lo anterior se le suma implicaciones como, precocidad en las relaciones sexuales, barreras de tipo económico y cultural, salud, social, etc. Igualmente hay un impacto y aumenta considerablemente las posibilidades de que los jóvenes tengan más parejas sexuales a lo largo de su vida y a su vez que estén más expuestos a lo factores de riesgo que la doble protección busca evitar, es decir en los posibles encuentros sexuales no planificados y/o con más parejas sexuales.

No sobra decir que este tema no es característico de un sexo, como se pensaba anteriormente, que era un tema exclusivo de los hombres (en su mayoría de hombres homosexuales), pues como se ha reiterado en varias ocasiones las ITS pueden ser adquiridas por cualquier persona sin importar su orientación sexual.

Las mujeres han pasado a ocupar un lugar en el tema de propagación y contagio del VIH/SIDA a nivel mundial, como lo mencionan Collazos, Echeverry, Molina, Canaval, & Valencia, (2005) “En Colombia, la relación hombre/mujer en el número de casos de VIH para 1987 era 37:1; en 1995 esta razón había disminuido a 5:1, y para el año 2003 fue 2,6:1 lo que confirma la feminización de la epidemia” (p.10)

Por ejemplo, Soto, (2006) afirma que el uso adecuado del condón es mínimo tanto en hombres como mujeres los cuales dentro de su investigación manifiestan que algunas veces o nunca han usado este tipo de protección, los factores asociados al no uso

del condón en esta población fueron la falta de disponibilidad, disminución del placer y relación amorosa, en las mujeres, pérdida de romanticismo, interferencia con la relación sexual y uso de otro método anticonceptivo.

Igualmente, Collazos, Echeverry, Molina, Canaval, & Valencia, (2009) exponen que, aunque las mujeres reconocen su vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, el uso del condón es bajo (18%); asimismo lo es su poder de decisión (56%) a negarse a una relación sexual pese a la negativa de su pareja a usar el preservativo.

La recomendación abierta que deja este tema es que la promoción de la salud sexual de la mujer se oriente a propiciar la autonomía, la autoeficacia en la relación de pareja y la negociación de prácticas preventivas y protectoras.

Pues no basta el conocimiento como tal, sino los factores de riesgo desde los planos sociales y culturales, los cuales deben ser parte del debate público y de la agenda del sector salud. La educación en este aspecto debe trascender el nivel de información para ubicarse en el nivel de la trasformación a fin de suministrar poder y promocionar la salud.

También es importante mencionar que el no uso y conocimiento de la doble protección es una situación de exposición constante, que inicia por lo general en la etapa de la adolescencia y con fuerza se normaliza a lo largo de la vida, es decir se mantiene el conocimiento de la importancia del uso, pero a su vez no hay una actitud y/o práctica.

Según Berer, (2006) incluso entre quienes conocen el concepto, las definiciones de doble protección son muy restringidas. Como resultado, ni los prestadores de servicios de planificación familiar, ni los de salud sexual han sido capacitados ni motivados a

promover la protección dual, básicamente porque consideran que no es apropiada justamente para las personas que más la necesitan.

Para poner en dialogo los objetivos planteados en esta investigación con el resumen realizado, es importante reconocer el derecho de los sujetos y las parejas a gozar de una vida sexual sana, donde directamente hay una concepción por el autocuidado y el cuidado por los terceros implicados en el acto.

El concepto de doble protección deberá fomentarse según la Federación internacional de planificación de la familia, en los programas de salud sexual y reproductiva donde se integre la información y la educación sobre la necesidad de protección contra ITS/VIH a la protección contra el embarazo no deseado (IPPF, 2000).

Por consiguiente, frente al recuento realizado, la doble protección es abarcada generalmente desde un punto de vista de "planificación familiar" donde la norma general supone según Berer, (2006) y en relación con lo presentado anteriormente, que en primer lugar se enfatiza en la necesidad de utilizar un anticonceptivo efectivo y no en la importancia del uso correcto y sistemático del condón, siendo lo primero considerado más factible.

Además, los condones son vistos fundamentalmente como un método de protección contra la infección y no, en la misma medida, como un método anticonceptivo, y se considera demasiado problemático promoverlo entre parejas casadas o estables, que de cierta forma se naturaliza incluso en las parejas de adolescentes y jóvenes.

No sobra mencionar que el retiro no es considerado suficientemente efectivo como forma de reducción del riesgo cómo para mencionarlo o promoverlo. Según lo visto en informes anteriores y como se evidencia en las cifras presentadas anteriormente, sería casi que imposible promover este tipo de método.

Berer, (2006) manifiesta que aun si se considera el uso de dos métodos de barrera, como el diafragma o el capuchón cervical junto con el condón, este uso casi nunca es sugerido, se menciona constantemente todo tipo de sesgos contra el condón, particularmente con respecto a su uso como método único, aun cuando no utilizar el condón resulte mucho más riesgoso.

Doble protección y demografía

Es importante mostrar la pertinencia que este tema tiene en términos de demografía, lo cual hace referencia en primer lugar al crecimiento acelerado de la población, a los abortos inseguros, embarazos no planificados y aumento de la mortalidad por ITS y se le suma el constante aumento en el índice de las tasas de ITS.

Es así como, durante años en Colombia por medio de la encuesta realizada por Profamilia ENDS y otros estudios sobre planificación, se evidencia mediante los resultados que no se ha logrado disminuir dichas tasas.

También, los determinantes próximos de la fecundidad en Colombia, dan cuenta de variables que además de incluir los factores que dan cuenta sobre la doble protección se le suman la diferenciación entre la práctica de sexualidad, en particular la que tiene

propósitos reproductivos y la implicación que tiene la unión, edad de inicio de la unión y demás Di Cesare; Rodríguez, Flórez; & Baya et al (2006) citados por Vargas, (2008).

No obstante, estudios como este manifiestan la actividad sexual es una forma más directa para medir la exposición al embarazo; es así como se hace evidente la generación de repercusiones directas en la fecundidad.

Las encuestas demográficas mostradas en el registro de este estudio evidencian que las mujeres utilizaban más la píldora y el DIU, lo cual muestra que el uso de los anticonceptivos esta positivamente relacionado con el nivel de desarrollo económico, ya que favorece la regulación de la natalidad, esto hasta el 2005.

Sin embargo, se ratifica la necesidad de generar una propuesta que tenga impacto, en de la doble protección y que no solo favorezca la regulación de natalidad sino de salud (ITS), generando una prevención real frente a los factores de riesgo a los que se está expuesto a la hora de realizar el acto sexual.

Ejes conocimientos, actitudes y prácticas CAP

Por otro lado, como bien se hace referencia en la introducción, esta investigación también se enmarca en el análisis de tipo CAP, pues esta es una herramienta que permite generar estrategias de promoción y prevención frente a los comportamientos que según Actaf, (s. f.) se “deberían” saber, actitudes que se “deberían” pensar y prácticas que se “deberían” realizar.

Conocimientos

El componente conocimientos es entendido como aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad, como lo menciona Gumucio, (2011) los conocimientos representan un conjunto de cosas conocidas, de saber, de "ciencia".

También la capacidad de representarse, la propia forma de percibir. El conocimiento a fondo de un comportamiento considerado beneficioso no implica una aplicación automática del mismo. El grado de conocimiento constatado permite situar en los que es necesario realizar esfuerzos en materia de información y educación.

Actitudes

Por otro lado, está el componente actitudes el cual es entendido como, un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable. La actitud es una predisposición que actuar, el comportamiento es manifiesto.

Estas no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder. Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes.

La actitud es una forma de ser, una postura. Se trata de tendencias, de "disposiciones a", es una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación. La cual permite explicar que, entre las posibles alternativas de un sujeto sometido a un estímulo, éste adopte una determinada práctica y no otra (Gumucio, 2011).

Capítulo 3

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

Se llevó a cabo un estudio con un diseño no experimental, el cual se basa principalmente en la observación del fenómeno entendido como doble protección y cómo es visto por los sujetos desde su percepción frente a los ejes conocimientos, actitudes y prácticas ejecutados en su cotidianidad, además es de tipo cuantitativo, correlacional y exploratorio.

Instrumento

Se utilizó una encuesta técnica tipo CAP, con preguntas diseñadas por la investigadora y otras tomadas de encuestas ya probadas y validadas como: “Encuesta nacional de demografía y salud 2010, ENDS”, “Encuesta sobre ITS”, “Encuesta sobre infecciones de transmisión sexual/SIDA”, entre otras, para el desarrollo de esta se retomarán estas preguntas, con el fin de rescatar las variables propuestas en estudios anteriores.

Previamente se realizó una prueba piloto para identificar el tiempo de respuesta, la captación de interés, comprensión, pertinencia y aceptabilidad de las preguntas. El instrumento tiene unas categorías que son los conocimientos actitudes y prácticas y unos ejes temático que corresponden a características sociodemográficos, sexualidad e infecciones de transmisión sexual

La operación a la que fue sometido el objeto de estudio para conseguir los datos consistió en la realización, aplicación de la encuesta técnica de auto diligenciamiento y de tipo virtual.

No obstante, es importante mencionar que tener en cuenta las tecnologías de información y comunicación TICS es la forma de innovación que las mismas proponen ya que entre los beneficios esta, la masificación de la encuesta por la red (internet), fácil acceso desde correo electrónico, redes sociales, grupos de interés, acceso desde el ordenador y/o móvil, etc.

En relación con lo anterior de la misma forma se destacan las principales ventajas de este tipo de instrumento están relacionadas con la ausencia de intermediarios entre el cuestionario y el entrevistado (esto permite mayor objetividad y menores costos en el relevamiento), la interactividad del encuestado con la organización es mayor, se evita el condicionante del entrevistador, rapidez de la recolección de datos, la disponibilidad y la cobertura que hoy tienen las redes sociales hace que sea posible obtener la información con mayor nivel de seguridad y el interés general por el tema.

Tipo de muestreo y población

En este estudio se realizó un muestreo de tipo no probabilístico definido por Arias, (1999) cómo el procedimiento de selección en el que se desconoce la probabilidad que tienen los elementos de la población para integrar la muestra, uno de los filtros de selección fue que el sujeto haya iniciado su vida sexual, lo cual es pertinente para la investigación pues a partir de este indicador se pretende poner en juego los tres ejes principales.

La población fue convocada por medio de redes sociales, además se llevó a cabo una estrategia que partía de la publicación y difusión de la encuesta a los contactos de la investigadora y a su vez esos contactos enviaron a otros y así consecutivamente. La

respuesta a esta convocatoria dio como resultado la recolección de 270 encuestas, 72 mujeres y 98 hombres, concretándose como resultado de insumo 254 encuentras las cuales cumplían los criterios de inclusión.

Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo por medio del programa SPSS versión 24 para Windows, la base de datos fue extraída de la encuesta empleada para el desarrollo de esta investigación, a continuación, se ampliará la información acerca de los análisis estadísticos realizados.

Tipo de análisis

En lo que respecta al procesamiento y análisis de la información, es relevante mencionar que se realizaron análisis univariados de información de acuerdo con los objetivos planteados a lo que además se le suma el multivariado que hace referencia al análisis de correspondencias múltiple para las tres categorías de preguntas (Conocimientos, Actitudes y Practicas).

A continuación para dar un panorama más amplio del desarrollo del análisis multivariado se realiza una descripción del mismo, de acuerdo con esto, dicho método de tipo cuantitativo intenta hacer evidente la correlación de las variables propuestas en el estudio, no obstante, es importante mencionar que los datos derivados de la investigación no buscan hacer una generalización o generar una objetivación de los resultados obtenidos, pues para este caso se describen los ejes propuestos en las variables (Conocimientos, Actitudes y Practicas)..

De acuerdo con lo anterior, el instrumento aplicado para esta investigación se caracteriza porque en su mayoría ejecuta variables de tipo nominal u ordinal.

El formulario aplicado, compuesto por preguntas de selección múltiple (con única o múltiple respuesta) fue representado en una base de datos, base que recoge a totalidad cada una de las respuestas suministradas por los sujetos.

La base de datos es presentada en filas que representan a los sujetos y columnas que dan cuenta de las variables estadísticas para este estudio en particular, como se menciona se cuenta con variables estadísticas de tipo nominal u ordinal.

Los métodos estadísticos empleados (descriptivos y exploratorios), fueron los estadísticos descriptivos univariados y multidimensionales, donde en el primero según Ávila, (2006) comúnmente se aplican como técnicas más frecuentes la distribución de frecuencias para una tabla univariada y el análisis de las medidas de tendencia central de la variable, por lo cual dicho análisis se realizó a cada una de las variables propuestas por separado.

Para el caso del análisis Multidimensional, es importante mencionar que se constituye en una generalización que comprende la estadística descriptiva uivariada y biariada y se le suma la presencia de más variables lo que la hace más compleja (Pardo, 2001).

Siendo los objetivos de esta investigación el conocer e identificar particularidades de los participantes en términos de conocimiento, actitudes y prácticas frente a la doble protección, la descripción y exploración de la información son en términos generales actividades que no se pueden obviar.

A lo largo de la investigación, donde es evidente la cantidad de datos para el análisis propuesto y desarrollado fue importante aplicar métodos en los que no se recurrió a modelos prestablecidos, ni de supuestos que no se cumplen a cabalidad, por lo cual los métodos multivariados según Lebart (1995) recurren a principios geométricos y logran la presentación analógica de la información.

Descripción del método ACM

El tipo de análisis multivariado que se realizó fue el de correspondencias Múltiples, el cual se seleccionó dado el tamaño de la información obtenida en la encuesta.

Este análisis según Parra, (1996) “es una técnica enmarcada dentro de los estudios factoriales y está diseñada para estudiar las relaciones entre cualquier número de modalidades distintas variables categóricas” (p. 2).

Para este caso en particular el método pretende identificar “individuos” que en esta investigación hacen alusión a población general, como criterio de inclusión se tuvo en cuenta que los participantes hayan iniciado su vida sexual, los cuales se identificaron como similares en el caso que respondan aproximadamente las mismas categorías para diferentes variables; la asociación entre variables se asume cuando son aproximadamente los mismos individuos que asumen las mismas categorías.

Para el caso particular, se parte de una tabla de individuos por variables categóricas, la cual puede ser representada de manera numérica pero dichos números únicamente indican la modalidad de la variable que asume el individuo en la fila, es decir, los números de la tabla no equivalen ni tienen un significado aritmético por lo cual a sumarlos no se obtiene alguna estadística descriptiva.

Esta tabla se denota con la letra R, de tamaño (n, s) donde n es el número de individuos y s el número de variables estadísticas involucradas.

Tabla 2. Variables categóricas. Encuesta CAP sobre la Doble protección

PARTICIPANTE	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	…	P38_1	P38_2	P38_3
PAR01	20	1	6	3	6	1	13	2	…	1	1	3
PAR02	21	1	6	4	6	1	16	1	…	1	3	3
PAR03	20	1	6	3	7	1	17	1	…	3	1	1
PAR04	20	2	4	3	7	1	16	1	…	2	2	3
PAR05	21	2	4	4	5	1	14	1	…	1	1	2
PAR06	25	2	6	4	5	1	15	1	…	1	2	3
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
PAR268	21	1	4	2	5	1	15	1	…	1	3	3
PAR269	23	2	3	3	5	1	16	1	…	3	3	1
PAR270	24	2	4	2	2	1	12	1	…	1	3	3

La *tabla 2*, representa la estructura de la base de datos, donde puede leerse por ejemplo que el participante 1 tuvo su primera relación sexual a los 13 años (P7), en su primera relación sexual no utilizo algún método (s) para prevenir el embarazo no esperado (P8).

Descripción del método de CLUSTERING

La técnica de análisis cluster o análisis de conglomerados, en esta investigación se uso para clasificar a los individuos en estudio formando grupos o conglomerados de elementos, con el fin de identificar en dichos grupos la presencia de cierto grado de homogeneidad con base a los valores sobre cada uno de los conjuntos de variables.

A modo de conclusión, en estos métodos la pérdida de información se da porque cada elemento pierde sus características específicas y se caracteriza, en cambio,

por la clase a la que pertenece, en términos concretos se buscan grupos de tal manera que los elementos al interior de un grupo se parezcan y los elementos de diferentes grupos sean lo más diferenciados posible.

Los métodos de clasificación se pueden dividir en jerárquicos y no jerárquicos, para este caso en particular se aplica un método no jerárquico en el cual el número de clases se establece previamente y el algoritmo de clasificación asigna los individuos a las clases, partiendo de algunos valores iniciales y buscando optimizar algún criterio establecido de antemano.

Capítulo 4

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO UNIVARIADO

Para la presentación del análisis estadístico descriptivo univariado, en primer lugar, se da un panorama de la descripción de la población que participo voluntariamente en el estudio con el fin de realizar una contextualización de las características sociodemográficas, posterior a esto se procede a realizar la descripción de los componentes para hacer evidente la distribución de frecuencias de las variables principales que componen esta investigación.

Descripción de la población

La divulgación de la encuesta virtual se hizo mediante redes sociales, como se menciona anteriormente mediante esta técnica que se lograron captar 270 encuestas, a continuación, se realiza un análisis descriptivo de los resultados de la encuesta, teniendo en cuentas los componentes estructurales de la misma.

De acuerdo con lo anterior, se exponen las características sociodemográficas de la población, es decir, edad, sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico de su lugar de residencia, estado civil, todo esto con el fin de realizar una descripción general de la muestra que hizo parte de la investigación, profundizando en los temas que conforman la noción de doble protección.

Para dar inicio a la descripción de lo anterior, como bien se mencionó la encuesta estaba dirigida a población general, más sin embargo es relevante resaltar que el principal filtro que tenía la encuesta consistía en que los sujetos hayan dado inicio su vida sexual, y claro está que tuvieran acceso a la misma.

Como bien se menciona anteriormente se aplicaron 270 encuestas a 172 mujeres y 98 hombres, el rango de edad de las personas que contestaron la encuesta esta entre los 14 años hasta los 67 años, siendo 21 años el rango de edad con más respuestas (37 respuestas) El valor promedio de la distribución es igual a Media= 26,84, en cuanto al índice numérico de la dispersión de la población corresponde a: Desviación estándar=9,327. (Ver Figura 4)

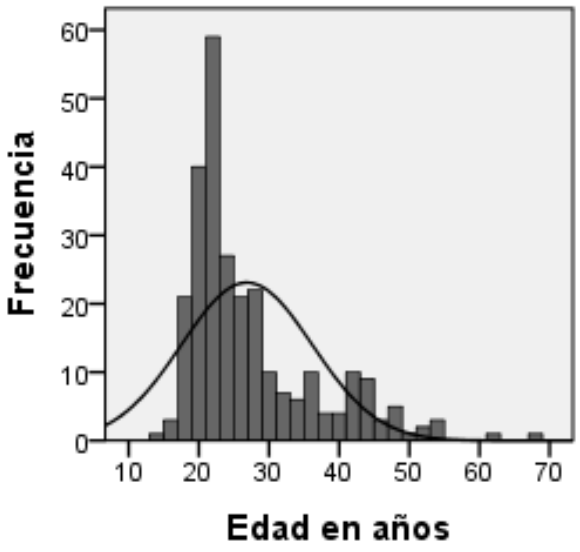


Figura 4 Histograma, representación de distribuciones de frecuencias, variable: Edad en años.

El nivel educativo alcanzado por la población que respondió la encuesta es, la escolaridad promedio fue de universitario, con un porcentaje de 37,4%, en la pregunta, acerca del sexo de nacimiento, se encontró una mayor frecuencia del sexo mujer 63,7%, el estrato socioeconómico de la vivienda que tuvo mayor incidencia fue el estrato tres 45,2%, en cuanto al estado civil, la opción soltera (o) fue la que predomino con un 54,4% (Tabla 3)

Tabla 3. Frecuencia absoluta y relativa de las características demográficas del grupo de estudio.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		***FRECUENCIA***	***PORCENTAJE***
Sexo	Mujer	172	63.7
	Hombre	98	36.3
Total		270	100
Nivel de escolaridad	Primaria	5	1.9
	Secundaria	91	33.7
	Técnica/Tecnológica	52	19.3
	Universitario	101	37.4
	Posgrado	21	7.8
Total		270	100
Estrato socioeconómico de la vivienda	Uno	6	2.2
	Dos	47	17.4
	Tres	122	45.2
	Cuatro	70	25.9
	Cinco	17	6.3
	Seis	8	3.0
Total		270	100
Estado Civil	Casado (a)	20	7.4
	Unión libre	35	13.0
	Separado (a)	8	3.0
	Viudo (a)	1	0.4
	Soltero (a)	147	54.4
	No sabe	3	1.1
	Relación estable sin convivencia (noviazgo	56	20.7
Total		270	100

Como en un principio se menciona, la encuesta contaba con un criterio de inclusión principal, el cual se realizó mediante la pregunta: “¿Usted ha tenido relaciones sexuales?”, donde al seleccionar la opción “no” inmediatamente dejaba de llenar el formulario, de acuerdo con esto de ahí en adelante las respuestas a las siguientes preguntas son tomadas como valores perdidos y por lo tanto omitidos con el carácter “9999”. De aquí en adelante N=254 (Tabla 4).

Tabla 4 Frecuencia absoluta y relativa Práctica: "ha tenido relaciones sexuales"

¿USTED HA TENIDO RELACIONES SEXUALES?		FRECUENCIA	%
Válido	Si	254	94,1
	No	16	5,9
	total	270	100

4.2 DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES

A continuación, se abre espacio a la presentación de los componentes conocimientos, actitudes y prácticas que serán descritos a partir de la distribución de frecuencias obtenidas en la captación de información de la encuesta realizada.

Conocimientos

Hay que mencionar, que en la encuesta este eje está compuesto por 11 preguntas, para dar inicio a la descripción de este componente, es importante mencionar que se puede evidenciar en un primer momento que el 93,3% conoce que es una ITS, y la mejor opción que describe que es una ITS, "Son infecciones que pueden transmitirse de una persona a otra durante una relación sexual, vaginal, anal u oral" 91,5%, toda la población encuestada ha oído hablar de una ITS, y en la opción "se puede saber a simple vista que una persona tiene una ITS" el 80,4% dice que no (Tabla 5)

Tabla 5. Frecuencia absoluta y relativa de los conocimientos sobre la transmisión sexual

CONOCIMIENTOS			FRECUENCIA	%
TRANSMISIÓN SEXUAL				
Conoce que es una ITS	Válido	Si	252	99,2
		No	2	0,7
	Total		254	100

CONOCIMIENTOS			FRECUENCIA	%
Cuál de las opciones describe mejor que es una ITS		Son infecciones que se transmiten solo a través del coito vaginal.	4	1,6
		Son infecciones que, pueden transmitirse de una persona a otra durante una relación sexual, vaginal, anal u oral.	247	97,2
		Son infecciones que solo afectan a las personas promiscuas.	2	0,8
		Total	253	99,6
	Perdidos	99 (No contestan esta pregunta)	1	0,4
	Total		270	100
Usted ha oído hablas sobre alguna ITS	Válido	Si	254	100
	Total		270	100
Se puede saber a simple vista que una persona tiene una ITS	Válido	Si	12	4,7
		No	217	85,4
		No sabe	25	9,8
		Total	254	100

Así mismo frente a las generalidades de la doble protección, el grupo de participantes responde que la implicación del uso adecuado del condón significa “usarlo durante toda la relación sexual” 85,9% (Tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia absoluta y relativa de los conocimientos frente a las generalidades de la doble protección

CONOCIMIENTOS			FRECUENCIA	PORCENTAJE
GENERALIDADES DE LA DOBLE PROTECCIÓN				
¿Que implica el uso adecuado del condón?	Válido	Usarlo en los días fértiles de la mujer	3	1.1
		Usarlo durante toda la relación sexual	232	85.9
		Usarlo únicamente cuando el hombre va a eyacular	8	3.0
		No sabe	6	2.2
		Otro	5	1.9
		Total	254	94.1
	Perdidos	9999	16	5.9
	Total		270	100.0

Además de esto, la percepción de los factores de riesgo frente a la doble protección, el 78,1% considera demasiado grave adquirir una ITS, y el 90,4% afirma que las ITS afectan a todas las personas, el 55,2% si cree que una persona puede reducir el riesgo de infectarse con el VIH/SIDA absteniéndose de tener relaciones sexuales, y también afirma que de los ejemplos expuestos “quien es más vulnerable de adquirir el VIH/SIDA” 75,2% afirman que una mujer que no se atreve a decirle a su pareja que se proteja (Tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia absoluta y relativa de los conocimientos frente a la percepción de factores de riesgo

CONOCIMIENTOS			FRECUENCIA	PORCENTAJE	
PERCEPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO					
Que tan grave es adquirir una ITS	Válido	2	2	0.7	
		3	8	3.0	
		4	33	12.2	
		Demasiado grave	211	78.1	
			Total	254	94.1
	Perdidos	9999	16	5.9	
	Total	270	100.0		
	Válidos	15-39 años	10	3.7	

A que personas afectan las ITS		A todos	244	90.4
		Total	254	94.1
		9999	16	5.9
	Total		270	100
Cree que una persona puede reducir el riesgo de infectarse con el VIH/SIDA absteniéndose de tener relaciones sexuales	Válidos	Si	149	55.2
		No	105	38.9
		Total	254	94.1
	Perdidos	9999	16	5.9
	Total		270	100.0
Del siguiente ejemplo quien es más vulnerable de adquirir el VIH/SIDA	Válido	Un hombre homosexual que siempre usa condón en sus relaciones sexuales	8	3.0
		Una mujer que no se atreve a decirle a su pareja que se proteja	203	75.2
		Una trabajadora sexual que siempre se protege con sus clientes	7	2.6
		Usuarios (as) de drogas inyectables que nunca comparten equipos de inyección	21	7.8
		No sabe	15	5.6
		Total	254	94.1
	Perdidos	9999	16	5.9
	Total		270	100.0

Finalmente, frente a las generalidades con respecto al conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual, se puede ver que en su mayor parte está relacionada con el VIH/SIDA 91,9%, y por otro lado de la que menos se conoce es Moniliasis 5,2% (Tabla 8)

Tabla 8. Frecuencia absoluta y relativa de los conocimientos de las generalidades de las enfermedades de transmisión sexual

CONOCIMIENTOS			FRECUENCIA	PORCENTAJE
GENERALIDADES DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL				
De cual ITS ha oído hablar	Moniliasis	Si	14	5.2
		No	240	88.9
		Total	254	94.1
	Sífilis	Si	234	86.7
		No	20	7.4
		Total	254	94.1
	Diabetes Mellitus	Si	15	5.6
		No	239	88.5
		Total	254	94.1
	Clamidias	Si	125	46.3
		No	129	47.8
		Total	254	94.1
	Úlcera péptica	Si	15	5.6
		No	239	88.5
		Total	254	94.1
	Hepatitis B	Si	139	51.5
		No	114	42.2
		Total	253	93.7
	VIH/SIDA	Si	248	91.9
		No	6	2.2
		Total	254	94.1
	Gonorrea	Si	231	85.6
		No	23	8.5
		Total	254	94.1
	Virus del papiloma humano VPH	Si	219	81.1
		No	35	13.0
		Total	254	94.1
	Herpes simple	Si	206	76.3
		No	48	17.8
		Total	254	94.1
	Chancro blando	Si	75	27.8
		No	179	66.3
		Total	254	94.1

Actitudes

El componente Actitudes estuvo compuesto por 10 preguntas, para la presentación de la descripción de este componente es pertinente iniciar hablando de las generalidades de la doble protección frente a las actitudes que se tienen frente a este fenómeno, de acuerdo con esto la actitud que tiene la población encuestada se ve

reflejada en preguntas tales como, Usted, ¿Le pide a su pareja el uso del preservativo? El 37,4% dice que siempre y el 21,5% dice que nunca, también ante la posibilidad de tener una relación sexual, la prioridad de los encuestados al protegerse es: “Embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual” 62,2%.

En la variable “¿Quién exige el uso del preservativo?” 76,7% dice que tanto el hombre como la mujer lo exigen, así mismo, ante la posibilidad de tener una nueva pareja el 73,0% usaría condón y una de las principales razones por la cual no usaron condón corresponde a: “por inexperiencia” 20,4% (Tabla 9).

Tabla 9. Frecuencia absoluta y relativa de las actitudes frente a las generalidades de la doble protección

ACTITUDES			FRECUENCIA	PORCENTAJE
GENERALIDADES DE LA DOBLE PROTECCIÓN				
Usted, ¿le pide a su pareja el uso del preservativo?	Válido	Siempre	101	39,7
		Algunas veces	66	25,9
		Rara vez	29	11,4
		Nunca	58	22,8
		Total	254	100
	Total		254	100
¿Ante la posibilidad de tener una relación sexual cuál es su prioridad al protegerse?	Válido	Embarazo no esperado	44	17,3
		Infección de transmisión sexual	38	15,0
		Embarazos no esperado e infecciones de transmisión sexual	168	66
		Ninguna	4	1,5
	Total		254	100
¿Quién exige el uso del preservativo?	Válido	Mujer	27	10,6
		Hombre	10	3,9
		Ambos	207	81,4
		Ninguno	10	3,9
	Total		254	100

Usaría condón, ante la posibilidad de tener una nueva pareja	Válido	Siempre	197	77,5
		Casi siempre	33	12,9
		Algunas veces	21	8,2
		Nunca	3	1,2
	Total		254	100
¿Cuál fue la principal razón por la cual no uso condón?	Válido	Pareja estable	22	8,6
		No es cómodo en la relación	3	1,2
		No le gusta usarlo	4	1,5
		Dificultad para conseguirlo	2	0,7
		No lo conocía	3	1,2
		Pensaba que no era necesario	12	4,7
		Por inexperiencia	55	21,6
		Otro	8	3,1
		Total	109	42,9
	Perdidos	(No responde esta pregunta)	145	57,0
	Total		254	100

Es considerado importante, evocar la percepción de los factores de riesgo que están relacionados con las actitudes, con respecto a esto, los participantes afirman que una persona que usa condón cada vez que tiene relaciones sexuales tiene menor riesgo de contraer una ITS 86,3%, en cuanto a los motivos por los cuales la población que responde que No le exige el uso del preservativo a su pareja, opina que no le pide el uso de este porque no la cree necesaria 22,6%. (Tabla 10)

Tabla 10. Frecuencia absoluta y relativa de las actitudes frente a la percepción de los factores de riesgo.

ACTITUDES			FRECUENCIA	PORCENTAJE
PERCEPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO				
Una persona que usa condón cada vez que tiene relaciones sexuales tiene menor riesgo de contraer una ITS	Válido	Si	233	91,7
		No	19	7,4
		No sabe	2	0,8
	Total		254	100

¿Por qué cree que no le pide a su pareja el uso del preservativo?	Válido	Por lo que mi pareja pueda pensar de mi	4	1,5
		Miedo a generar desconfianza	6	2,3
		Por vergüenza	1	0,4
		Porque disminuye el placer	45	17,7
		Porque no lo creo necesaria	61	24,0
		Otro	36	14,1
		Total	153	60,2
	Perdidos	(No responde esta pregunta)	101	39,7
	Total		254	100

Para cerrar con este componente, se realizó una descripción de lo que compete a las actitudes que tiene la población encuestada frente a las relaciones sexuales y claro está frente a la doble protección, de acuerdo con esto, el número de personas con las que los sujetos han tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses, es de 1 persona 42,6% y en la variable: "si no lleva consigo un condón y va a iniciar una relación sexual" los encuestados: "se detienen hasta conseguir un condón" 43,7% (Tabla 11)

Tabla 11. Frecuencia absoluta y relativa de las actitudes frente a las relaciones sexuales

ACTITUDES			FRECUENCIA	PORCENTAJE
RELACIONES SEXUALES				
Si no lleva consigo un codón y va a iniciar una relación sexual usted:	Válidos	Tiene relaciones con su pareja	69	27,2
		Se abstiene de tener relaciones sexuales	61	24,0
		Se detiene hasta conseguir un condón	118	46,4
		Otro	6	2,3
	Total		254	100
	Válidos	Ninguno	53	20.8
		1 persona	115	45,2

Personas con las que ha tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses	2 personas	40	15,7
	3 personas	21	8,3
	Más de 3	25	9,8
Total		254	100

Prácticas

Este componente cuenta con 11 preguntas, acerca de las prácticas se puede evidenciar en la Figura 5. Que la edad en la que los encuestados tuvieron su primera relación sexual estuvo a los 17 años con un 17,4%, seguido por 16 años con un 17,0% y 8 años 0,4% y 36 años 0,4% siendo las opciones con menos respuestas. (Figura 5)

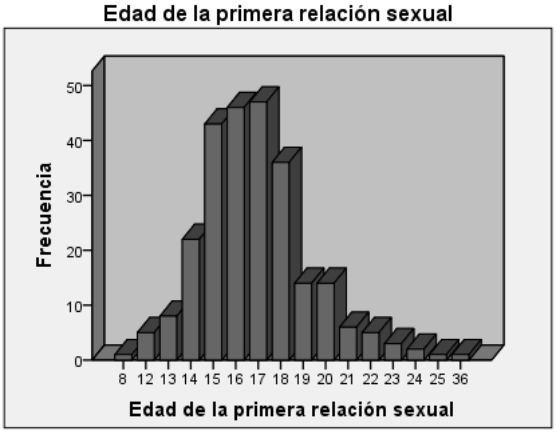


Figura 5. Representación de distribuciones de frecuencias, variable: Edad en la primera relación sexual.

Es importante agregar que, frente a las generalidades de la doble protección con relación a las prácticas, se evidencia que la población encuestada afirma que la primera vez que tuvo relaciones sexuales usó condón (53,7%) sin embargo el 40,4% no lo usó y en la variable “La última vez que tuvo relaciones sexuales ¿utilizo algún método anticonceptivo?” El 65,6% dijo que sí. (Tabla 12)

Tabla 12. Frecuencia absoluta y relativa de las prácticas frente a las generalidades de la doble protección

PRÁCTICAS			FRECUENCIA	PORCENTAJE
GENERALIDADES DE LA DOBLE PROTECCIÓN				
La primera vez que tuvo relaciones sexuales ¿Uso condón?	Válido	Si	145	57,1
		No	109	42,9
	Total		254	100
La última vez que tuvo relaciones sexuales ¿utilizo algún método anticonceptivo?	Válido	Si	177	69,6
		No	77	30,3
		Total	254	94,1

A fin de dar conclusión a la descripción de los componentes de la encuesta, se presentan las prácticas articuladas con los métodos anticonceptivos, se evidencia que en la primera relación sexual el 56,3% afirma haber utilizado algún método anticonceptivo para prevenir el embarazo, y para prevenir una ITS el 53,3%. Finalmente, el método que más usaron fue el condón con un 18,5%, y el que menos se uso fue el parche anticonceptivo con 0,7% (Tabla 13)

Tabla 13. Frecuencia absoluta y relativa de las prácticas y su articulación con los métodos anticonceptivos

PRÁCTICAS			FRECUENCIA	PORCENTAJE
METODOS ANTICONCEPTIVOS				
En su primera relación sexual ¿Utilizó algún método anticonceptivo para prevenir el embarazo?	Válido	Si	152	59,8%
		No	102	40,1%
	Total		254	100%
En su primera relación sexual ¿Utilizó algún método anticonceptivo para prevenir una ITS?	Válido	Si	144	56,6%
		No	110	43,3%
	Total		254	100%
¿Cuál método utilizaron usted y su pareja?	Válido	Esterilización femenina	5	1,9%
		Esterilización masculina	2	0,7%

	Píldora	31	12,2%
	DIU (dispositivo intrauterino)	13	5,1%
	Inyección mensual	13	5,1%
	Implantes	6	2,3%
	Abstinencia periodos (método del ritmo)	3	1,1%
	Retiro	1	0,4%
	Parche anticonceptivo	2	0,7%
	Condón	50	19,6
	Otro	52	20,4
	Total	178	70,0
Perdidos	99 (No responden esta pregunta)	76	29,9
Total		254	100

Capítulo 5

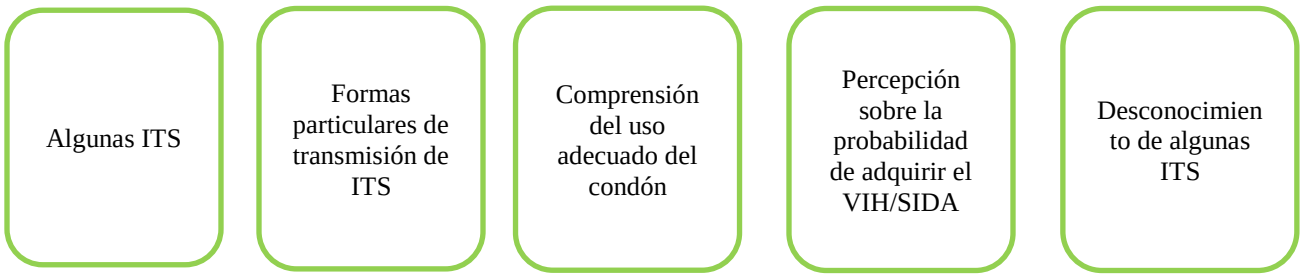
5.1 ANÁLISIS MULTIVARIADO Y DISCUSIÓN

Para la interpretación del análisis multivariado se tuvo en cuenta una medida global de dispersión de los datos que se obtuvo a partir de la definición de la inercia de la nube de puntos, que, según Pardo, (2001) es el promedio de la suma de las distancias entre cada punto y el centro de gravedad del conjunto de datos con el que se asoció; resulta ser la suma de las varianzas de todas las variables.

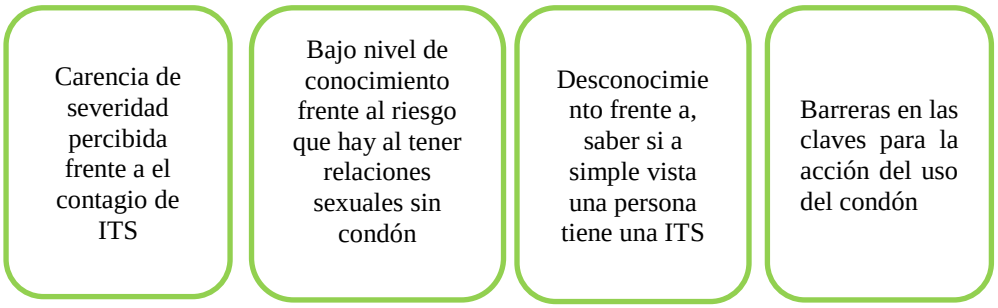
Teniendo en cuenta lo anterior, no sobra mencionar que esta investigación se desarrolló con los propósitos de identificar y comprender los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la doble protección, de la población encuestada, por lo cual a continuación, se procede a realizar la presentación de los resultados arrojados por el multivariado, los cuales serán presentados por componentes, es decir, conocimientos, actitudes y prácticas, en ese orden de ideas se da paso al primer componente

Conocimientos

VARIABLES CLASIFICATORIAS



OTRAS VARIABLES



GRUPOS DE INDIVIDUOS CLAVE

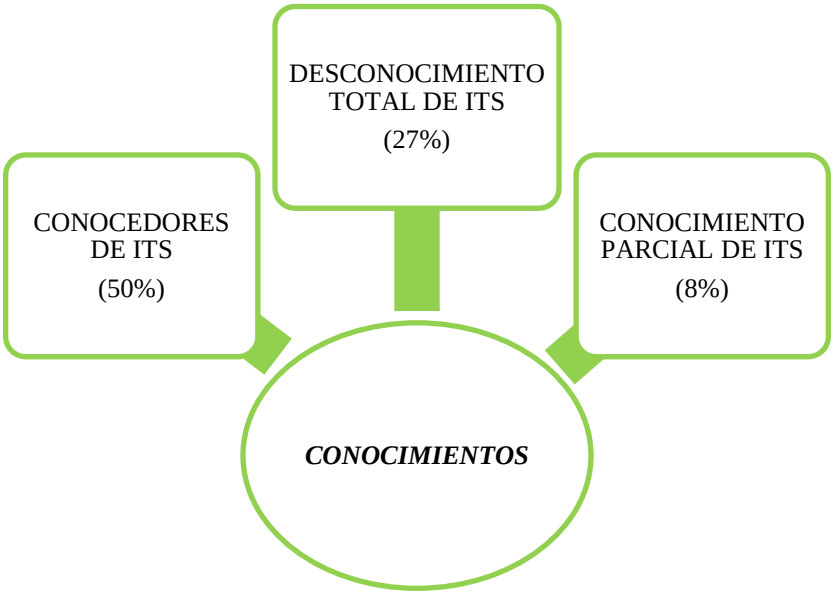


Figura 6. Caracterización de los individuos en el componente conocimientos

En este componente de análisis surgen grupos en los cuales se identifican perfiles de interés para la investigación. El grupo más relevante en términos de cantidad de participantes es aquél que reúne el 50% de los encuestados (127 personas). Este se caracteriza por responder que hay un conocimiento de ITS tales como, Clamidias, Virus del Papiloma Humano (VPH), Gonorrea, Hepatitis B, Sífilis, Herpes simple y VIH/Sida, y no conocer Moniliasis y no considerar a Diabetes mellitus, Ulcera péptica y Moniliasis como ITS.

Además, estos grupos afirman que las ITS son infecciones que pueden transmitirse de una persona a otra durante una relación sexual, vaginal, anal u oral, estar de acuerdo con que la probabilidad de adquirir VIH/Sida aumenta si se tienen relaciones sexuales sin protección y totalmente de acuerdo que la probabilidad aumenta si las

parejas se hacen la prueba y realizan acuerdos de protección mutua y también que el uso adecuado del condón que implica usarlo durante toda la relación sexual.

Lo anterior es coherente con los resultados que arroja la ENDS, (2015), donde se evidencia que entre todos los encuestados (mujeres y hombres), los métodos modernos específicos más reportados son: condón masculino, esterilización femenina y píldora (todos por encima del 90**%**) (p.44) Así como la percepción de aumento de riesgo de adquirir el VIH/SIDA cuando, se tienen relaciones sexuales sin protección.

Por otra parte, de éste grupos también se puede inferir que los individuos no consideran como ITS ni la Moniliasis ni el Chancro blando, lo cual ratifica la afirmación que aporta el estudio de la ENDS, (2010) sobre el desconocimiento de la existencia de ITS, "en mujeres en el rango de edad de 13 a 49 años se reporta un desconocimiento del 18.6% de esta población, y en hombres el porcentaje fue de 16.4%" (p. 374). En este mismo orden de ideas, el grupo frente a las preguntas de verificación deja en evidencia que la "Diabetes mellitus" y "Ulcera péptica" no son ITS.

También, otro grupo de especial relevancia es aquel que reúne un 27% de participantes (70 personas) y que se caracteriza por no haber oído hablar de Clamidias, VPH, Hepatitis B y Chancro Blando, al igual no consideran como ITS a Clamidias, Hepatitis B, Chancro Blando, VPH, Moniliasis, Ulcera péptica y Herpes simple.

Estos individuos se aglomeran por no saber si a simple vista se puede detectar que una persona tiene una ITS y no creen que una persona puede reducir el riesgo de evitar infectarse del VIH absteniéndose de tener relaciones sexuales, están parcialmente

de acuerdo con que la probabilidad de adquirir el VIH aumenta si se tienen relaciones sexuales sin protección y creen que las ITS solo afectan a personas de 15-39 años.

De acuerdo con lo anterior, este grupo se puede perfilar como los encuestados que efectivamente no tienen conocimientos sobre ITS, es decir que afirman no conocer y al verificar esta información con la identificación de algunas ITS como tal, en efecto no las consideran. Este desconocimiento se complementa con la creencia de que las ITS solo son para un grupo etario en particular, no están seguros de saber que las ITS no se observan a simple vista y que la manera más efectiva de prevenirlas no necesariamente es usando protección.

En concordancia con los resultados de la ENDS 2015, estos resultados reafirman el hecho de que aun cuando en la mayoría de la población hay un conocimiento por lo menos básico, todavía existen personas que piensan que el VIH/SIDA y otras ITS es “un problema de otro”.

Otro grupo que se evidencia en el análisis reúne un total 8% participantes (18 personas) que reúnen características tales como, haber oído hablar de Chancro blando y considera a Diabetes mellitus, Ulcera Péptica, Moniliasis, Hepatitis B, Clamidias y Chancro blando como ITS, además manifiestan que el uso adecuado del condón implica usarlo únicamente cuando el hombre va a eyacular.

Este grupo puede reflejar lo que en la ENDS 2010 también evidencio y permitió concluir que “Conocer un método (s)” no significa que la población tenga un buen conocimiento. Es decir, que la población sabe cómo se usa, cuáles son sus ventajas y

desventajas, pero a su vez tengan ideas incorrectas frente al papel preventivo que pueda tener el uso del condón (ENDS, 2010, p. 120).

Lo anterior implica que definitivamente en términos de conocimientos, los participantes del estudio se caracterizan en tres grupos importantes que son, en primer lugar, los que dicen saber y verdaderamente tienen conocimientos como para lograr identificar ITS e identificar mecanismos adecuados de prevención, seguido por los que definitivamente no tienen conocimientos y por ende tienen ideas incorrectas sobre prevención y finalmente los que dicen saber pero que no necesariamente esto implica tener presentes mecanismos adecuados de prevención.

A modo general, en este componente se puede concluir que si bien el grupo de encuestados con un nivel deseable y/o mínimo en cuanto a conocimientos necesarios para abordar la doble protección, es un grupo considerable en términos de cantidad de encuestados (50%), no se debe olvidar que aún existe una proporción de personas (35%) que no tienen claridad en este tipo de conocimientos (27%) y/o los conocimientos que tienen no son suficientes para apropiar la doble protección (8%).

Ante esto se debe tener claro que la importancia de trabajar con esta minoría debe estar bajo el enfoque que son estos conocimientos los que constituyen la base para la adopción de posibles actitudes y prácticas (Centro Centroamericano de Población, 2014. Citado por ENDS 2015).

Para cerrar, es importante mencionar que el porcentaje de participantes restante no se logra caracterizar por respuestas en común y es por ello por lo que no se hace mención alguna; todo lo anterior se concluye teniendo como referente la información de

un total de (70) variables, de las cuales el total de variables incluidas para la caracterización de individuos en este componente fueron (53).

Actitudes

VARIABLES CLASIFICATORIAS

- Susceptibilidad percibida frente al uso del condón
- Razones del no uso del condón
- Exposición a factores de riesgo en relaciones sexuales
- Cambio de parejas sexuales
- Prioridad de protección en las relaciones sexuales

OTRAS VARIABLES

- Estrategias, acuerdos de cuidado y autocuidado en las prácticas sexuales
- Claves para la acción frente al cuidado de ITS y embarazos no esperados
- Actitud frente a formas particulares de doble protección

GRUPOS DE INDIVIDUOS CLAVE

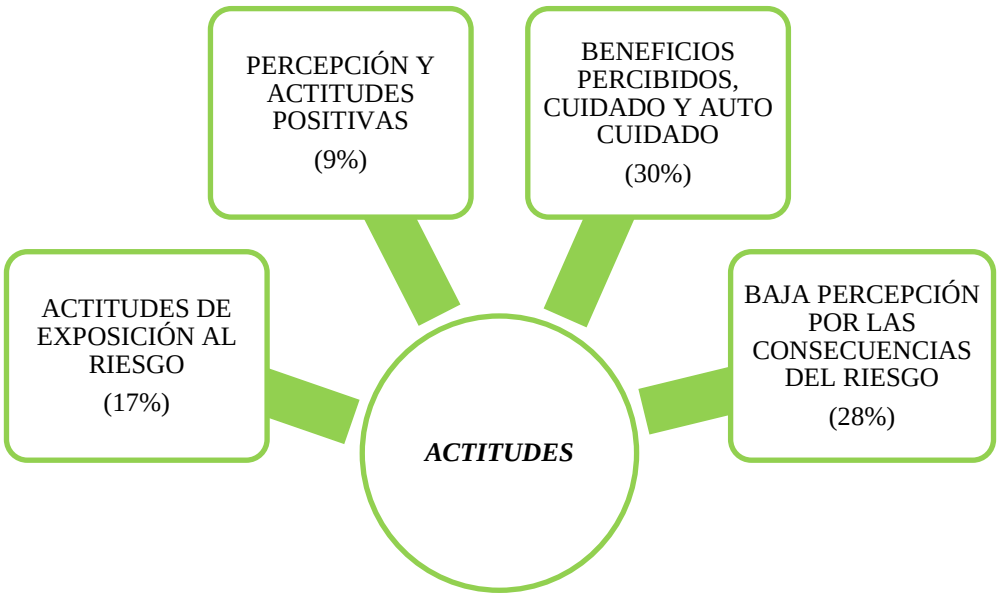


Figura 7. Caracterización de los individuos en el componente actitudes

Para el segundo componente de análisis surgen cuatro (4) grupos en los cuales se identifican perfiles de interés que evidencian las actitudes que tienen los participantes de la encuesta.

El grupo más relevante en términos de cantidad de participantes 30% (76 personas) se caracteriza porque los participantes afirman que siempre le piden el uso del condón a su pareja, al igual están totalmente en desacuerdo con que el uso del condón solo con parejas diferente a la estable garantiza una doble protección y manifiestan que ante la posibilidad de tener relación (es) sexual (es) con una nueva pareja, siempre usarían condón.

Las situaciones por las que emplean mecanismos de prevención y a las cuales le dan mayor prioridad son a ejecutar la doble protección, es decir, la prioridad al protegerse es siempre de embarazos no esperados e ITS, y para ejecutar esta acción manifiestan que

si van a tener una relación sexual y no llevan consigo un condón, se detienen hasta conseguir uno.

Sin embargo, lo que parece romper con la coherencia de este grupo es que los participantes dicen estar parcialmente de acuerdo con que el uso adecuado del condón se da durante toda la relación sexual, pero a su vez dicen que en sus relaciones sexuales tanto hombre como mujer exigen el uso de este método.

Este grupo, representa las actitudes positivas que reúnen algunos de los encuestados frente al cuidado y autocuidado en este fenómeno, es decir, adoptan dichas actitudes con al ánimo de disminuir el riesgo de la transmisión de ITS y embarazos no esperados.

Según Pérez & Bautista (2008) las características de este grupo hacen referencia a que ante factores tales como, exposición y susceptibilidad a un riesgo, la severidad de sus consecuencias y las posibilidades de controlarlo, la actitud de prevención es positiva, sin embargo, en este perfil de participantes se debe reforzar sobre el uso adecuado del condón.

Ahora bien, otro grupo que reúne características similares al anterior es aquel que involucra el 9% de participantes (22 personas) y que tiene como perfil común, que estos sujetos siempre le piden el uso del condón a su pareja, ante la posibilidad de tener una relación (es) sexuales con una nueva pareja siempre usaría condón y afirman estar totalmente de acuerdo con que el uso adecuado (durante toda la relación sexual) del condón garantiza una doble protección.

Este grupo al igual que el anterior, representa la parte de la población encuestada que responden positivamente ante actitudes frente al cuidado y autocuidado por las prácticas sexuales seguras, la gran diferencia es que ellos están totalmente de acuerdo que el buen uso del condón implica usarlo siempre y durante toda la relación sexual con su pareja estable y también, ante la posibilidad de tener nuevas relaciones con otras parejas, darle este uso adecuado.

Por otro lado, el grupo considerado en el segundo nivel de relevancia por el volumen de participantes 28% (73 personas) es aquel que se identifica reunir características de bajo nivel de prevención, es decir, estos participantes afirman que nunca le piden el uso del condón a su pareja, están totalmente o en desacuerdo con que no es necesario el uso del condón para garantizar una doble protección, manifiestan que están parcialmente de acuerdo con que el uso del condón solo con parejas diferentes a la estable garantiza una doble protección y si van a iniciar una relación sexual y no llevan consigo un condón realizan otra acción diferente a las propuestas.

Como se puede observar este grupo se caracteriza por tener afirmaciones no deseadas en términos de solicitud y uso de condón en las relaciones sexuales (con su pareja o con alguien diferente) por lo cual no hay una prevención frente al riesgo al que pueden estar expuestos los sujetos. Acciones que, según la ENDS, (2015) son consideradas como relaciones sexuales de alto riesgo.

En términos de actitudes, otro grupo que se genera entre los participantes es aquel que se caracteriza por reunir el 17% del total de participantes (44 personas), estos participantes solo algunas veces le piden el uso del condón a su pareja, manifiestan que

una de las razones por las que creen que no le piden el uso de condón a su pareja es porque disminuye el placer o porque no le gusta usarlo.

A lo anterior se le suma que si van a iniciar una relación sexual y no llevan consigo un condón tienen relaciones sexuales con su pareja, además están de acuerdo con que el uso del condón solo con parejas diferentes a la estable garantiza una doble protección, solo algunas veces usarían condón ante la posibilidad de tener una relación (es) sexual (es) con una nueva pareja.

De esta manera, también afirman que aproximadamente ha tenido relaciones sexuales con 3 personas diferentes en los últimos 6 meses y su prioridad al protegerse es únicamente de un embarazo no deseado.

Este grupo no da evidencia de una actitud saludable frente a las relaciones sexuales que tengan, las principales razones de esta conclusión radican en que no hay negociación, dialogo ni acuerdos básicos frente al uso del condón.

Los grupos anteriores y su densidad (cantidad de participantes) evidencian la ruptura entre el conocimiento y la actitud que se tiene frente a los riesgos durante las relaciones sexuales. El conocimiento de la exposición y susceptibilidad a embarazos no deseados e ITS son evidentes y tienen conocimiento de ello, sin embargo, en la inmediatez no se evidencia una medida de prevención, esto dada la diferencia de tamaños de los grupos de los que se esperan coherencia. El simple hecho de tener relaciones sexuales protegidas representa una mejor forma de prevención como una práctica de autocuidado que supone autonomía sexual y reproductiva, y esto no es transversal a todos los grupos.

Los grupos en los que si resulta característico no necesariamente implican una mayoría de los participantes (solo 39% de las personas encuestadas pueden perfilarse como de actitudes saludables); es relevante recordar que en el componente anterior ya se había identificado un 50% de los participantes que se perfilan como el grupo de tener los conocimientos deseados. Una conclusión preliminar es que como mínimo un 11% de los encuestados con conocimientos deseables no están perfilados como personas con actitudes saludables.

Para concluir con este componente, se puede evidenciar que, en términos de actitudes, los participantes se dividen en dos grupos, el primero compuesto por los que tienen actitud que se refleja de manera positiva, es decir, tienen percepción frente a las implicaciones que hay a la hora de tener una relación (es) sexual (es) sin protección y el impacto del riesgo que implica exponerse (salvo la excepción de un 21% de los participantes e involucrados en este perfil que están parcialmente de acuerdo con que el uso adecuado del condón -durante toda la relación sexual- garantiza una doble protección) y el segundo por los que no tienen actitudes preventivas frente a ningún tipo de cuidado o autocuidado por sus prácticas sexuales.

Con respecto a lo anterior, es importante mencionar que el porcentaje de participantes restante no se logra caracterizar por respuestas en común y es por ello por lo que no se hace mención alguna y lo anterior se concluye teniendo como referente la información de un total de 53 variables, de las cuales el total de variables que intervienen en el proceso de clasificación de este componente son 50.

Prácticas

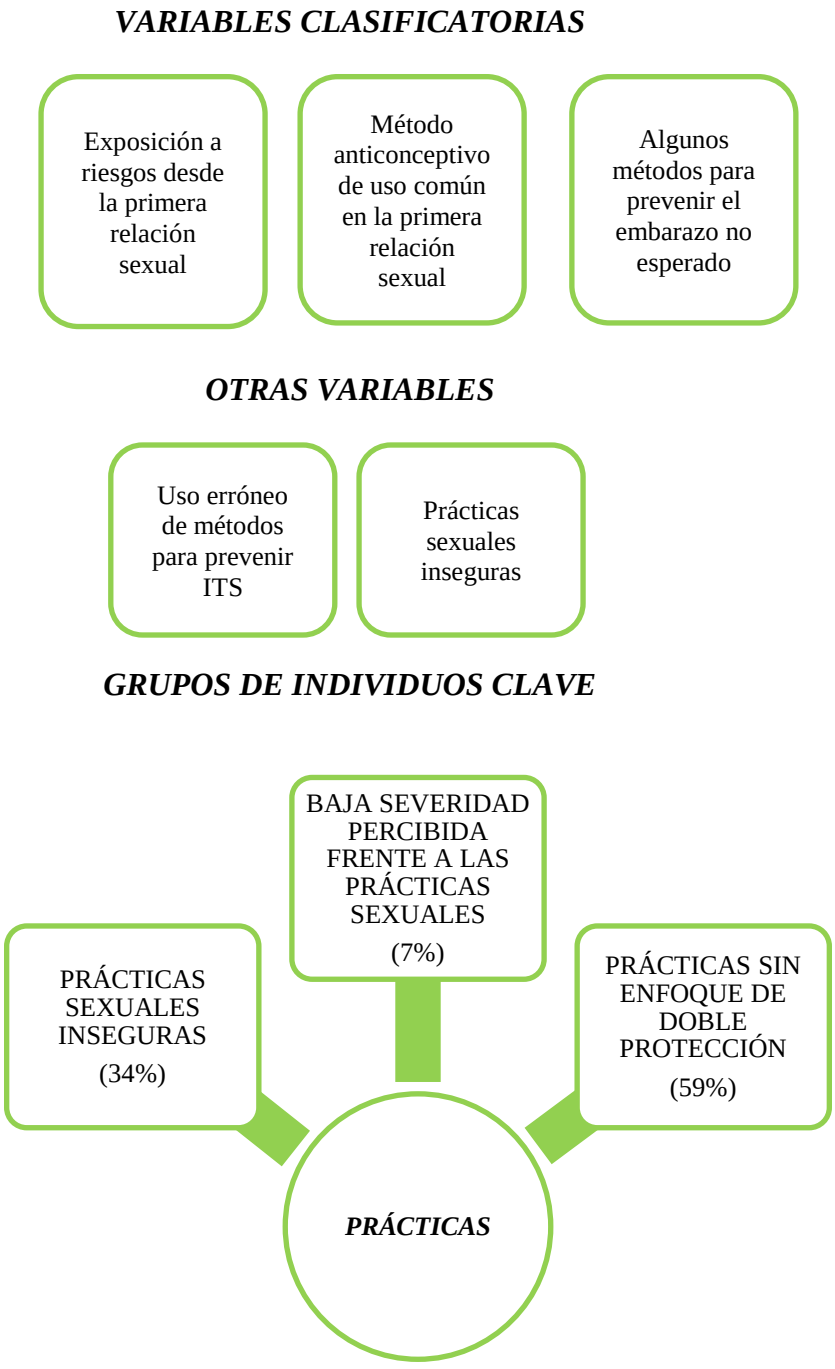


Figura 8. Caracterización de los individuos en el componente prácticas.

Para este componente se reúnen tres (3) grupos donde se identifican las prácticas más frecuentes que tienen los participantes de la encuesta. Es de resaltar que el grupo que se destaca en términos de cantidad de participantes es aquel que reúne el 59% (149 personas) se caracteriza por que los participantes, (o sus parejas) usaron como método anticonceptivo el implante en su primera relación y como métodos de prevención del embrazo usan el implante o el método del ritmo o calendario.

Este grupo, reúne ciertas prácticas preventivas, más sin embargo estas no tienen un enfoque de doble protección lo que preocupa ya que en términos de prevención de ITS estos participantes tampoco han tomado acciones saludables, implicando ser agentes riesgosos en las próximas relaciones que tengan si continúan con esta exposición.

Esto sin olvidar que en términos de embarazos no esperados el panorama no es más alentador, pues contemplar como mecanismo de prevención el método del ritmo o calendario, cuando este se considera como la identificación del periodo fértil, teniendo como base la historia de los ciclos menstruales de la mujer, es una práctica que según Profamilia (2017) es conocida como un método “natural”, que como bien se menciona se basa el funcionamiento del aparato reproductor humano y que tiene una tasa de fallas demasiado alta, por lo que no son recomendados por los profesionales de la salud, ya que no son métodos confiables para prevenir un embarazo.

Por otro lado, se reúne un grupo de 88 personas (34% de los encuestados) que se caracteriza porque en su primera relación sexual no usó ningún método anticonceptivo y actualmente no usar ningún método anticonceptivo para prevenir el embarazo no esperado.

Este grupo reúne particularidades que hacen referencia a las prácticas sexuales inseguras que, según Davis y Blake, (1956) y Moreno y Singh, (1996), son prácticas que pueden ser vistas en factores que están relacionados con los determinantes próximos, es decir, aquellos relacionados con la exposición al riesgo de embarazo; pues es en el inicio de las relaciones sexuales donde en gran parte se determina la exposición a riesgos como ITS y/o embarazos no esperados.

Igualmente, esto genera una alerta dado que las relaciones de alto riesgo se identifican por variables como la protección desde su primera relación sexual, por lo cual, si desde el inicio de la vida sexual no hay una acción practica preventiva para evitar la exposición a estos riesgos (prevención de embarazos no deseados o alguna ITS) las relaciones sexuales de estos participantes pueden considerarse riesgosas y entregar el riesgo a otras personas si continúan con esas malas prácticas.

Para cerrar el último grupo que se reúne en este componente, está conformado por 7% de participantes (17 personas) y manifiestan que el uso del implante es concebido como método para prevenir una ITS y un embarazo no esperado al igual que para su primera relación sexual el implante fue el método de prevención.

Como bien se menciona los participantes de este grupo tienen en común haber utilizado como método anticonceptivo los implantes en su primera relación con fines de prevenir el embarazo e ITS; pero es de resaltar que, según Profamilia, los implantes son anticonceptivos que se colocan debajo de la piel del brazo y estos liberan una hormona progestina para evitar el embarazo no esperado, sin embargo, no son métodos que ayuden a prevenir una ITS.

En efecto, lo anterior significa que estos participantes de cierta forma se unen al grupo mencionado previamente, pues son agentes que se exponen a relaciones sexuales riesgosas en caso de continuar con las malas prácticas y no tener en cuenta que no están exonerados de contraer alguna ITS.

En conclusión, ninguno de los grupos generados desde esta perspectiva refleja una percepción de la susceptibilidad y gravedad a la exposición de estos riesgos, ocasionando como constante las relaciones de alto riesgo. La pregunta que se genera con estos resultados es ¿a qué porcentaje se redujo el grupo de encuestados que tienen conocimientos deseados, actitudes saludables y buenas prácticas?

En la misma línea, se concluye que la vulnerabilidad de la población está en la ruptura de la articulación de estos componentes; el conocimiento del uso del condón en las relaciones sexuales puede ir en vía de ser represente fundamental en la clave de la acción para evitar la trasmisión ITS y en embarazo no esperado, sin embargo, estos resultados no dan cuenta de ser un mecanismo de protección que realmente se tenga en cuenta cuando se enfrenta a esos riesgos en esta población.

Finalmente, en este componente se puede evidenciar que, en términos de prácticas, los participantes se dividen en dos grupos, el primero que son los que reúnen prácticas sin enfoque de doble protección, es decir, su interés es por protegerse de embarazos no esperados y el segundo que son los que definitivamente no tienen práctica alguna para prevenir ningún tipo de exposición.

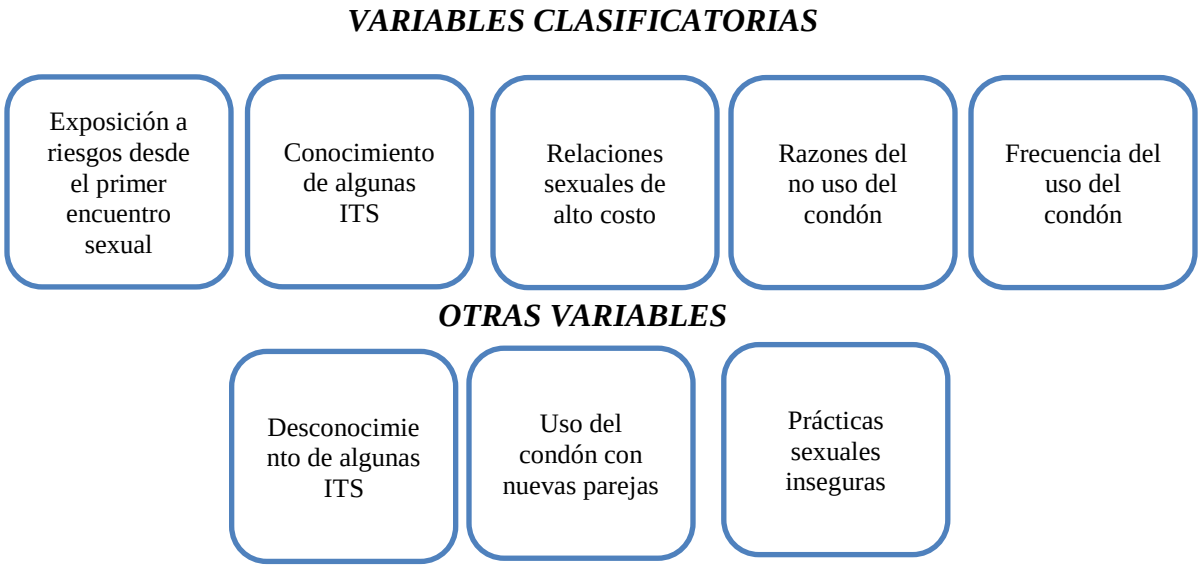
Con respecto a lo anterior, es importante mencionar que esto se concluye teniendo como referente la información de un total de 51 variables, de las cuales el total de variables que intervienen en el proceso de clasificación de este componente son 38.

Relación de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) frente a la doble protección

Con el propósito de cumplir el objetivo final planteado para este trabajo de investigación, se utiliza la misma metodología de ACM pero que a diferencia de los análisis anteriores, en este caso se reúnen las variables más relevantes[1] de los tres componentes usados para la encuesta (CAP), todo con el fin de relacionar la actitud con los conocimientos que tiene la población encuestada frente a las prácticas de doble protección.

De este análisis resultan tres grupos, para este caso particular la inercia calculada bajo este criterio es: 75% la cual es un porcentaje considerable y permite continuar con la interpretación de los resultados derivados por estos métodos.

Grupo 1



[1] La relevancia de las variables se define en términos de ser aquellas que clasificaron la población cuando se hizo un análisis mediante metodologías multivariadas para cada componente. Es decir, en el análisis de la población desde la óptica de los tres componentes de interés (conocimientos, actitudes y prácticas) se tuvo en cuenta solo aquellas variables que fueron influyentes en la clasificaron la población cuando esta se analizó componente por componente; las demás variables no se tienen en cuenta dada la baja influencia demostrada en los análisis previos.

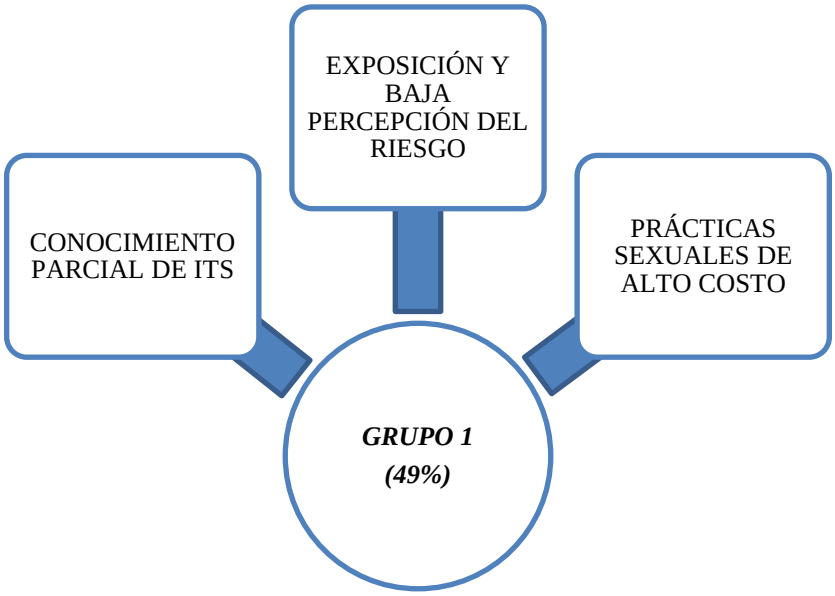


Figura 9. Caracterización de los individuos en el grupo N° 1.

Para iniciar, es pertinente mencionar que como se evidencia en la Fig. 9 este grupo se destaca en términos de cantidad de participantes, pues es aquel que reúne el 49% (125 personas), de esta forma este grupo se caracteriza por reunir las siguientes variables, en primer lugar, no usaron ningún método para prevenir el embarazo no esperado ni ITS en su primera relación sexual, algunas de las razones por las que no usaron condón en su primera relación sexual como método anticonceptivo fueron, por inexperiencia, porque tenían pareja estable, otra razón.

Con respecto a la última relación sexual también expresaron que no usaron ningún método para prevenir ni el embarazo no esperado ni ITS, al igual algunas veces o nunca le piden el uso del condón a su pareja y la razón por la que manifiestan que no le piden el uso del condón a su pareja porque no lo creen necesario, expresan que solo algunas veces usarían condón con una nueva pareja y están totalmente en desacuerdo con la afirmación “No es necesario el uso del condón para garantizar una doble protección”.

Sin embargo, identifican como ITS y han oído hablar del VPH, Gonorrea, Sífilis, VIH/SIDA, pero no consideran a Moniliasis y Ulcera Péptica (no es una ITS).

En primer lugar, este grupo se caracteriza por tener conocimiento parcial de algunas ITS (Gonorrea, Sífilis, VIH/SIDA, VPH), ITS que son consideradas como las más comunes dentro del registro que generó la ENDS (2015), por ejemplo, VIH/SIDA (98%) mujeres y hombres entre los 13 y los 49 años, VPH se encontró que el (90%) mujeres y el (81%) de los hombres, entre 13 a 69 años ha oído y considera las anteriores como ITS.

Más sin embargo, lo que llama la atención de este grupo es que a pesar de contar con el conocimiento de algunas ITS, no basta para lograr cambios en las prácticas sexuales de los participantes, pues este grupo se caracteriza por la exposición y baja percepción del riesgo, esto se puede corroborar en las afirmaciones que hay con relación a ciertos comportamientos que implican riesgo sexual, por ejemplo, las manifestaciones del no uso de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual ni en la última.

Para cerrar, Prieto y González, (2008) citados por ENDS, (2015) expresan que el uso del condón en la primera relación sexual es un trazador de comportamiento sexual, esto se puede contrastar con lo mencionado anteriormente, pues es evidente que no hay ninguna práctica preventiva desde el inicio, lo cual se ve reflejado en las ultimas relaciones sexuales, donde los participantes afirman que algunas veces o nunca le piden el uso del condón a su pareja.

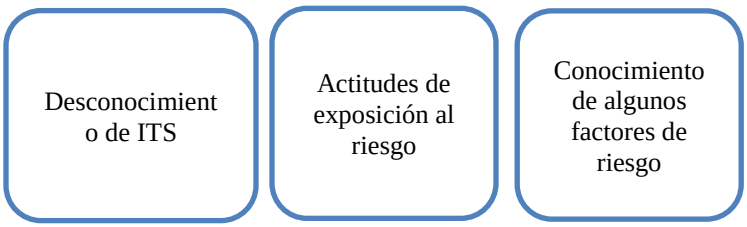
Además, los participantes enuncian que solo algunas veces con una nueva pareja usarían condón, a lo que cabe agregar que como bien se muestra estas conductas se

mantienen, lo cual reafirma el postulado de (Prieto & González, 2008) donde presentan que hay una mayor probabilidad de mantener la práctica de riesgo y exposición.

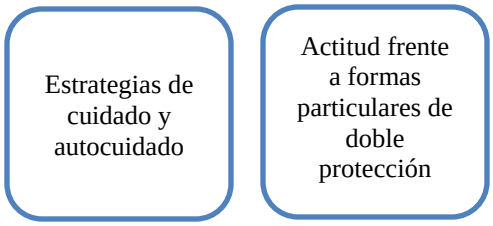
Es por esto por lo que Teva, Bermúdez y Ramiro (2014) reconocen la necesidad de desarrollar estrategias y actuaciones que instalen y refuercen comportamientos centrados en la protección, como el uso correcto del preservativo en todas las relaciones sexuales; así, es importante considerar la ejecución de estudios científicos que expliquen los diversos factores que influyen en el uso correcto y consistente del condón en las relaciones sexuales.

Grupo 2

VARIABLES CLASIFICATORIAS



OTRAS VARIABLES



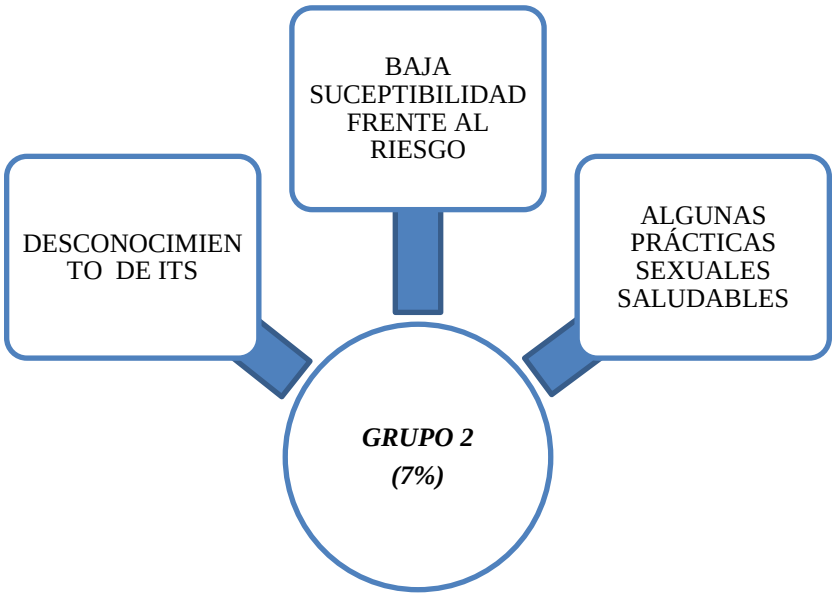


Figura 10. Caracterización de los individuos en el grupo N° 2

Como se evidencia en la Fig. 10 este grupo se no es tan considerable en términos de cantidad de participantes 7% (18 personas), más, sin embargo, reúne características interesantes tales como no haber oído hablar de ITS tales como, Gonorrea, VIH/SIDA, Sífilis, VPH, Clamidias, Hepatitis B, no consideran como ITS, Gonorrea, Clamidias, Hepatitis B, Herpes Simple, Sífilis y no han oído hablar de Herpes simple.

Además, están totalmente en desacuerdo con que la probabilidad de adquirir el VIH/SIDA aumenta sí las parejas se hacen la prueba y realizan acuerdos de protección mutua y de acuerdo con que aumenta si se consume alcohol y/o drogas antes de tener relaciones sexuales.

También es importante mencionar que, los participantes que componen afirman que siempre le piden el uso del condón a su pareja, pero están de acuerdo con que el uso del condón solo con parejas diferentes a la estable garantiza una doble protección.

Las características que reúne este grupo son consideradas interesantes pues son participantes que como bien se presenta, afirman que no han oído y no consideran ninguna de las enfermedades expuestas como ITS (Gonorrea, VIH/SIDA, Sífilis, VPH, Clamidias, Hepatitis B, Herpes Simple).

Es necesario recalcar, que estos participantes declaran que le piden el uso del condón a su pareja, pero están de acuerdo con que el uso de este método solo con parejas diferentes a la estable garantiza la doble protección, lo cual deja en manifiesto que la susceptibilidad percibida de los participantes ante la posibilidad de un problema de salud (generado por una ITS o un embarazo no esperado) varia en el sentido de que consideran la exposición únicamente con personas externas, pero nada garantiza que su pareja estable sea constante en el ámbito sexual.

Desde la perspectiva de la teoría de la acción planificada (Ajzen, 1991), las actitudes favorables hacia conductas que implican un riesgo beneficiarían las mismas, en este caso las actitudes están asociadas el uso del condón en todas las relaciones sexuales y en todo el acto sexual, pero de lo contrario estas generan una exposición a los factores mencionados.

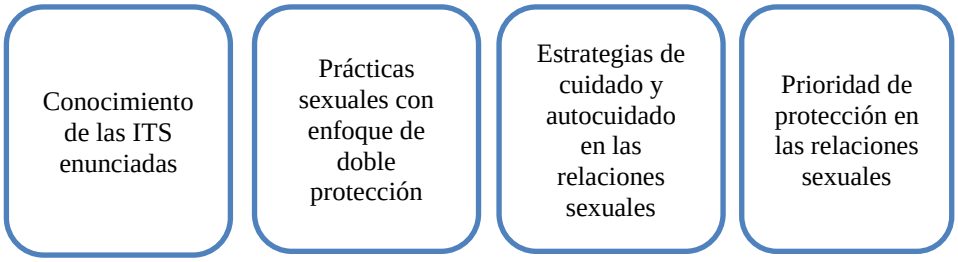
Es por esta razón que este grupo reúne estas denominadas características interesantes, pues ilustra el valor predictivo de la actitud negativa frente al uso del condón comparado con el desconocimiento lo cual a su vez genera una práctica riesgosa de exposición.

En conclusión, se pone a consideración que dichas prácticas sexuales constituyen y tienen gran influencia en la articulación del cómo los conocimientos y las

actitudes son marcadores de indicios de como las personas se disponen a ejercer un esfuerzo con el fin de realizar la acción deseada, por lo que, mientras mayor sea la intención de realizar una acción, hay mayor probabilidad de que se lleve a cabo; y si las personas se perciben como eficaces para ejecutarla, es muy probable que la realicen. (Uribe, Bahamón, Reyes, Trejos & Alarcón, 2016)

Grupo 3

VARIABLES CLASIFICATORIAS



OTRAS VARIABLES



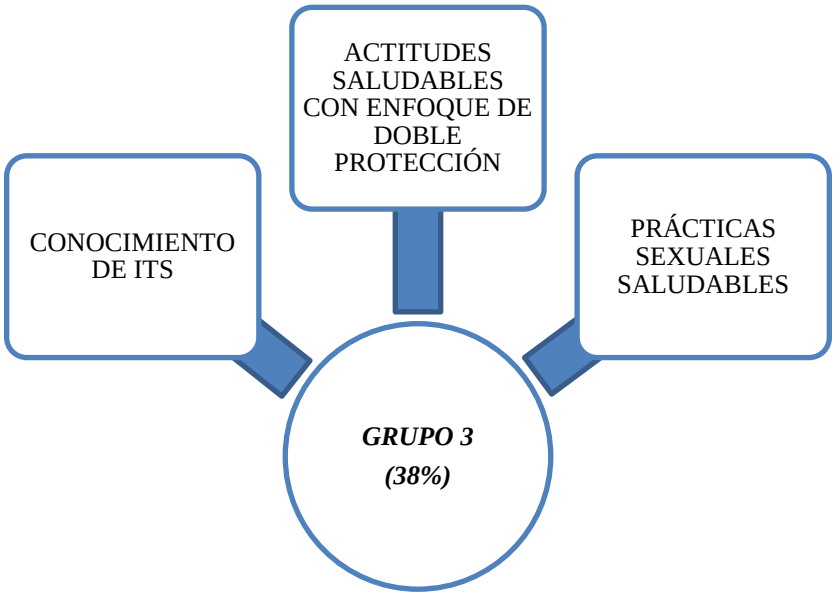


Figura 11. Caracterización de los individuos en el grupo N° 3

Por último, se contempla el grupo 3 que se caracteriza por reunir el 38% (97 personas) y se agrupa por tener en común las siguientes variables, en primer lugar, manifiestan que en su primera relación sexual si usaron un método anticonceptivo para prevenir el embarazo no esperado y las ITS y el método que usaron para prevenir estos dos factores de riesgo fue el condón.

En lo que respecta a la prevención que practicaron en su última relación sexual expresan que usaron como método anticonceptivo el condón, además siempre le exigen el uso del condón a su pareja (tanto hombre como mujer), y su prioridad al protegerse en una relación sexual es de ITS y embarazos no esperados.

En situaciones propuestas como en la posibilidad de tener una relación sexual con una nueva pareja enuncian que siempre usarían condón y responden que si van a tener una relación sexual y no llevan consigo un condón se detienen hasta conseguir uno

y finalmente están totalmente en desacuerdo con que el uso del condón solo con parejas diferentes a la estable garantiza una doble protección.

Acerca de este grupo es pertinente destacar, como se hace presenta la conjugación de conocimientos, actitudes y prácticas saludables, si bien en este grupo lo común son estos componentes, también es de destacar que la percepción del riesgo no es individual, sino que se manifiesta en el cuidado por el otro, es decir, se emplean estos componentes, de tal manera que benefician las conductas de prevención en acuerdos mutuos, bien sea con la pareja estable o con una (s) posible (es) nueva (s) pareja (s) sexual (es).

Para relacionarlo en términos del modelo de creencias en salud de Maiman y Becker, 1974; Rosenstock, (1974) es importante mencionar el postulado que realizan Moreno y Gil (2003), donde expresan que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: 1) el valor que el sujeto atribuye a determinada meta y 2) la estimación que el sujeto hace de la probabilidad de que una acción llegue a conseguir esta meta.

Por lo cual habría que decir, que para traducirlas en términos de lo que manifiestan los participantes de este grupo seria, 1) el deseo de evitar la enfermedad o exposición al riesgo (ITS o embarazo no esperado) y 2) la creencia de que una conducta especifica puede evitar la exposición a prácticas no saludables.

De modo tal que este grupo, representa que la articulación de los componentes de conocimientos, actitudes y prácticas, implican directamente una reducción significativa del riesgo que se puede correr en una relación sexual y cómo las acciones

que realizan toman valor predictivo en las prácticas saludables que pueden ejecutar a lo largo de su vida sexual.

Para cerrar con este segundo análisis, es pertinente retomar la pregunta planteada en el primer análisis, es decir, *"¿A qué porcentaje se redujo el grupo de encuestados que tienen conocimientos deseados, actitudes saludables y buenas prácticas?"*, como es presentado, el grupo que reúne estas características es el grupo 3 (Ver fig. 11) el cual reúne el 38% de los encuestados, por lo cual, se puede decir que los otros grupos (49% y 7%) son considerados como los que reúnen baja susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud y/o riesgo.

Pues según, Moreno y Gil, (2003) la susceptibilidad percibida es una dimensión importante que valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad "estadística" de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad.

A modo de conclusión en este segundo análisis se logra relacionar la actitud con los conocimientos que tiene la población encuestada frente a las prácticas de doble protección en estos tres grupos presentados.

Estos grupos se dividen en primer lugar los que conocen algunas ITS, pero no tienen actitudes saludables frente a la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar y tienen prácticas de exposición frente al riesgo, seguido por los que afirman que no

conocen ninguna ITS no tienen actitudes saludables, pero manifiestan que tienen prácticas de protección con posibles nueva (s) pareja (s) sexual (es) y finalmente los que tienen conocimientos sobre ITS, mantienen actitudes saludables desde el inicio de su vida sexual hasta la actualidad y dicen que tienen prácticas con enfoque de doble protección.

Con respecto a lo anterior, es importante mencionar que el porcentaje de participantes que se reúnen en este análisis es de 94%, el porcentaje de participantes restante no se logra caracterizar por respuestas en común y es por ello por lo que no se hace mención alguna y esto se concluye teniendo como referente la información de un total de 174 variables, de las cuales el total de variables que intervienen en el proceso de clasificación de este componente son: Conocimientos:53 Actitudes:50 Prácticas:38 (141 variables).

Capítulo 6

CONCLUSIONES

Doble protección uso y comprensión

Si bien la decisión y/o motivación frente al uso de la doble protección como estrategia de prevención se ve mediada por los factores que se retoman a lo largo del texto, como se pudo evidenciar, hay una ruptura entre los ejes de conocimientos, actitudes y prácticas, pues como se señala en los resultados el riesgo potencial de adquisición un embarazo no deseado o una ITS es una constante en la cotidianidad de la mayoría los sujetos que participaron en el estudio.

Es evidente que existen conocimientos frente algunas ITS y métodos para prevenir los embarazos no esperados, sin embargo, el conocimiento que se debería tener, el cual hace alusión a las formas de promoción y prevención frente a la salud sexual y reproductiva se agota en información vaga sin sólidos fundamentos que permitan a los sujetos potencializar dicho conocimiento y emplearlo de manera conjunta con las actitudes y prácticas correspondientes a formas de doble protección.

Es importante tener en cuenta que estos conocimientos están determinados por factores de orden individual y social, lo anterior supone que promover el denominado conocimiento comprensivo facilita y da herramientas a los sujetos, lo cual acciona su actuación como agentes activos en términos de cimentar acciones preventivas que permanezcan y estén en constante renovación a lo largo de la vida con el fin de mitigar e incluso darle fin al riesgo potencial de continuar generando un crecimiento de las ITS, la mortalidad temprana, los embarazos en adolescentes, abortos inseguros, etc.

Como bien se presenta casi el 99% de la población que hizo parte de esta investigación ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo, entre ellos se destacan las píldoras y la inyección mensual, pero lo que hace detener y ratifica las falencias en la articulación de estos ejes es la carencia del principio de realidad que da cuenta de la importancia frente la prevención de estas situaciones de riesgo, pues estas son consideradas situaciones externas, es decir, hace validos mitos tales como, “eso no me pasa a mí”, “tengo pareja estable, no me puede pasar”, entre otras.

Como es de esperar la validación de mitos hace que en parte de la población encuestada exista aun la creencia que las ITS no afectan a todas las personas y/o también confíen en prácticas tales como el coito interrumpido, lo anterior al igual que en la Teoría de Acción Razonada hace evidente que el índice de la probabilidad de la intención hacia la conducta está ligado con la actitud de las creencias del individuo (Reyes, 2007).

De manera similar, esto se reúne como un indicador que representa la problemática por la cual no se desliga la mencionada “información vaga” sobre lo que es la doble protección, pues la importancia que hay frente al conocimiento permite identificar la realidad a la cual se puede estar expuesto a la hora de enfrentarse a factores que inhiben las conductas protectoras.

Con respecto al eje de actitudes, se identifica que va de la mano con los comportamientos; un punto relevante entre la población encuestada permite ver que estas no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder.

Es decir, este eje como predicado de un comportamiento futuro, da cuenta de los conceptos empleados en el MCS (la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios y barreras percibidas).

Pues si bien la población manifiesta en un 100% que no quiere adquirir por ejemplo una ITS, no concibe que está la exposición constante en relaciones sexuales sin protección, lo que por supuesto, acarrea efectos que finalmente tendrán repercusiones de diferente orden.

Ante este panorama se hace evidente que las actitudes juegan un papel relevante en una dimensión positiva o negativa (en una situación o contexto) lo cual, permite afirmar que al ser el segundo eje de esta construcción le permite o no al sujeto contemplar las posibilidades frente al uso de la doble protección.

Lo anterior, permite que estas actitudes de prevención hagan parte del sistema de creencias de los sujetos, teniendo esto como un grupo de ideas que permitan constituir actitudes que contemplen ante la situación los beneficios y costos que pueda tener la misma.

Pues como bien lo menciona Reyes, (2007) una actitud se adquiere hacia un objeto cuando hay asociaciones de este con otros objetos de los cuales ya se tienen actitudes previas, sin embargo, para este fenómeno pareciera que entre la coherencia que tienen los sujetos con las acciones que ejecutan hay una brecha que impide el descenso de las tasas de embarazos no esperados y/o ITS.

Finalmente, las prácticas de prevención están subestimadas, pues parte de la población encuestada, asegura que la prevención “únicamente con parejas diferentes a la actual y/o estable” genera una práctica saludable que evita, ITS.

Debido a esto, la construcción de conocimientos frente a afirmaciones explicativas (como se ve en el MCS) permite ejecutar prácticas que destruyan mitos como los mencionados en este capítulo, lo cual daría claridad a las medidas prioritarias que se deben tener frente a la exposición de estas situaciones, con el fin de alcanzar metas que trasciendan desde lo individual a lo colectivo y social.

Pues a medida que se construyan prácticas de alto impacto, frente al cuidado por terceros y el autocuidado, se puede llegar a una articulación eficaz y efectiva que permita llevar a cabo la doble protección.

Para cerrar, a partir de las conclusiones que a grandes rasgos se realiza sobre la doble protección y la articulación de los ejes conocimientos, actitudes y prácticas, se hace la recomendación frente a las campañas de promoción y prevención de SSR, tener como consideración la afirmación que realiza (Acta, s. f.) “Conocimientos que se “deberían” saber, actitudes que se “deberían” pensar y prácticas que se “deberían” realizar”. Pues es a través de estos factores como la motivación, aprendizaje y percepción pueden generar incidencia en la mayor probabilidad de que se dé esta conducta saludable tan anhelada.

Lista de referencias

Alan Guttmacher Institute (2005). *Hacia un nuevo mundo: La vida sexual y reproductiva de las jóvenes.* Recuperado de: https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/salud-sexual-y-reproductiva-de-las-mujeres-jovenes-de-honduras

Arango, A. S. (2003). Trabajos de grado del CIDER n. 7, 2003. . *Trabajos de grado del CIDER n. 7, 2003. Teoría de los determinantes de la fecundidad, Marco teórico sobre los determinantes de la fecundidad* . Bogotá , Colombia .

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá.

Ávila. B, (2006) Introducción a la metodología de la investigación. Edición electrónica. Texto completo en http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/203/index.htm

Banco Mundial (2015) "Informe: Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer)" Retomado de; https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN

Bayes. R. (1994) "SIDA y psicología: Realidad y perspectivas" Universidad Autónoma de Barcelona. Rev. De Psicol. Graly aplic (1994), 47(2) 125-127.

Berer, M. (2006). Doble protección: más necesitada que practicada o comprendida. *Reproductive Health Matters*, 162–170.

Berer. M., (2006). "Doble protección: más necesitada que practicada o comprendida". *Derechos investigación y abogacía en salud sexualidad y reproducción*. Retomado de: http://www.diassere.org.pe/temas-de-salud-reproductiva/rev

Bolivariana, U. P. (S, f). *Universidad Pontificia Bolivariana.* "Enfoque cognitivo-conductual" Recuperado de: http://www.upbbga.edu.co/filesupb/ENFOQUE_COGNITIVO.pdf

Canals. J. (1978). "Análisis de Datos: Estadística multidimensional" UAM Universidad Autónoma de Manizales. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5855/36170_1.pdf?sequence=1

CEDE, (2004) "fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes"

CELADE / CEPAL, (2001) “la Transición Demográfica en América Latina” Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Santiago Chile.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, (2001). La Transición Demográfica en América Latina. Santiago Chile.

Collazos, M. F. (2013). Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. *biblioteca digital Universidad de Valle*.

Collazos, M., Echeverry, N., Molina, A., Canaval, G., Valencia, C. (2009). Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de clase. Colombia Médica, North América. Recuperado de: http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/376

Colombia Joven, presidencia de la republica. (S, f). *Colombia Joven, presidencia de la republica*. Recuperado de: http://www.colombiajoven.gov.co/quehacemos/Paginas/prevencion-embarazo-adolescente.aspx

ENDS, (2010) Encuesta nacional de demografía y salud 2010. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Recuperado de: http://profamilia.org.co/docs/ENDS%202010.pdf

ENDS, (2015). Encuesta nacional de demografía y salud 2015. Tomo II. Recuperado de: http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20TOMO%20II.pdf

Federación internacional de planificación de la familia, (2000) REGENT’S COLLEGE, INNER CIRCLE, REGENT’S PARK, LONDRES NW1 4NS, INGLATERRA “Declaración sobre Doble Protección contra el Embarazo no deseado y las Infecciones de Transmisión Sexual, incluso el VIH”

Fernández. S, (2011) “Análisis conglomerados”. Universidad Autónoma de Madrid. Retomado de: http://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/SEGMENTACION/CONGLOMERADOS/conglomerados.pdf

Gonzales. I, Conejero. C, Merino. P & Schulin. P. (2015) Sexualidad en la adolescente: consejería Sexuality in adolescent: counseling. Revista Médica Clínica Las Condes Vol.26, Issue 1

Hernando Rovirola, C., & Ortiz-Barreda, G., & Galán Montemayor, J., & Sabidó Espin, M., & Casabona Barbarà, J. (2014). Infección VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en la población inmigrante en España. Revisión bibliográfica. Revista Española de Salud Pública, 88 (6), 763-781.

Jardim DP. (2012) “Uso del preservativo masculino por adolescentes en el inicio de La vida sexual”

Moreno San Pedro, E., & Gil Roales-Nieto, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3* (1), 91-109.

Moreno y Gil (2003) El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Universidad de Almería, España. Vol. 3, N.º 1, pp. 91-109

OMS, (2015) Organización mundial de la salud, Nota descriptiva: VIH/SIDA. Retomado de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/

OMS, (2017) Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: “Desarrollo en la adolescencia”. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

OMS. (1993) Organización mundial de la salud, Informe: “Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir” Ginebra, Suiza

OMS. (2017) Nota descriptiva: VIH/SIDA. Organización mundial de la salud. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/

OMS. (S, f) Organización mundial de la salud, Informe: Temas de salud, Factores de riesgo”

PAHO/OPS -Organización Panamericana por la Salud, (2004) Infecciones de transmisión sexual: Marco de referencia para la prevención, atención y control de las ITS y herramientas para su implementación. Recuperado de: http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2004_Infecciones_de_transmision_sexual_Marco_de_referencia.pdf

Parra. J, (1996) “Modelo de análisis de correspondencias múltiples”. Revista de Ciencias Sociales, FCES - LUZ, Nueva Epc ca, Vol. II, No 2, 1996, pp. 183- '96

Pérez & Bautista (2008) “Susceptibilidad percibida de Diabetes Mellitus en adultos no diagnosticados” Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Retomado de: http://www.psicologiacientifica.com/diabetes-mellitus-susceptibilidad-percibida/

Prada E et al., Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.

Profamilia (2003) D.A.B.S "integración social". Retomado de: http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2015/cdv/2005-043.pdf

Profamilia (2013) ¿Qué es la doble protección? Blog informativo. Retomado de: http://www.profamilia.org.co/index.php?view=items&cid=9%3Ainfecciones-de-transmision-sexual-its&id=217%3Ai-que-es-la-doble-proteccion-&option=com_quickfaq

Profamilia (2017) Planificación familiar. Recuperado de: https://profamilia.org.co/inicio/hombre-2/servicio-hombre/planificacion-familiar-hombre/

Reyes. L, (2007) La teoría de la acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. Universidad Pedagógica de Durango. Retomado de: http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf

Salamanca. A & Giraldo. M (2012) modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica- ISSN 2216-0701 UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, Programa de Psicología, Bogotá D.C. Colombia.

Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 46, Issue 2, 2014, pp. 127-136. Recuperado de: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053414700160

Uribe-Alvarado, J.I., Bahamón, M.J., Reyes-Ruíz, L., Trejos-Herrera, A. & Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y práctica sexual protegida en jóvenes colombianos. Acta Colombiana de Psicología, 20(1), 212-220.

Vieira, A. (1973) El pensamiento crítico en la demografía. Centro latinoamericano de demografía. Santiago de Chile

ANEXOS

Categorías de análisis

Tabla 14. Presentación de categorías de análisis. Investigación: Exploración de conocimientos actitudes y prácticas de la población general sobre la doble protección, Colombia 2017

Categoría	***Subcategoría***	***Nombre de la variable***	***Definición conceptual***	***Definición operacional de la variable***
Características sociodemográficas: Son las características de una población en específico.		Sexo	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en 2 posibilidades, solamente hombre y mujer	¿Cuál es su sexo de nacimiento?
		Edad	La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	¿Cuantos años cumplidos tiene?
		Nivel educativo		

	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.	¿Qué año de estudios cursa actualmente? Nivel educativo alcanzado actualmente (tomado de la encuesta nacional de demografía y salud ENDS, 2010) -Ninguno -preescolar -primaria -secundaria -Técnica/tecnológica -Universitario -Posgrado
socio económico	Según el DANE (S, f) Los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas y/o los predios.	Según su lugar de residencia ¿Cuál es su estrato socioeconómico? -Uno (1) -Dos (2) -Tres (3) -Cuatro (4) -Cinco (5) -Seis (6)

DOBLE PROTECCIÓN Según (Profamilia, 2013) es: "protegerse al mismo tiempo de dos situaciones de riesgo: los embarazos no deseados y las Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el / VIH-SIDA"	*CONOCIMIENTO*	Conocimiento frente a la doble protección	Es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad.	P16 P17 P18 P19 P21 P22 P23 P24 P25 P26 P32
	ACTITUDES	Actitudes frente a la doble protección	Es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable. La actitud es una predisposición que actuar, el comportamiento es manifiesto. Las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder. Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes.	P13 P14 P15 P20 P27 P29 P30 P31 P35 P36 P37 P38
	PRÁCTICAS	Prácticas frente a la doble protección		P6 P7

	Las prácticas son una serie de comportamientos relacionados; refiriéndose a comportamiento como una acción explícita y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas.	P8 P9 P10 P11 P28 P33 P34

APÉNDICE

Instrumento de investigación