

**RELACIÓN ENTRE LAS CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y EL
AUTOCUIDADO SEXUAL EN JÓVENES Y ADOLESCENTES**

FRANCY JOHANA SERRANO MORENO

Trabajo de grado para optar por el título de:
PSICÓLOGA

Tutores:

**ISABEL CRISTINA RUIZ BUITRAGO
SUSANA CRISTINA BARRADAS PATACO ZÊZERE**

Universidad Externado de Colombia
Área de Demografía y Estudios de Población
Línea de Salud Sexual y Reproductiva
Psicología
Bogotá D.C.
2020.

Agradecimientos

A mi papá y mamá por su amor, apoyo incondicional, por sus ánimos cada que sentía y quería renunciar, por entenderme y creer en mí. Por y para ellos, ¡Aquí va la primera hija en graduarse de la Universidad! Todo gracias a ustedes.

A Natalia por su amor, cariño, abrazos y todas las risas sacadas para animarme en todo el proceso, aquí estaré yo para cuando te toque a ti.

A mi abue por apoyarme, consentirme y animarme todo el tiempo, con sus cariños y comidas deliciosas.

A mi tío y a todos los profesores externos que me brindaron una mano amiga para la investigación.

A todas aquellas personas que participaron de la investigación, por su sinceridad y colaboración.

A mis amigas y a Sebas por su apoyo, colaboración infinita en todo momento y amor.

A mis tutoras Isabel y Susana, a Shennya Ruiz y Miguel Méndez por su apoyo y enseñanza tanto de temas académicos e investigativos, como para la vida.

Resumen

El autocuidado es una función regulatoria humana, la cual, debe ser desarrollada por cada persona con el fin de mantener la vida, la funcionalidad física y psíquica, prolongar el desarrollo personal y propender al bienestar. La presente investigación se enfocó en describir la relación entre las condiciones socioeconómicas y el autocuidado sexual en jóvenes entre los 18 y 24 años que estuvieran inscritos en instituciones de educación superior en la ciudad de Bogotá. Esta investigación fue de corte exploratorio correlacional descriptivo y no experimental de tipo cuantitativo, por lo tal, para la recolección de información se hizo uso de una, las cuales recogen información sobre características sociodemográficas, autocuidado sexual y condiciones socioeconómicas, la recolección de información se hizo en universidades tanto públicas como privadas, en las cuales se logró recoger un total de 313 encuestas. Los resultados evidenciaron que los jóvenes quienes participaron en la investigación no realizan prácticas de autocuidado sexual adecuadas, y que por el contrario realizan prácticas denominadas riesgosas. Finalmente, se pudo concluir que para las personas participantes no se evidencia ninguna correlación entre las condiciones socioeconómicas y el autocuidado sexual, sin embargo, debido a sus prácticas sexuales se pueden encontrar expuestos a consecuencias riesgosas no sólo en su salud sexual y reproductiva, sino también en su bienestar, desarrollo y calidad de vida.

Palabras clave: Autocuidado sexual, condiciones socioeconómicas, jóvenes, prácticas riesgosas, bienestar.

Abstract

Self-care is a human regulatory function, which must be developed by each person in order to maintain life, physical and psychic functionality, prolong personal development and promote well-being. The current research was focused on describing the relationship between the socioeconomic conditions and sexual self-care in young population between 18 and 24 years old who were enroll in higher education institutions in Bogotá. This research is descriptive and non-experimental correlational exploratory section of quantitative type, therefore, for information gathering it was used a survey, which gathered information about sociodemographic characteristics, sexual self-care and socioeconomic conditions, the gathering was made in public and private universities in which was achieved a total of 313 surveys. The results showed that the young population who participated in the research don't make adequate sexual self-care practices and instead of they make risk practices. Finally, it could be concluded that for the participants is not evident any correlation between socioeconomic conditions and sexual self-care, however, because of their sexual practices they can be exposed to risk consequences not only in their sexual and reproductive health but also in their well-being, development and quality of life.

Keywords: sexual self-care, socioeconomic conditions, Young population, risk practices, well-being.

Tabla de contenido

Capítulo I: Definición del problema.	9
Introducción	9
Contexto.....	10
Planteamiento del problema.....	12
Objetivos.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.	14
Justificación del estudio.....	14
Capítulo II: Sistemas teóricos y conceptuales.....	17
Antecedentes del estudio.....	17
Cultura y sexualidad.	17
Autocuidado sexual.....	21
Sistema teórico.....	23
Sistema conceptual.....	28
Condiciones socioeconómicas.	28
Salud sexual y reproductiva.	30
Autocuidado sexual.....	30
Conductas sexuales de riesgo.....	32
Jóvenes.....	34
Capítulo III: Desarrollo metodológico.....	36
Tipo de estudio.....	36
Población.	36
Procedimiento.	37
Análisis de datos.	39
Instrumento.	49
Categorías de análisis.....	51
Capítulo IV: Resultados y conclusiones.	65
Descripción de resultados.	65
Análisis de resultados.	65
Caracterización sociodemográfica.	66
Condición socioeconómica.	69
Autocuidado sexual.....	74
Discusión de resultados.....	90

Conclusiones.....	98
Recomendaciones y limitaciones.	101
Referencias bibliográficas.....	103
ANEXOS	110
Anexo 1: Prueba piloto	110
Anexo 2: Encuesta	114
Anexo 3: Número de datos obtenidos, perdidos y esperados.....	139

Lista de Tablas

Tabla 1. Puntajes respuestas condición socioeconómica.....	40
Tabla 2. Puntajes respuestas autocuidado sexual.....	44
Tabla 3. Categorías de investigación.	51
Tabla 4. Distribución del lugar de procedencia.	67
Tabla 5. Distribución por niveles de condición socioeconómica.	73
Tabla 6. Definición más acertada sobre autocuidado sexual.	74
Tabla 7. Derechos sexuales y reproductivos que conocen y practican las personas.....	76
Tabla 8. Distribución por autocuidado sexual.	81
Tabla 9. Ejemplo tablas de contingencia.	84
Tabla 10. Contingencia nivel 5 de condición socioeconómica y autocuidado sexual.	84
Tabla 11. Contingencia nivel 4 de condición socioeconómica y autocuidado sexual.	85
Tabla 12. Contingencia nivel 3 de condición socioeconómica y autocuidado sexual.	85
Tabla 13. Contingencia nivel 2 de condición socioeconómica y autocuidado sexual.	85
Tabla 14. Contingencia nivel 1 de condición socioeconómica y autocuidado sexual.	86

Lista de Figuras

<i>Figura 1: Distribución de los participantes de la investigación por sexo.....</i>	<i>66</i>
<i>Figura 2: Distribución de pago de matrícula y otros gastos de educación superior de los participantes en la investigación.</i>	<i>69</i>
<i>Figura 3: Distribución de la ocupación del padre de los participantes en la investigación.....</i>	<i>70</i>
<i>Figura 4: Distribución de la ocupación de la madre de los participantes en la investigación.....</i>	<i>70</i>
<i>Figura 5: Distribución del ingreso en SMMLV en los hogares de los participantes en la investigación.</i>	<i>71</i>
<i>Figura 6: Distribución del tipo de afiliación a seguridad social de los participantes en la investigación.</i>	<i>72</i>
<i>Figura 7: Distribución de las prácticas de autocuidado sexual conocidas por los participantes en la investigación.</i>	<i>75</i>
<i>Figura 8: Razones del no uso de métodos de protección en la primera relación sexual de los participantes en la investigación.</i>	<i>78</i>
<i>Figura 9: Razones del no uso de métodos de protección en la última relación sexual de los participantes en la investigación.</i>	<i>79</i>
<i>Figura 10: Correlación bivariada de Spearman.....</i>	<i>88</i>
<i>Figura 11: Resumen modelo regresión simple.....</i>	<i>88</i>
<i>Figura 12: Gráfica de dispersión de datos.....</i>	<i>90</i>

Capítulo I: Definición del problema.

Introducción

El autocuidado sexual se entiende como todas aquellas prácticas que las personas realizan para mantener una sana salud sexual y reproductiva (Rivera, 2006), dichas prácticas son deliberadas y aprendidas del entorno y a su vez de las relaciones dadas en el mismo, siendo así que las creencias, aprendizajes y experiencias que se dan en este contexto afectan el comportamiento y la toma de decisiones de las personas (Orem, 2001).

Ahora, los jóvenes al encontrarse en una etapa de cambio, reconocimiento y autodescubrimiento (Organización de las Naciones Unidas, 2015), se encuentran en una posición menos favorable que un adulto, ya que debido al ciclo vital en el que se ubican, se ven influenciados de mayor manera por los elementos contextuales impidiendo en muchos casos que puedan discernir de actividades denominadas riesgosas y/o sanas.

Así también se tiene que gran parte de esta población se encuentra subyugada a las condiciones socioeconómicas de sus familias, siendo éste otro aspecto que influye en su salud sexual y reproductiva. Como se verá más adelante, los estudios en Colombia demuestran que dichas condiciones y el contexto relacional del joven son algunos de los factores que se encuentran vinculados con la práctica de actividades sexuales de riesgo, que no sólo afectan a la persona en dicho ámbito, sino que también implican otra serie de consecuencias para su desarrollo y bienestar.

El presente trabajo de grado se centró en conocer si existe o no, una relación entre las condiciones socioeconómicas y el autocuidado sexual en jóvenes entre los 18 y 24 años de la ciudad de Bogotá, que al momento de la investigación estuviesen inscritos en un instituto de

educación superior. Para lograr lo anterior, se implementó una encuesta que explora los elementos sociodemográficos los jóvenes participantes, las condiciones socioeconómicas de sus familias, los conocimientos y prácticas sobre autocuidado sexual y asociado a esto, las prácticas de riesgo en las cuáles incurren. Al ser pocas las investigaciones que abordan estos elementos, este estudio fue una revisión exploratoria sobre el tema, de tipo correlacional y descriptivo.

A continuación, el lector encontrará una visión más detallada sobre los temas mencionados bajo la guía de cuatro capítulos y fuera de ellos conclusiones y recomendaciones; en el primer capítulo se encuentra la contextualización y antecedentes del estudio, el problema, la justificación y los objetivos; siguiendo a éste, el lector se encontrará con las bases y pilares del estudio siendo éstos los referentes teóricos y conceptuales; en el tercer capítulo se plantea la ruta metodológica que se siguió en la investigación y, finalmente, se encuentran los resultados, el análisis de los mismos y la discusión con base a los antecedentes y referentes conceptuales y teóricos.

Contexto

El fenómeno de interés para la ejecución de la presente investigación es el autocuidado sexual; según diversos estudios éste se ve fuertemente relacionado e influenciado por las condiciones socioeconómicas de las personas, las cuales al ser el reflejo de la desigualdad en el país son limitantes para adecuadas oportunidades de desarrollo y calidad de vida en materia de salud sexual y reproductiva.

Para corroborar la afirmación anterior, se encuentran los datos arrojados por el Índice de Pobreza Multidimensional -IPM-, el cual identifica las carencias que existen en los hogares en ámbitos como la educación, salud y nivel o calidad de vida (Programa de las Naciones Unidas

para el Desarrollo, s.f.). Según el informe publicado para el año 2019 que toma en cuenta cifras del año 2018, Colombia ocupó el cuarto puesto entre los países de América Latina, con un índice de 4,8%, siendo así, que se presentan carencias en los tres ámbitos medidos por el IPM (Bolaños, 2019). Ahora bien, para este mismo año Bogotá obtuvo un índice de 4,3%, siendo así que su puntuación se redujo llegando a ser una de las más bajas, no obstante, esta puntuación sigue siendo bastante elevada para la población capitalina. (Secretaría Distrital de Planeación, 2019)

Lo anterior indica que existe una desigualdad latente en los residentes de la capital, la cual se ve reflejada en una brecha salarial significativa que puede impactar en múltiples aspectos de la vida de las personas, como lo son la educación, el acceso a servicios de salud, vivienda, empleo, entre otros; desencadenando así, un impacto fuerte en la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.

Para salvaguardar la vida sexual y reproductiva de las personas, el Estado ha creado diferentes programas¹ que abarcan, protegen y velan por su cuidado a partir de diferentes conferencias y consensos que las Naciones Unidas han organizado en torno al tema, permitiendo así que se propicien espacios para educación, prevención y promoción. A pesar de estos esfuerzos, hoy en día se siguen presentando casos de exposición a conductas sexuales de riesgo, algunos de ellos debido a la desigualdad en acceso a servicios de calidad en salud, falta de información u omisión de la misma.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la presente investigación se encuentra enmarcada en cuarenta instituciones de educación superior tanto públicas como privadas en la ciudad de Bogotá –algunas de ellas con mayor participación de estudiantes-, es pertinente la afirmación de

¹ Prevención y promoción de la SSR, desde las EPS, Oriéntame, Médicos sin fronteras y Profamilia. Educación para la sexualidad, desde Secretaría de Educación, Secretaría distrital de Salud y otras entidades no estatales.

Díaz, Arrieta y González (2014), en la cual establecen que los estudiantes universitarios llevan un estilo de vida más libre y permisivo, lo cual los puede llevar a establecer comportamientos y prácticas sexuales que no son saludables para su vida, pues, se exponen a enfermedades de transmisión sexual o embarazos no planificados, debido a múltiples razones que van desde el uso inadecuado de preservativos, promiscuidad, desconocimiento, entre otros.

Planteamiento del problema.

El autocuidado sexual bajo la mirada de la teoría del autocuidado de Orem (2001) se entiende como todas las acciones deliberadas que una persona pone en práctica con el fin de mantener una sana salud sexual y reproductiva; estas prácticas son aprendidas a partir de las relaciones interpersonales y del entorno que rodea a la persona (Rivera, 2006). Es decir, que el contexto juega un papel fundamental, pues las creencias que se imponen a partir de este, afectan directamente las prácticas y comportamiento de las personas.

Para efectos de este trabajo de grado, se realizó una búsqueda preliminar de información y en dicha revisión bibliográfica se pudo determinar que en Colombia los jóvenes que han participado en diversos estudios sobre el autocuidado sexual, no conocen con certeza qué enmarca dicho concepto, cuáles elementos contiene y cuáles consecuencias trae, y por tanto no realizan prácticas en pro de la misma (Gutiérrez, 2010), lo cual convierte esta situación en una problemática de salud pública.

Según Aguilar y Posada (2001) algunas consecuencias de prácticas de autocuidado sexual inadecuadas como los embarazos adolescentes y exposición y adquisición de enfermedades de transmisión sexual –ETS- , pueden darse a partir de condiciones específicas como bajos ingresos en el hogar, el nivel de educación de los padres, el lugar de residencia, el contexto sociocultural,

entre otros, siendo estos factores decisivos para realizar prácticas riesgosas.

Muchas son las investigaciones y estudios que han demostrado que los jóvenes se encuentran en una posición de vulnerabilidad para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos ya que no todos cuentan con herramientas o condiciones apropiadas para realizar prácticas de autocuidado sexual saludables; debido a ello las cifras mundiales en salud sexual reproductiva señalan a los jóvenes como sus principales sujetos de estudio (Ministerio de la Protección Social, 2011). Dicha condición de vulnerabilidad puede deberse a que se encuentran subyugados a circunstancias que no dependen de ellos, como lo son las condiciones socioeconómicas de su núcleo familiar, siendo éstas el reflejo de la desigualdad que se encuentra tan acentuada en el país (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2017) y mucho más en la capital (Cediel & Sánchez, 2016),

Lo anterior supone que los jóvenes se ven expuestos a riesgos como embarazos no planificados, abortos clandestinos que podrían implicar esterilidad, infecciones y enfermedades de transmisión sexual, que a su vez conllevan no sólo morbilidad y mortalidad, sino también al incremento en la deserción educativa, problemas físicos y psicológicos, obstrucciones en el desarrollo personal y vulnerabilidad en el bienestar y calidad de vida (Bahamón, Vianchá, y Tobos, 2014). En concordancia con esto, existen múltiples cifras como las arrojadas por el DANE en cuanto a nacimientos según edad de la madre, donde para el año 2018 en Bogotá hubo un total de 10.676 nacimientos por parte de madres que se encontraban en un rango de edad de 15 a 19 años, cifra bastante alarmante (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2018). Así también, según el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, para el año 2018 a nivel nacional, se reportaron 1.070 casos de jóvenes entre los 15 a 19 años con VIH.

Por lo anterior, se hace necesario realizar una investigación donde se identifique cómo las

condiciones socioeconómicas se relacionan con el autocuidado sexual en jóvenes; así también, dentro del estudio surgen las siguientes preguntas: ¿existe una relación entre las condiciones socioeconómicas y el autocuidado sexual en jóvenes universitarios en Bogotá?, si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se describe dicha relación?, ¿cuáles son las prácticas de autocuidado sexual más usadas en dicha población? Y, por último, ¿qué prácticas ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva de la población estudiada?

Objetivos.

Objetivo general.

Describir la relación entre las condiciones socioeconómicas y las prácticas de autocuidado sexual de jóvenes universitarios entre los 18 y 24 años en la ciudad de Bogotá.

Objetivos específicos.

- Identificar las condiciones sociodemográficas de los jóvenes que participen en la investigación y las características socioeconómicas de su entorno familiar.
- Caracterizar las prácticas de autocuidado sexual de los jóvenes que participen en la investigación.
- Establecer la relación entre las condiciones socioeconómicas y el autocuidado sexual, de los jóvenes que participen en la investigación.

Justificación del estudio.

La investigación es pertinente debido a que el tema se encuentra relacionado directamente con los determinantes próximos de la fecundidad, por medio de los cuales se puede dar cuenta de los mecanismos de variación poblacional de un lugar a partir de los comportamientos sexuales y reproductivos de los jóvenes, como un medio informativo que permita dar luz a esta problemática de salud pública en el país.

A continuación se expondrán algunas de las razones que justifican la pertinencia y necesidad del presente estudio por diversos motivos como lo pueden ser el tipo de población, el lugar en el cual se realizó la investigación, los vacíos de información y la relevancia de aportar nuevos elementos al panorama de la sexualidad y reproducción a la ciudad y al país, con los cuales quizá se pueda contribuir a la generación de políticas públicas que puedan impactar y mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva al país.

En primer lugar, se puede decir que esta población es una de las más vulnerables debido a que en su entorno es clara la falta de información y es muy baja la posibilidad de desarrollar acciones de prevención sexual personal (Ministerio de la Protección Social, 2011), además, este grupo etario no es consciente de que su comportamiento sexual influye en el crecimiento demográfico bajo circunstancias específicas que tienen un impacto negativo en su vida, porque ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, cuando no se desea reproducirse o se desea hacerlo en otro momento de su vida (Langer, 2002).

Una investigación de este tipo visualiza el verdadero contexto de la sexualidad asociada a los riesgos a los que se exponen los jóvenes cuando inician su vida sexual a temprana edad.

Este estudio se hace relevante y oportuno debido a que en la revisión del estado del arte se evidenció que en la ciudad de Bogotá son pocas las investigaciones que abordan las temáticas expuestas en este estudio y así las relaciones que se establecen en tanto a elementos culturales

que rodean la vida del joven, prácticas de cuidado sexual y condiciones socioeconómicas. Dado que esta problemática se da principalmente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, es necesario realizar el presente estudio a fin de aportar información que apoye dichas estadísticas debido a que Bogotá es una de las ciudades más desiguales en el país (Cediel y Sánchez, 2016).

En conclusión, este trabajo busca evidenciar el nivel de desconocimiento que tienen los jóvenes sobre el autocuidado sexual como lo han reportado los estudios presentados en los antecedentes de esta investigación., dicha situación sumada a las condiciones socioeconómicas desfavorables desencadena una situación de alta morbilidad derivada de los riesgos sexuales a los cuales se encuentra expuesta esta población. Así mismo, se busca aportar información y con ello expandir el campo de investigación en el que se encuentra inmerso este estudio, procurando que las relaciones identificadas en este trabajo, contribuyan al mejoramiento de los planes y programas que tiene el Estado, disminuyendo las desigualdades y obstáculos que se encuentran frente al autocuidado sexual de la población joven y garantizando el respeto de sus derechos sexuales y reproductivos.

Capítulo II: Sistemas teóricos y conceptuales.

Antecedentes del estudio.

A continuación, se presentarán los antecedentes del estudio que dieron paso a la pregunta de investigación mencionada anteriormente. Se dividirán en dos partes: la primera parte define la sexualidad desde diferentes ámbitos culturales y cómo estos elementos contextuales influyen o se relacionan de alguna manera con la sexualidad, y en una segunda parte se tratará el tema de autocuidado sexual en relación a los jóvenes.

Cultura y sexualidad.

Candrea, y Paladino (2015), realizaron un estudio cualitativo con mujeres entre los 19 y 33 años que hacían parte de un estrato socioeconómico bajo en la ciudad de Buenos Aires, la mayoría de ellas eran madres solteras, no accedían a buenos servicios de salud pues no poseían un seguro asociado a esta misma. En las entrevistas utilizadas para el estudio habían preguntas en función de cuatro campos de investigación: cuidado en salud, salud reproductiva, educación sexual y demandas de atención de salud.

En los resultados obtenidos en dicha investigación se pudo analizar que estas mujeres solo toman en cuenta la salud cuando se ven en peligro de enfermedad, sin embargo, estos peligros deben ser de fuerza mayor o muy evidentes, también manifiestan que reconocían que a pesar de toda la información que tenían disponible para actuar en pro de su salud para prevenir la enfermedad, no realizaban o no se sentían capaces de tomar acción sobre ello, en especial en relación con la salud reproductiva y el SIDA.

Por otro lado Borrel, García y Martí (2004) llevaron a cabo una investigación en Barcelona

sobre el análisis de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud, los objetivos de ésta eran describir la situación en salud teniendo en cuenta la perspectiva de género y de clase social e incorporar otros temas de interés y actualidad para la salud pública. En cuanto al género se encontró en la revisión bibliográfica que es un aspecto que determina en diferentes medidas la condición de salud, pues, a pesar de que las mujeres tengan una esperanza de vida más alta que la de los hombres, existen diferentes aspectos que las ponen en desventaja bien sea en un nivel hormonal, metabólico o genético. Los elementos de orden social también afectan en diferentes medidas la salud, ya que la clase social, el nivel de estudios, la situación socioeconómica individual, el territorio donde se habita, entre otros, se relaciona directamente con una buena o mala salud expresada en los índices de morbilidad y mortalidad. Se señala que cada vez estas desigualdades se encuentran más marcadas, pues las personas socialmente más favorecidas incrementan continuamente su salud y prevén la enfermedad de diferentes maneras, mientras que, los menos favorecidos poseen más dificultades a la hora de mejorar su salud y con ello su calidad de vida.

Un estudio similar se realizó en México donde se pretendía observar la interrelación del género y la clase social como factores para la inequidad a través de una encuesta sobre salud reproductiva, en la cual se crearon categorías que sintetizan el contenido de la misma y que contienen elementos como opiniones sobre la virginidad, fidelidad, monogamia, reproducción vs. sexualidad y el rol reproductivo y sexual. En los resultados se encontró que había cierta relación entre el sexo, el estrato y su índice de liberalismo o conservadurismo, pues, los hombres de estratos medios y bajos eran mucho más conservadores que los de estratos altos, de igual manera sucedía con las mujeres; ya que quienes poseían una postura más conservadora tomaban una posición de rechazo a otras mujeres que perdían su virginidad antes del matrimonio y que tenían

múltiples parejas sexuales en un mismo tiempo, sin embargo, mostraban menos rechazo a los hombres que manifestaban las mismas conductas, además de la posición socioeconómica se encontró que factores como el nivel de estudios, el estado civil, el trabajo, entre otros tienden a condicionan sus posturas y puntos de vista (Ariza, y Oliveira, 2005).

Así también, en un estudio realizado en la ciudad de México, se demostró que las clases sociales juegan un papel relevante en la vida sexual de los jóvenes, pues como lo expone Stern, la actividad sexual tiene un significado totalmente diferente en sectores bajos y altos, ya que para los primeros el inicio en la vida sexual y la fecundidad implican un reconocimiento como verdaderos adultos y así una posibilidad de escapar de condiciones precarias y de violencia en sus hogares, para los segundos, la vida sexual se basa en un goce de la misma, dónde el hombre y la mujer necesitan satisfacer sus deseos sexuales. El embarazo también es visto de diferentes maneras, donde para las mujeres de clases bajas éste permite identificarlas como personas maduras, mientras que para las de clase alta un embarazo impide la realización de todas sus metas y logros, por lo cual generalmente culmina en un aborto (Stern, 2007). Finalmente, se determina que la clase social influye en otros ámbitos de su vida como lo es la educación, sus relaciones con pares, el trabajo, las condiciones de vida, entre otros; dichos elementos se vieron reflejados en el mismo estudio, dónde a mayor clase social, mejores oportunidades de vida poseían los jóvenes frente a otros.

Otros estudios como el de Aguilar y Posada (2001) concuerdan con los resultados de las investigaciones anteriormente presentadas, en este se identificaron los factores socioeconómicos que influyen sobre el embarazo adolescente, en mujeres entre los 10 y 19 años, las cuales se dividieron en dos grupos: el primero con mujeres que ya habían estado embarazadas y el otro con mujeres que no lo habían estado, en los resultados se pudo observar que factores como la baja

escolaridad de los padres, un nivel socioeconómico bajo, la inestabilidad familiar, el desconocimiento sobre el embarazo y los métodos de planificación son los principales factores que influyen en el fenómeno del embarazo adolescente (Aguilar y Posada, 2001).

En Briceño-Antioquia, se realizó un estudio similar, que tuvo por objetivo establecer la relación entre factores sociales, demográficos, familiares y económicos con el embarazo adolescente, en este estudio participaron mujeres entre los 13 y 19 años que se encontraban registradas en el Sisbén, en los resultados se encontró que entre más joven sea una mujer más posibilidades tiene de quedar embarazada, así mismo, el bajo estatus socioeconómico, el inicio temprano de la vida sexual, la promiscuidad y el nivel educativo bajo también influyen en el fenómeno (Gómez, y Montoya, 2014).

Similar al anterior estudio se encuentra otro realizado por Flórez (2005) en el cual se buscaba identificar cuáles elementos eran los que influían de mayor manera en el embarazo adolescente en Bogotá y Cali. Los resultados arrojaron que en primer lugar la nupcialidad y el tener relaciones sexuales a corta edad son los principales determinantes para el fenómeno, no obstante, el índice de Fecundidad no supera al índice de Inicio de la vida sexual, es decir, que a pesar de la corta edad, se tiende a usar métodos de protección contra los embarazos. Así también, el estudio demostró que las charlas sobre educación sexual dictadas por entidades estatales no tienen efecto en esta población; en cuanto a aspectos contextuales, se concluyó que vivir en lugares de estrato social medio-alto y estudiar en un instituto de educación superior se asocia con una menor probabilidad de iniciar la vida sexual, además el estado conyugal de la madre –solteras o en unión no estable- denota una gran influencia en esta variable en la ciudad de Bogotá, es decir, que aquellas mujeres quienes quedaron en estado de embarazo se encontraban en dicho estado conyugal.

Por otro lado, se encuentran las cifras que el Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE- ha reportado para los nacimientos según la edad de la madre en Bogotá, donde se destaca que para el año 2016 se reportó un total de 14.072 nacimientos en mujeres con edades entre los 10 y 19 años (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2016).

Finalmente, se tiene que según el informe preliminar de Salud Capital, para el primer trimestre del año 2016, en Bogotá hubo un total de 779 casos de infección por VIH, donde el 33,3% de las personas con dicha infección, se encontraban distribuidos en un grupo poblacional entre los 15 y 26 años (Fondo colombiano de alto costo, 2016).

Autocuidado sexual.

El autocuidado hace referencia al acto de cuidar y ser cuidado y está relacionado con el mantenimiento y el desarrollo de la vida, así mismo se liga con las necesidades personales, autoestima, conocimiento, aceptación y cuidado, en pro de velar por su salud (Gutiérrez, 2010).

En un estudio realizado por el mismo autor, en Floridablanca-Santander se realizó una investigación sobre el autocuidado sexual, con la cual se buscaba conocer cómo la influencia de elementos como los sentimientos, las acciones y las necesidades se ven reflejados en las prácticas asociadas con la salud sexual y reproductiva, donde el objetivo principal de esta investigación era identificar las prácticas de autocuidado sexual en jóvenes de dicho lugar. Las respuestas impartidas por los jóvenes en este estudio sobre el autocuidado se relacionan más con el romanticismo y el placer, son muy pocos quienes afirman que elementos como los métodos de planificación y un ambiente adecuado influyen en el autocuidado y en el ejercicio de una sexualidad plena, por ejemplo, se encontró que los adolescentes conocían sobre la sexualidad, pero no tenían en cuenta la integralidad de dicha palabra teniendo así conceptos erróneos sobre

lo que esto implica, pues por un lado, las mujeres tendían a asociar este término con sentimientos de amor, mientras que los hombres lo relacionaban con deseo, placer y satisfacción. Dicha situación puede ser dada probablemente por la manera en que las familias y su contexto socio-cultural influyen en los jóvenes. En cuanto a las prácticas de autocuidado sexual, los jóvenes las relacionaban con elementos como confiar en la pareja, abstinencia, ser precavidos, entre otras, debido a que la poca información a la cual tienen acceso es dada a partir de lo que sus pares comentan y en pocas ocasiones por la educación sexual que las instituciones educativas brindan, es por ello que se demuestra que no hay claridad en torno a las prácticas de cuidados sexuales en dicha población. Finalmente, además del desconocimiento que tienen sobre los temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, se evidencia que no se otorga la importancia suficiente y no se trata con la seriedad necesaria, practicando así conductas irresponsables como el no usar preservativo o utilizar remedios caseros para evitar los embarazos, lo cual pone en riesgo su salud física y en cierto grado, la emocional y mental (Gutiérrez, 2010).

En Perú, se realizó una investigación donde se pretendía identificar cuáles son las prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva, en estudiantes matriculados en la Universidad Nacional Ucayali, de todas las carreras, en múltiples semestres. En los resultados de esta investigación se pudo notar de manera general, que tanto los hombres como las mujeres no tienen una adecuada higiene precoital, no obstante, la higiene poscoital es buena y el uso de métodos anticonceptivos también. En cuanto a los exámenes preventivos, las mujeres los conocen y los practican de manera adecuada, mientras que los hombres, por otro lado, no lo hacen (Oliveira y Reyna, 2015). Asimismo, se evidenció que este grupo de jóvenes no posee la información necesaria para los cuidados sexuales haciéndose notable en las respuestas que ellos ofrecían, probablemente este desconocimiento esté ligado a condiciones poco favorables en tanto

su condición socioeconómica, pues por tal razón se les dificultaría acceder a servicios sobre información de salud sexual y reproductiva.

Arenas, Jasso y Campos (2011), afirman que los hombres se encuentran en mayor riesgo de contraer enfermedades que las mujeres, pues, ellos manifiestan comportamientos menos seguros en relación a su sexualidad; por otro lado, la familia de procedencia contribuye al autocuidado pues es por medio de ésta que se aprenden conductas que velan u obstaculizan la salud; finalmente, elementos como la edad y las experiencias de enfermedad y muerte de familiares y amigos influyen, pues es a partir de la maduración y de dichas experiencias que las personas adquieren mayores cuidados para su salud en general.

A través de la promoción del autocuidado sexual (Corona y Funes, 2015) afirman que “se contribuye al bienestar de los individuos, las familias, se favorece el desarrollo de habilidades y destrezas, se incrementa el autocuidado y la responsabilidad con la salud individual y colectiva mediante un trabajo sistemático con toda la población” (p. 581).

Sistema teórico.

Esta investigación parte de lo postulado en ‘Nursing concepts and practices’ donde (Orem, 2001) propone que existen dos tipos de teorías sobre el autocuidado, sin embargo, la que más se adapta al objeto de estudio de la presente investigación es la teoría que propone que el autocuidado es una función regulatoria humana, la cual, debe ser desarrollada por cada persona con el fin de mantener la vida, la funcionalidad física y psíquica, prolongar el desarrollo personal y propender al bienestar. Ahora bien, esto implica que las personas requieren de diversas habilidades y recursos para implementar el autocuidado en sus vidas, así mismo, la toma de decisiones para el autocuidado se ve fuertemente influenciado por el sistema familiar, cultural y

relacional de la persona.

Lo anterior quiere decir, que el autocuidado se basa en decisiones deliberadas e intencionadas para cuidar y desarrollar aspectos como lo físico, psíquico y social, procurando en todo momento que la calidad de vida se vea afectada para bien (Antonio, Gómez & Sánchez, 2011).

Por su parte, (Cavanagh, 1993) establece que "el autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo" (p.56).

Según (Vargas, 2007) los comportamientos de autocuidado deben tener en cuenta los derechos sexuales y reproductivos, los cuales proclaman que "las personas deben estar libres de coerción, discriminación y violencia, para alcanzar el estándar más alto de salud sexual" (p.177). Sin embargo, para que las personas acojan prácticas de autocuidado es necesario que se posicionen como agentes de su propia vida, siendo capaces de identificar y controlar conductas de riesgo que puedan afectar en un modo físico, psicológico, social o sexual su vida; para ello se debe hacer uso de "competencias como autoconocimiento, autoevaluación, autosuficiencia, toma de decisiones autónomas, resolución de conflictos y la comunicación efectiva" (p.180).

Adicionalmente, (Pupo, Requeiro y Torres, 2017) identifican las actitudes de autocuidado sexual desde la dimensión cognitiva, afectiva y conductual en adolescentes. En cuanto a la dimensión cognitiva se puede ver en el desconocimiento que tienen sobre la relación de las prácticas de autocuidado con las emociones, valores y principios; en lo afectivo se refiere a las falencias de la práctica del autocuidado sexual, en la que los jóvenes no se apropian de recursos que permitan una transformación en las mencionadas practicas; finalmente, en cuanto a lo conductual se ve reflejado en la contradicción de los jóvenes respecto a la información que tienen y sus actitudes respecto al tema. Así mismo alrededor de estas prácticas de autocuidado se

encuentran ciertas habilidades psicosexuales que van desde el conocimiento de sí mismo, hasta la responsabilidad, justicia y empatía humana, incluyendo dentro de sí el respeto hacia sí mismo y a los demás, el reconocimiento de los sentimientos propios y desarrollo personal, es por lo anterior que afirman que:

El contenido de la educación del autocuidado de la sexualidad [...] incluye conocimientos acerca de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, habilidades, convicciones, valores, sentimientos, necesidades, motivos, aspiraciones morales y hábitos de conducta que se concretan en modos de actuación que posibilitan el crecimiento personal y profesional del estudiante (Pupo et al., 2017, p. 44).

Existen diversos factores por los cuales una persona decide adoptar prácticas de autocuidado, sin embargo, el antecedente más inmediato es “la intención que tiene la persona de cuidarse y no involucrarse en situaciones que pongan en riesgo su salud” (Vargas, 2007, p.180). Situación que se da como resultado de una decisión consciente que se toma y que contribuye a su salud en general y a su bienestar. Así mismo, la actitud de la persona y su comportamiento influye en este sentido, “la actitud representa el resultado de la evaluación que la persona hace del comportamiento, el cual es valorado en las dimensiones de bueno - malo, beneficioso - dañino, agradable - desagradable, placentero - no placentero, conveniente - inconveniente” (p.182). En otras palabras, las personas se encuentran más motivadas para adoptar prácticas de autocuidado cuando se cumple con las valoraciones positivas mencionadas anteriormente y creen que de esta manera se reducen considerablemente consecuencias negativas para su salud (Kelly y Barker, 2016).

La mayor parte de las actitudes señaladas previamente, se presentan en mayor medida en personas adultas que cuentan con mayor experiencia, esto indica que los jóvenes podrían adoptar prácticas que pongan en riesgo su salud y bienestar (Castañeda & Moreno, 2010). Entendiendo que tanto las prácticas de autocuidado y de riesgo están asociadas con consecuencias positivas y negativas, las personas se encuentran con la ambivalencia actitudinal, esta es la situación en la que las personas evalúa la realización del comportamiento y las consecuencias que este pueda tener (Vargas, 2007).

Dicha ambivalencia se hace más frecuente en dos situaciones, la primera cuando los resultados se dan en un intervalo corto de tiempo y la segunda cuando las consecuencias se dan a partir de periodos largos (Castañeda & Moreno, 2010). Así mismo, la ambivalencia puede presentarse a nivel emocional también, donde las personas experimentan emociones tanto positivas como negativas en cuanto a los comportamientos de riesgo (Vargas, 2007).

A su vez, esto implica que la persona sepa valorar sus factores internos como sus habilidades, debilidades, fortalezas, entre otros y factores externos como oportunidades y obstáculos, que se vean inmersos en las prácticas de autocuidado (Kelly & Barker, 2016).

La adopción de prácticas de autocuidado exige, en primer lugar, el análisis de las circunstancias en las que va a realizarse el comportamiento; en segundo lugar, la evaluación del grado de dificultad que implica llevar a cabo la conducta, y de las barreras que existen para su ejecución; en tercer lugar, la autoevaluación de la capacidad para superar las dificultades, y del grado de control que la persona tiene sobre el comportamiento (Vargas, 2007, p.181).

Los principios para el autocuidado según (Tobón, 2003) se dividen en seis:

(1) Acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones; (2) responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana; (3) se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social; (4) tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones; (5) en el autocuidado ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud; (6) y, requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación, y la resiliencia (p.4-5).

Retomando lo anteriormente señalado, las prácticas de autocuidado están determinadas tanto por factores internos como externos. El primero de estos dos factores depende únicamente de la persona, en este se encuentran los conocimientos y la voluntad; el segundo factor son los aspectos externos que pueden influir en el autocuidado, en este se encuentran determinantes de orden cultural, político, ambiental, económico, familiar y social (Tobón, 2003) es decir, determinantes socioeconómicos que están estrechamente relacionados con los aspectos socioculturales del entorno de las personas.

La cultura para (Harris, 1990) “es el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad. Incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (es decir, su conducta)” (p.20-21), lo cual indica que la cultura no sólo son las entidades ideacionales como los valores, creencias, pensamientos entre otros, sino también los comportamientos en determinados ambientes.

Teniendo en cuenta que las creencias se dan a partir de las interacciones sociales y que a su vez guían la conducta de las personas y sus relaciones, las creencias sobre el cuidado de la salud son ideas dinámicas inmersas en un contexto social y cultural que cada quien posee en relación con la recuperación o conservación de la salud, estas dependen no sólo de las interacciones que se presenten con su medio, sino también de la posición social (Melguizo y Alzate, 2008).

Sistema conceptual.

A partir de lo anteriormente citado se hace necesario realizar la definición de los conceptos más relevantes que se han tratado a lo largo del documento y que son vitales para dar cuenta de los objetivos, como lo ha sido el autocuidado sexual, las condiciones socioeconómicas, la salud sexual y reproductiva, logrando un diálogo entre los mismos y una interrelación.

Condiciones socioeconómicas:

Entendida como una medida multidimensional que combina la parte económica y sociológica de una familia, esta medida según Gottfried y Hauser citado en Vera y Vera (2015) incluye tres aspectos básicos como lo son: los ingresos económicos, el nivel educativo y la ocupación de los padres; “es una variable teóricamente controvertida, no definida oficialmente, no observable directamente y con una evidente influencia en las condiciones de comportamiento de la población” (Vera & Vera, 2015).

Estas condiciones incluyen el concepto de dimensión social, la cual tiene como principal variable la educación, generalmente de la persona que más aporta económicamente al hogar, seguido a ello el cónyuge o segundo aportador, y por último el nivel de cobertura médico asistencial. Asimismo, involucra el concepto de dimensión económica donde se encuentran las variables de los ingresos en la familia y la ocupación de quienes aportan económicamente al

hogar, en algunos casos, se tiene en cuenta también los bienes del hogar (Asociación Argentina de Marketing, 1998).

Según (Woolf y Braveman, 2015), tanto los ingresos como la educación mantienen una gran relación con la salud e influyen entre ellas mismas, pues, estos dos elementos determinan la morbilidad, la esperanza de vida, el acceso a servicios adecuados de salud y sobretodo, las acciones o comportamientos en pro o en contra de la salud. Estas dos grandes variables, incluyen una red de elementos a través de las cuales se pueden medir, como lo son el empleo, la riqueza, las características del barrio, las políticas sociales, las creencias culturales, entre otras. “Estas condiciones contextuales influyen la exposición de las personas a riesgos ambientales y sus conductas comportamentales personales, vulnerabilidad a la enfermedad y la habilidad de manejar condiciones en casa” (p.1.852-1.853).

Lo anterior nos quiere decir que, dichos determinantes sociales son los principales elementos para entender las desigualdades en salud. Éstas se pueden entender a partir de los determinantes sociales de la salud, que son definidos como las situaciones en las que la población nace, crece, vive y envejece (Organización Mundial de la Salud, 2011). Estos determinantes se componen de elementos como las condiciones políticas, sociales y económicas, siendo éstas las causas de la inequidad en materia de salud en el continente; estas condiciones se les denominan inequitativas debido a que tienen un carácter evitable. Ahora bien, es necesario distinguir entre determinantes de la salud de los determinantes de las inequidades entre los grupos sociales, pues, los primeros, muestran cómo se dan las desigualdades en materia de distribución de los bienes sociales, mientras que la segunda hace referencia a las estructuras sociales y económicas estratificadas (Carmona y Parra, 2015).

Salud sexual y reproductiva.

Según la (OMS, 2016) se puede entender la salud sexual y reproductiva como:

Un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (p.1).

Ahora bien, es necesario recalcar que la sexualidad, al ser un elemento relevante en la vida del ser humano, se debe garantizar y velar por la misma. Es por ello que se ha indicado que los derechos sexuales y reproductivos “responden a la reivindicación y reconocimiento de que todas las personas somos dueñas de nuestro cuerpo y de nuestra sexualidad y que cada individuo puede decidir sobre su vida sexual y reproductiva sin presiones ni coerciones” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p.2).

Autocuidado sexual.

El autocuidado juega un papel relevante en la salud sexual y reproductiva, éste se entiende según (Rivera, 2006) basándose en la teoría del Déficit de Autocuidado de (Orem, 2001) como “la práctica de actividades que las personas emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar” (p.92-93). Es decir, que son decisiones no organizadas, deliberadas e intencionadas para cuidar y desarrollar aspectos como lo físico, psíquico y social, procurando en todo momento que su calidad de vida se vea afectada para bien.

El autocuidado sexual se refiere a las prácticas que una persona realiza para asegurar la salud física, sexual, mental y espiritual, evitando las enfermedades e infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados (Pinedo y Pérez, 2018), esta práctica es desarrollada y por lo tal, aprendida por cada uno de los sujetos a través de sus relaciones interpersonales y del entorno que lo rodea. Sin embargo, a pesar de que el autocuidado sea un factor inherente al ser humano, éste permite el desarrollo de diferentes valores que le permiten a la persona crear un ambiente sano para el progreso pleno de sus facultades.

Dado que el autocuidado sexual debe "ser aprendido y orientado hacia el cuidado integral, dirigido por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud y bienestar"(Antonio et al., 2011, p.3.330), existen ciertas prácticas de autocuidado descritas por (Cannoni et al., 2015), las cuales se encuentran relacionadas con conocer los genitales y su funcionamiento, tener hábitos de limpieza y en relación a ello estar atento a cualquier presencia de elementos extraños o cambio en los mismos, realizarse exámenes y asistir a centros de salud, tener una buena red de apoyo y acceder a fuentes de información confiable y verdadera sobre la sexualidad y sus manifestaciones.

Los miembros del Programa de Atención Integral a la Adolescencia de Costa Rica (Vega y Alvarado, 2005) igualmente definen que al tener relaciones sexuales se deben tener en cuenta pautas de autocuidado como el uso adecuado del preservativo, tener relaciones monógamas, realizarse exámenes y asistir a centros de salud, llevar consigo y exigir siempre el uso de preservativo, evitar prácticas sexuales de alto riesgo (como tener relaciones con varias personas, el coito interrumpido, el ritmo, no usar condón, mezclar el sexo con el alcohol o drogas), evitar cualquier tipo de manipulación o presión para realizar prácticas sexuales que no se desean y

finalmente, postergar el coito.

Pinedo y Pérez definieron el cuidado e higiene de los órganos sexuales y reproductivos a partir de cuatro aspectos, el primero de ellos hace referencia a la higiene sexual que no sólo se refiere al lavado de los órganos sexuales, sino también de los hábitos en pro de limpieza como lo pueden ser las prácticas después de ir al baño; el segundo de ellos a la higiene pre coital y post coital, en donde es necesario e importante realizar una limpieza de los genitales para evitar cualquier tipo de infección; el tercero hace referencia al uso de métodos anticonceptivos, los cuales permiten reducir significativamente la posibilidad de un embarazo no planificado, y la transmisión de infecciones o enfermedades sexuales; y finalmente, el cuarto refiere a la evaluación médica periódica para evaluar la salud, descartar cualquier tipo de infección o enfermedad (Pinedo y Pérez, 2018).

Conductas sexuales de riesgo.

Definidas como “patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles” (Ianantuoni, 2008, p.48), estos patrones pueden beneficiar o no a la persona. La actividad sexual al ser una práctica que es compartida socialmente, permite de cierta manera que las personas y en especial los jóvenes creen vínculos y relaciones dentro de un grupo social (Bahamón, Vianchá y Tobos, 2014).

Las conductas sexuales de riesgo en adolescentes se han dado principalmente por condiciones físicas, emocionales y psicológicas, que se dan a partir de bien sea el desconocimiento, experiencias emocionales, habilidades comunicativas, toma de decisiones, personalidad, estructura y funcionamiento familiar, percepciones, actitudes y creencias, inicio de relaciones sexuales a edades muy tempranas, entre otros (Bahamón, Vianchá y Tobos, 2014).

Como resultado de estas conductas de riesgo pueden darse consecuencias como los embarazos no planificados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, poco oportuno, se dan en mujeres que no desean reproducirse y que se encuentran en edades fértiles. Si bien algunos de estos embarazos ocurren por falla en métodos anticonceptivos fiables, hay otros casos en los que las mujeres utilizan métodos como el ritmo o el coito interrumpido, los cuales cuentan con poca eficacia para evitar un embarazo u optan por no utilizar ninguno de los mismos. Estos casos de embarazos no planificados se dan mucho más en mujeres adolescentes, de bajos recursos y de bajo nivel educativo (Langer, 2002).

Las enfermedades de transmisión sexual son infecciones producidas por bacterias u hongos que son transmitidos a través de la relación sexual sin protección. Según (Profamilia, 2016) existen más de 20 tipos de enfermedades, sin embargo, las más comunes entre los jóvenes son herpes, gonorrea, clamidia, Virus del Papiloma Humano y VIH; su forma de prevención es el uso apropiado del condón en toda la relación sexual, no sólo en la penetración.

Estas conductas sexuales de riesgo no sólo causan afectaciones a la salud física de la persona, sino también a la mental, puesto que éstas tienen diferentes implicaciones que posiblemente coartarán las condiciones y calidad de vida, esta última entendida como:

Percepción que tiene un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Se trata de un concepto muy amplio que está influido por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Ruvalcaba, Salazar y Fernández, 2012, p.72).

Sin embargo, actualmente estas situaciones pueden ser evitadas gracias a la multiplicidad de métodos anticonceptivos que existen, como bien su nombre lo indica son usados para prevenir los embarazos. Ahora bien, estos se clasifican en tres categorías, los folclóricos, naturales y modernos, sin embargo, los dos primeros carecen de veracidad, son poco confiables y ponen la salud de la persona en riesgo. Por ello, se recomienda usar los métodos modernos puesto que estos cuentan con un 98% de protección y se clasifican en 4, los hormonales, de barrera (que también protegen al mismo tiempo de la transmisión de enfermedades e infecciones), dispositivos y definitivos (Profamilia, 2016).

Teniendo en cuenta que los métodos anteriores sólo se basan en la prevención de embarazos, es necesario también la protección de enfermedades e infecciones de transmisión sexual, para ello, se debe hacer uso de la doble protección, ésta entendida como:

Protegerse al mismo tiempo de dos situaciones de riesgo: los embarazos no planificados y las Infecciones de Transmisión Sexual, incluido el VIH-SIDA, 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 (Profamilia, 2013, p. 5).

Jóvenes.

Según la (Organización de las Naciones Unidas, 2015) son la población que se encuentra entre los 15 y 24 años, ocupando un 18% de la población mundial, el ubicarse en este rango de edad implica encontrarse en una etapa de cambio y de reconocimiento de sí mismo en dónde se

presentan alteraciones emocionales y psicológicas. Domínguez, citado por (Fandiño, 2011), afirma que la juventud se puede ver desde tres enfoques: el primero de ellos es el biogenético que supone que la maduración de los procesos biológicos son la base de los procesos de desarrollo; el sociogenético caracteriza la etapa según los procesos de socialización del joven y finalmente, el psicogenético que trabaja sobre las funciones y procesos psíquicos, como es el desarrollo afectivo, cognitivo, de la personalidad, entre otros. Así mismo, estos elementos se pueden entender mejor a partir del estudio de cuatro variables, como lo son el género, la escolaridad, el estatus socioeconómico y la región de pertenencia.

Capítulo III: Desarrollo metodológico.

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio exploratorio correlacional descriptivo y no experimental de tipo cuantitativo para identificar si existe una relación de las condiciones socioeconómicas con el autocuidado sexual.

Población.

La población estudio de la presente investigación fueron 313 jóvenes entre los 18 y 24 años, que estuvieran estudiando en institutos de educación superior al momento de la aplicación de la encuesta, en la ciudad de Bogotá. Se realizó una muestra no probabilística, donde los jóvenes estaban distribuidos en diversas universidades tanto públicas como privadas, como se mencionó anteriormente, en algunas universidades hubo mayor participación de estudiantes. A continuación se mostrará el listado de Instituciones y el número de estudiantes por cada una de ellas en paréntesis.

Corporación Universitaria Minuto de Dios (4)

Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito (2)

Escuela de Artes y Letras (2)

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (1)

Fundación Universitaria del Área Andina (1)

Fundación Universitaria Juan N. Corpas (3)

Fundación Universitaria los Libertadores (1)

Fundación Universitaria San José (1)

Fundación Universitaria San Martín (22).

Otras instituciones, no responde, o instituciones fuera de Bogotá (46)

Politécnico Grancolombiano (3)
Politécnico Internacional (1)
Pontificia Universidad Javeriana (4)
Universidad Antonio Nariño (3)
Universidad Autónoma de Colombia (1)
Universidad Católica de Colombia (4)
Universidad Central (3)
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca (1)
Universidad de América (2)
Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano (1)
Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (1)
Universidad de la Sabana (1)
Universidad de la Salle (3)
Universidad de los Andes (2).
Universidad de San Buenaventura (4)
Universidad del Rosario (2)
Universidad Distrital Francisco José de Caldas (5)
Universidad EAN (3)
Universidad El Bosque (3)
Universidad Externado de Colombia (89).
Universidad Libre de Colombia (6)
Universidad Militar Nueva Granada (5)
Universidad Nacional Abierta y a Distancia (3)
Universidad Nacional de Colombia (64).
Universidad Piloto de Colombia (3)
Universidad Santo Tomás de Aquino (10).
Universidad Sergio Arboleda (2)
Universitaria Agustiniana (1)

Procedimiento.

Teniendo en cuenta que la presente investigación en un inicio tenía como lugar de desarrollo

la Universidad Externado de Colombia, se realizó una prueba piloto preliminar, para revisar el instrumento en el periodo 2018-II, utilizando la herramienta Formularios de Google puesto que ésta facilitaba la distribución de la encuesta y otorgaba los datos en tiempo real.

Sin embargo, en el periodo 2019-I se hizo un cambio en el instrumento, lo cual implicaba una nueva aplicación de la prueba piloto (Ver Anexo 1) que permitiera ver si realmente funcionaba cada ítem y como respondían los mismos a la hora del análisis. Una vez se aplicó la segunda prueba piloto, se realizaron las correcciones pertinentes al proyecto en general para proseguir con la aplicación definitiva del instrumento y el análisis de resultados.

Una vez completado lo anterior, para la recolección de datos se usó la herramienta de Formularios de Google puesto que a través de su fácil acceso fue sencillo el proceso. La recolección de información se realizó a partir de la actividad de ir a diversas universidades tanto en espacios académicos como no académicos, donde se les pedía a las personas que se encontraban en dicho ambiente que llenaran la encuesta (ver Anexo 2) la cual fue presentada vía electrónica. El proceso para ambos tipos de recolección fue el siguiente:

(1) Para espacios académicos, la investigadora contactó a diferentes docentes cercanos a ella de diversas universidades que le cedieran 15 minutos de su clase para la aplicación de la encuesta en el salón. Una vez dentro de este espacio se procedía a explicar la investigación brevemente y se extendía la invitación a participar de forma voluntaria en la misma, se informaba que quienes participaran en la investigación estaban de acuerdo con el tratamiento de los datos y la información, luego de esto se procedió a escribir el link de la encuesta en el tablero y los estudiantes debían copiarlo en sus celulares y llenar la encuesta, mientras las respondían, en algunos casos surgían dudas que la investigadora respondía inmediatamente. (2) Para espacios no académicos, pero que eran lugares cercanos a éstos, que suelen frecuentar los estudiantes -como

las plazas de las universidades- la investigadora se acercaba a ellos, se explicaba brevemente el objeto de la investigación y se extendía la invitación a participar de forma voluntaria en la misma, se informaba que quienes participaran en la investigación estaban de acuerdo con el tratamiento de los datos y la información; luego de esto se indicaba el link de la encuesta para diligenciarla y en caso de surgir dudas, éstas se respondían inmediatamente.

Análisis de datos.

Una vez se recolectaron todas las muestras planteadas se sistematizaron los resultados en una base de datos, para dar paso al análisis de los datos y con ello a la parte final de la investigación. El análisis de datos se realizó así: en un primer momento se procedió a realizar una caracterización sociodemográfica a las personas que participaron en el estudio, identificando así características como sexo, edad, lugar de procedencia y de residencia y a su vez eliminando muestras que no pasaran el primer filtro: la edad. La fase dos correspondió al análisis de la información que responde al primer objetivo específico, pues, en esta fase se identificó cómo son las condiciones socioeconómicas de las personas que participaron, a partir de una clasificación del nivel socioeconómico de los participantes; esto gracias a que esta sección del instrumento fue adaptada y permitió que las respuestas tuvieran un valor asignado del 1 al 5, los cuales, se sumaron y a partir de ello se determinó el nivel. La tercera fase correspondió al análisis de información que dio cuenta del segundo objetivo específico, el cuál fue caracterizar las prácticas de autocuidado sexual de quienes participaron en la encuesta, esto, a través de la identificación de cómo sus prácticas exponen o no a los participantes a situaciones de riesgo. Finalmente, la última fase respondió al análisis del tercer objetivo específico, el cual buscaba identificar si existe o no, una relación entre las condiciones socioeconómicas y el autocuidado sexual.

Para asignar una puntuación a los datos anteriores, se tomó como referencia la investigación de (Vera y Vera, 2013) para el análisis de los datos; en dicha encuesta a cada respuesta se le da un puntaje entre 1 y 5, siendo 1 el nivel más bajo socioeconómicamente hablando y 5 el nivel socioeconómico más alto, para así la sumatoria de los mismos dieran como resultado 5 niveles, siendo el primero el más alto con la mayor puntuación y el quinto el ‘marginal’ con los puntajes más bajos.

Para efectos del análisis del presente estudio, se utilizó una metodología de análisis similar, donde a cada respuesta otorgada se le da una puntuación –que depende del número de las opciones de respuesta- para así, sumar los valores más altos y más bajos permitiendo así tener dos niveles base; el valor mínimo será el 1 el cual será asignado a condiciones socioeconómicas bajas o no favorables, así, el puntaje irá incrementando según aumenten las opciones de respuesta, las cuales, fueron dadas jerárquicamente obedeciendo a mejores condiciones socioeconómicas.

A continuación, se presentarán los puntajes dados para cada opción de respuesta de las preguntas:

Tabla 1. *Puntajes respuestas condición socioeconómica.*

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA		
Pregunta	Respuesta	Puntaje
Estudia actualmente en un instituto de educación superior.	Sí	1
	No	0
Opciones con las que paga su matrícula de estudio de educación superior.	ICETEX	0
	SPP	0

	Becas	0
	Otro familiar	1
	Trabajo	1
	Padres	1
Último nivel educativo alcanzado por sus padres.	Ninguno	0
	Primaria	1
	Secundaria	1
	Técnico	1
	Universitario	2
	Especialización	2
	Maestría	2
	Doctorado	2
Ocupación de sus padres.	Desempleado	0
	Trabajador familiar sin remuneración	0
	Empleado doméstico	
	Pensionado	0
	Trabajador por cuenta propia	1
	Empleado	1
	Empleador	1
		1
Cuántas personas aportan económicamente en su hogar.	1	1
	2	2

	3	3
	Más de 3	4
Cuántos salarios mínimos mensuales hay en su casa.	Menos de 1	0
	Entre 1 y menos de 2	1
	Entre 2 y menos de 3	1
	Entre 3 y menos de 4	1
	Entre 4 y menos de 5	2
	Entre 5 y menos de 6	2
	Entre 6 y menos de 7	2
	7	2
	Más de 7	2
Cuál es la tenencia de su vivienda.	Propiedad colectiva	2
	Arriendo o subarriendo	1
	Con permiso del propietario	1
	Propia	2
Cuál es el estrato de la vivienda en la que reside actualmente.	1	1
	2	2
	3	3
	4	4
	5	5
	6	6

Cuál es el material predominante en el piso de su hogar.	Tierra o arena	0
	Madera burda o tabla	1
	Cemento o gravilla	1
	Baldosa, vinilo o tableta	2
	Alfombra, mármol, madera pulida o lacada	2
Indicador de hacinamiento (Número de personas que habitan en el hogar/Número de habitaciones en el hogar).	3 y más de 3	1
	1 y 2	2
Está afiliado a la seguridad social.	No	0
	Sí	1
Tipo de régimen.	No asegurado	0
	Subsidiado	1
	Contributivo	1
	Régimen especial	1

Fuente: Elaboración propia (2019).

Ahora bien, para la sección de autocuidado sexual, solamente se asignarán dos niveles dependiendo de la puntuación dada al final, estos dos niveles corresponderán a un autocuidado sexual adecuado y autocuidado sexual no adecuado. La puntuación obedeció al mismo criterio de las condiciones socioeconómicas, donde las respuestas sobre actitudes o prácticas de riesgo recibían un menor puntaje y las actitudes o prácticas de autocuidado un valor mayor.

Tabla 2. *Puntajes respuestas autocuidado sexual.*

AUTOCUIDADO SEXUAL		
Pregunta	Respuesta	Puntaje
Sabe qué es autocuidado sexual.	No	1
	Sí	2
Qué es autocuidado sexual.	Opción 4 ²	1
	Opción 3	2
	Opción 2	3
	Opción 1	4
Ha tenido relaciones sexuales (coito) alguna vez.	Sí	1
	No	2
Antes de iniciar su vida sexual, ¿acudió a algún centro de salud para un asesoramiento?	No	1
	Sí	2
En su primera relación utilizó algún método	No	1

² Opción 4: Decisión de planificación activa que se adapte a sí mismo y a sus necesidades. Opción 3: Utilizar métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales y estar al tanto del manejo de los mismos. Opción 2: Es tener precauciones e higiene al momento de tener una relación sexual. Opción 1: Aquellas acciones para protegerse al tiempo de un embarazo no planificado y una enfermedad de transmisión sexual, protegiéndose a sí mismo y a la pareja.

para protegerse de un embarazo no planificado.	Sí	2
En su primera relación utilizó algún método para protegerse de una ETS (ITS).	No	1
	Sí	2
Qué métodos de protección usó en su primera relación sexual.	Folclóricos	1
	Hormonales/Dispositivos/Definitivos	2
	Barrera (Preservativo)	3
Última pareja sexual.	Ocasional	1
	Estable	2
En su última relación utilizó algún método para protegerse de un embarazo no planificado.	No	1
	Sí	2
En su última relación utilizó algún método para protegerse de una ETS o ITS.	No	1
	Sí	2
Qué métodos de protección usó en su última relación sexual.	Folclóricos	1
	Hormonales/Dispositivos/Definitivos	2
	Barrera (preservativo)	3
Qué tan frecuente exige el condón al tener relaciones sexuales.	Nunca	1
	Casi nunca	2

	A veces	3
	Casi siempre	4
	Siempre	5
En caso de que esté a punto de iniciar una relación sexual y no lleva consigo un condón.	Tiene relaciones	1
	Otro	2
	Detiene el acto	3
	Se abstiene	4
Ante la posibilidad de tener dos o más relaciones sexuales en un mismo encuentro.	No usa preservativo/Lo reutiliza	1
	Utiliza uno nuevo	2
Carga condón cotidianamente.	No	1
	Sí	2
Dónde carga el condón.	Bolsillo	1
	Billetera	2
	Otro	3
	Maleta o bolso	4
Cómo usa el condón.	En la eyaculación	1
	Durante toda la relación	2
Se fija en la fecha de vencimiento del condón.	No	1
	Sí	2

Le ha fallado el método de protección.	Sí	1
	No	2
Ha asistido a exámenes para determinar si tiene ETS.	No	1
	Sí	2
Ha asistido a citas con médico general o especialista.	No	1
	Sí	2
Ha asistido a citas de planificación familiar.	No	1
	Sí	2
Ha tenido relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o SPA.	Sí	1
	No	2
Ha participado en tríos u orgías.	Sí	1
	No	2
Han ejercido presión sobre usted para tener relaciones sexuales.	Sí	1
	No	2
Prácticas de autocuidado sexual que conoce.	1	1
	2	2
	...	...

	7	7
DSR que conoce	1	1
	2	2
	...	...
	11	11
DSR que práctica	1	1
	2	2
	...	...
	11	11
No uso de métodos	Cualquier respuesta	-1

Fuente: Elaboración propia (2019).

Finalmente, se ha de aclarar que a las preguntas sobre las prácticas de autocuidado sexual que conoce, y los derechos sexuales y reproductivos que conoce y práctica, se le dio un puntaje según el número de ítems que marque la persona, es decir que si la persona marcó sólo 3 ítems esa será su puntuación para la pregunta. Así mismo, para las preguntas sobre por qué no usó métodos de protección en su primera y última relación sexual a todas las categorías de respuesta se les asignó una puntuación de 1 debido a que, sin importar sus razones, si no se cuidan estarán expuestos al riesgo, bien sea, de un embarazo no planificado o a una ETS, sin embargo, para la sumatoria, esta puntuación no será sumada sino restada al total pues, es una práctica de riesgo.

Los niveles para la determinación de las condiciones socioeconómicas, resultados de la sumatoria de los ítems, fueron los siguientes:

Nivel	Puntaje	Color
Nivel 5	24-28 puntos	
Nivel 4	19-23 puntos	
Nivel 3	14-18 puntos	
Nivel 2	9-13 puntos	
Nivel 1	4-8 puntos	

En tanto a los niveles para el autocuidado sexual también fueron dados a partir de la sumatoria de los ítems y fueron los siguientes:

Nivel	Puntaje	Color
Sí tiene autocuidado	73- más de 88 puntos	
No tiene autocuidado	Menos de 28-72 puntos	

Así también se hizo uso de medidas de tendencia central teniendo en cuenta las frecuencias (relativas: porcentajes - 100% y absolutas: valores - 313 participantes) las cuales se graficaron con la herramienta de Excel para gráficas y utilizando igualmente tablas descriptivas, solamente en aquellas variables que se consideraron de relevancia para el presente estudio y que se presentan en el siguiente capítulo. Finalmente, se optó por corroborar el método de análisis anterior a través del uso de un segundo método de análisis que fue el de correlación bivariada de Spearman la cual mide como están relacionadas las variables en casos en que los datos no siguen una curva normal (IBM knowledge center, s.f.) y, un tercero que fue una regresión lineal simple, a través del uso de IBM SPSS Software.

Instrumento.

Para la recolección de datos se hizo uso de una encuesta, cuyas preguntas son resultado del marco conceptual; el cuestionario tiene un total de 64 preguntas, las cuales recogen información

sobre características sociodemográficas, autocuidado sexual y condiciones socioeconómicas (Ver Anexo 2).

Para el apartado de condición socioeconómica se hizo uso del instrumento presentado en la investigación de Vera y Vera, en el año 2013, titulado “Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque”, debido a que esta escala ya está probada, tiene su propio procedimiento de análisis y permite una mejor comprensión del fenómeno. El método “posee una confiabilidad excelente como lo demuestra el alfa de Cronbach: 0,9017. Los ítems poseen un valor muy similar fluctuando (0,9013 – 0,9048).” (Vera y Vera, 2015). Así mismo, a dicha escala se la añadieron ítems que no están incluidos pero que son de vital importancia para comprender el nivel socioeconómico, como lo fueron la ocupación de los padres, el número de personas que aportan económicamente al hogar, cuántos salarios mínimos legales vigentes hay en el hogar mensualmente, la tenencia de la vivienda y el estrato del inmueble.

Para el resto de apartados como los de caracterización demográfica y de autocuidado sexual, las preguntas fueron creadas por la investigadora a partir del marco conceptual.

Algunas de las preguntas que contiene el instrumento fueron obtenidas textualmente del censo realizado por el DANE en el año 2005, sin embargo, son explicadas coloquialmente para mejor entendimiento de quienes participen en la investigación. Así mismo, se adaptaron algunas preguntas de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDS- para el apartado de autocuidado sexual, junto a ellas se tomaron algunas preguntas sobre la doble protección realizadas por la psicóloga Stefanny Sánchez para su trabajo de grado titulado “Exploración de conocimientos actitudes y prácticas de la población general sobre la doble protección” (Sánchez, 2018).

Categorías de análisis.

Tabla 3. *Categorías de investigación.*

Categoría	Subcategoría	Variable	Operacionalización de las variables
Características de la población: Caracterización de las personas.		-Sexo	-Hombre, mujer
		-Edad	-Número de años cumplidos
		-Fecha de nacimiento (Pregunta de control y verificación)	-Día/mes/año
		-Estado civil	-Soltero, casado, unión libre, separado, viudo, no sabe, relación estable sin convivencia (noviazgo)
		-Departamento de procedencia	-Departamento
		-Localidad en la que reside	-20 localidades de Bogotá
		-Sí vive fuera de	-Municipio o pueblo

		Bogotá, escriba	
		dónde	
		-Estudia	-Sí o no
		-Dónde estudia	-Lugar dónde estudia
		-Carrera que estudia	Carrera
		-Pago de la	-ICETEX, becas, SPP,
		matrícula de la	padres, otro familiar,
		educación	trabajo, otro
		-Trabajo del	-Trabajo
		estudiante	
Condición	-Situación	-Subsiste por sí	-Sí, no
socioeconómica:	económica	mismo	
medida		-último nivel	-Ninguna, primaria,
multidimensional		educativo alcanzado	Secundaria, Superior no
que combina la		por los padres	universitario o técnico,
parte económica y			Universidad, Postgrado o
sociológica de una			maestría
familia, esta medida		-Ocupación padres	-Desempleado,
según Gottfried y			pensionado, Empleado,
Hauser incluye tres			empleador, trabajador por
aspectos básicos			cuenta propia, empleado
como lo son: los			doméstico, trabajador
ingresos			familiar sin remuneración

económicos, el

nivel educativo y la

ocupación del padre

y madre.

-Aporte económico -1,2,3, más de 3

en el hogar

-Salario mensual -Menos de 1 salario

mínimo, entre 1 y 2

salarios mínimos, entre 3 y

4 salarios mínimos, entre 5

a 6 salarios mínimos, más

de 7 salarios mínimos

-Situación social

-Tenencia de la

vivienda

-Arriendo o subarriendo,

propia, con permiso del

propietario pero sin pago,

propiedad colectiva, otra

-Estrato de la

-1,2,3,4,5, 6

vivienda (definido

por los servicios

públicos

domiciliarios)

-Material en los

-Tierra/arena, madera

pisos de la vivienda

burda/tabla,

cemento/gravilla,

			baldosa/vinilo/tableta, alfombra/mármol/madera pulida o lacada
		-Personas que viven en el hogar, permanentemente	-1,2,3,4,5, más de 5
		-habitaciones de su hogar son exclusivas para dormir	-Número de habitaciones
		-Vinculación de seguridad social	-Sí, no
		-Régimen al que se encuentra afiliado	-Contributivo, subsidiado, régimen especial, no asegurado
Autocuidado sexual: Prácticas que una persona realiza para asegurar la salud física, sexual, mental y espiritual,	-Conocimiento autocuidado sexual y DSR	-Conocimiento autocuidado sexual -Opciones que se adaptan mejor a su conocimiento sobre autocuidado	-Sí, no - Aquellas acciones para para protegerse al tiempo de un embarazo no planificado y una enfermedad de transmisión

evitando las	sexual, protegiéndose a sí
enfermedades e	mismo y a la pareja, Es
infecciones de	tener precauciones e
transmisión sexual y	higiene al momento de
embarazos no	tener una relación sexual,
planificados	Utilizar métodos
(Pinedo y Pérez,	anticonceptivos al tener
2018).	relaciones sexuales y estar
	al tanto del manejo de los
	mismos, Planificación
	activa que se adapte a sí
	mismo y a sus necesidades
-Prácticas de	- Uso de métodos
autocuidado que	anticonceptivos, Uso de
conoce	condón, Doble protección,
	Chequeos médicos
	(citología, ginecología o
	urología), Realizarse
	exámenes sobre
	enfermedades de
	transmisión sexual,
	Limpieza e higiene de los
	órganos sexuales, otra.

-Conocimiento de DSR	- Derecho al goce, satisfacción y gratificación sexual, Derecho a conocer y valorar el propio cuerpo, Derecho a decidir si se tienen o no relaciones sexuales, Derecho a expresar la orientación sexual o identidad de género, Derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, Derecho a decidir ser padre o madre, Derecho a conformar una familia, Derecho a empezar o postergar el proceso reproductivo, Derecho de las mujeres a no ser discriminadas en razón del embarazo o la maternidad, Derecho a una maternidad segura, Derecho a la interrupción
-------------------------	--

	voluntaria del embarazo
-Cuáles DSR pone en práctica	-Derecho al goce, satisfacción y gratificación sexual, Derecho a conocer y valorar el propio cuerpo, Derecho a decidir si se tienen o no relaciones sexuales, Derecho a expresar la orientación sexual o identidad de género, Derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, Derecho a decidir ser padre o madre, Derecho a conformar una familia, Derecho a empezar o postergar el proceso reproductivo, Derecho de las mujeres a no ser discriminadas en razón del embarazo o la maternidad, Derecho a una maternidad segura,

Derecho a la interrupción
voluntaria del embarazo

-Vida sexual

-Relaciones
sexuales

-Sí, no

-Si respondió que
no, por qué no

-Razón

-Edad de la primera
relación sexual

-Edad

-Acudir a un centro
de salud antes de
iniciar la vida
sexual

-Sí, no

-Uso de métodos
para protegerse de
un embarazo en la
primera relación
sexual

-Sí, no

-Uso de métodos
para protegerse de
una ETS en la
primera relación
sexual

-Sí, no

-Métodos que usó para protegerse	-Coito interrumpido, ritmo, temperatura, moco cervical, lactancia, hormonales, de barrera, dispositivos, definitivos, otro
-Razones por las que no usó métodos	-No conocía, no sabía cómo usarlos, Infertilidad, posparto, deseo hijos, embarazo, se opone, se opone pareja, prohibición religiosa, razones de salud, efectos secundarios, razones económicas, razones de servicios de salud, quita sensibilidad, fue un encuentro inesperado o casual, no me gusta, no tenía uno a la mano, otro
-Vida sexual activa	-Sí, no
-última relación sexual	-Una semana o menos, un mes o menos, un trimestre

	o menos, un semestre o
	menos, un año o menos,
	más de un año
-Pareja con la que tuvo la última relación sexual	-Estable, ocasional
-Número de parejas en el último año	-1,2,3, más de 3
-Uso de métodos para protegerse de un embarazo en la última relación sexual	-Sí, no
-Uso de métodos para protegerse de una ETS en la última relación sexual	-Sí, no
-Métodos que usó para protegerse	-Coito interrumpido, ritmo, temperatura, moco cervical, lactancia, hormonales, de barrera, dispositivos, definitivos,

	otro	
-Razones por las que no usó métodos	-No conocía, no sabe cómo usarlos, Infertilidad, posparto, deseo hijos, embarazo, se opone, se opone pareja, prohibición religiosa, razones de salud, efectos secundarios, razones económicas, razones de servicios de salud, quita sensibilidad, fue un encuentro inesperado o casual, no me gusta, no tenía uno a la mano, otro	
-Prácticas de cuidado	-Exigencia de condón en todas las relaciones sexuales	-Siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca
	-Sí va a iniciar una relación sexual y no lleva condón, qué hace	-Tiene relaciones, se abstiene, detiene el acto hasta conseguir un condón, otra

	-Ante la posibilidad de tener dos o más encuentros sexuales en una misma ocasión, qué hace	-Utiliza un nuevo preservativo, no usa, reutiliza el preservativo del acto anterior
	-Siempre cargar un condón	-Sí, no
	-Dónde carga el condón	-Billetera, maleta o bolso, bolsillo, otro
	-Uso de condón durante la relación sexual	-Uso durante toda la relación, sólo cuando el hombre eyacula, otra
	-Al usar el condón fijarse en la fecha de vencimiento	-Sí, no
	-Fallo del anticonceptivo	-Sí, no
	-Tomó alguna medida frente a la situación	-Sí, no, ¿cuál?
-Asistencia a exámenes	-Exámenes para determinar si tiene	-Sí, no

ETS

	-Asistencia a médico general o especialista (ginecólogo, o urólogo)	-Sí, no
	-Asistencia a planificación familiar	-Sí, no
-Prácticas de riesgo	-Relaciones sexuales bajo alcohol o SPA	-Sí, no
	-Si paso, usó el condón	-Sí, no
	-Participación en orgías o tríos	-Sí, no
	-Si paso, usó el condón	-Sí, no
	-Manipulación para relaciones sexuales	-Sí, no
	-Si paso, usó el condón	-Sí, no

presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque” (Vera y Vera, 2013).

Capítulo IV: Resultados y conclusiones.

Descripción de resultados.

La recolección se hizo en la ciudad de Bogotá, en diferentes institutos de educación superior tales como la Universidad Externado de Colombia, Universidad Nacional de Colombia, Fundación Universitaria San Martín, Universidad Santo Tomás de Aquino, entre otras; se obtuvo una muestra donde participaron un total de 313 personas sin embargo, 8 de ellas serán excluidas debido a que no cumplían con los criterios de inclusión que era estar entre los 18 y 25 años o que no fueran residentes de Bogotá, que fue el caso de varios participantes quienes estaban de paso visitando a amigos o de intercambio. Los resultados de la investigación se expondrán a partir de tres apartados basados en las categorías.

A continuación, se exponen los datos esperados, los datos obtenidos y los datos perdidos de cada una de las preguntas de la encuesta (Ver Anexo 3), es necesario aclarar que en algunos casos el número de datos perdidos es alto, sin embargo, esta situación sobrepasa del poder de la investigadora ya que esta situación es presentada debido a que la encuesta fue aplicada de manera anónima y virtual.

Análisis de resultados.

A continuación, se presentará el análisis de resultados que será dividido en tres partes según los objetivos específicos de la presente investigación, primero se dará un breve repaso por los datos recogidos sobre autocuidado sexual y condición socioeconómica de quienes participaron en la investigación y finalmente se establecerá si existe o no una relación entre las condiciones

socioeconómicas y el autocuidado sexual.

Es necesario aclarar que tal como se mencionó anteriormente, para lograr el análisis de resultados de los objetivos específicos uno y dos se realizó una clasificación por niveles según puntajes obtenidos a partir de la sumatoria de los valores asignados a cada respuesta.

Caracterización sociodemográfica.

En el estudio participaron 185 mujeres y 128 hombres donde el 59,1% fueron mujeres (Ver figura 1); el promedio de edad fue de 22,08 años donde las edades más frecuentes fueron 21 y 22 años y la menos frecuente 18 años.

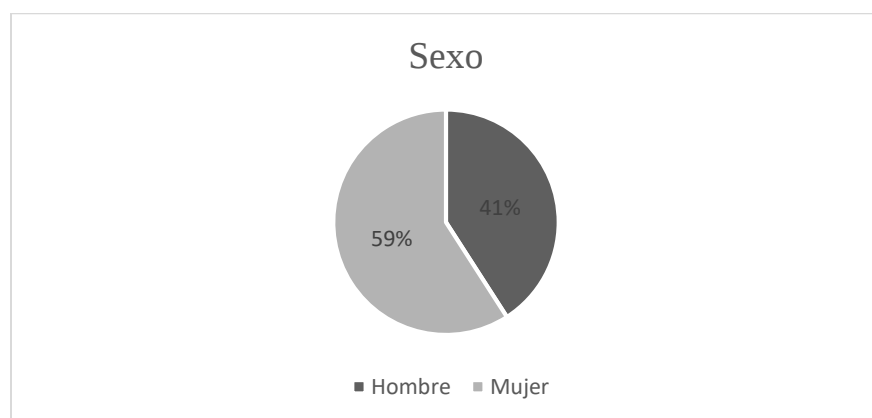


Figura 1: *Distribución de los participantes de la investigación por sexo.*

Fuente: Elaboración propia (2019).

El estado civil predominante fue soltero con el 62%, seguido de relación estable sin convivencia (noviazgo) con el 33%, no obstante solo 3 personas respondieron la opción otro, pero dos de ellos especificaron que tenían una pareja estable (noviazgo) y otra persona respondió que sólo tenía relaciones sexuales casuales.

En cuanto al lugar de procedencia el 82% de las personas que participaron en este estudio, son

procedentes y residentes de la capital, a este dato le sigue el departamento de Boyacá con el 7% y Cundinamarca con el 3%, como se puede apreciar en la tabla 4 no hubo gran diversidad de personas oriundas de otros departamentos, como se esperaba que fuera debido a la heterogeneidad de la población participante.

Tabla 4. *Distribución del lugar de procedencia.*

Lugar de procedencia	Número de personas	Porcentaje
Bogotá DC	252	82%
Boyacá	19	7%
Cundinamarca	9	3%
Caldas	1	0,4%
Meta	3	1,1%
Santander	3	1,1%
Casanare	2	0,7%
Cesar	2	0,7%
Tolima	4	0,7%
Valle del cauca	2	0,7%
Atlántico	2	0,7%
Cauca	1	0,4%
Huila	1	0,4%
Nariño	1	0,4%
Norte de Santander	1	0,4%
San Andrés y Providencia	1	0,4%
Amazonas	1	0,4%

Bolívar	1	0,4%
---------	---	------

Fuente: Elaboración propia (2019).

En cuanto a la localidad de residencia, se encontró que la mayor parte de la población reside en localidades como Suba 16%, Engativá 14% y Kennedy 12%, mientras que solo un 2% de las personas que respondieron la encuesta viven en localidades como Los Mártires, La Candelaria y Santa Fe. Es importante resaltar que en la encuesta no se logró encontrar a alguien que viviera en Sumapaz, adicional a ello se debe señalar que un 6% de la población vive fuera de Bogotá en municipios aledaños como Cajicá, Soacha, Chía, Mosquera, mientras que otros viven en zonas más alejadas de la capital como lo es Duitama, Nuevo Colón, Suesca y Chiquinquirá.

En lo que respecta a las variables de estudio se encontró que el 87% sí estudia en un instituto de educación superior y el 12% no lo hace. De aquel 87%, la mayoría de personas estudiaban en la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad Externado de Colombia, el resto de personas se distribuían en otras como lo fue la Universidad Militar Nueva Granada, la Universidad Santo Tomás de Aquino, la Universidad Central, la Universidad Distrital, la Universidad San Martín, la Universidad del Rosario, entre otras.

Respecto a la pregunta de cómo las personas costeaban su matrícula y otros gastos, la mayoría respondió que lo hacían a través de sus padres (Ver figura 2), acompañado esto de trabajo propio en diferentes áreas como lo son: asistencia en laboratorios, monitoria en la universidad, promoción universitaria, ventas, callcenter, entre otros.

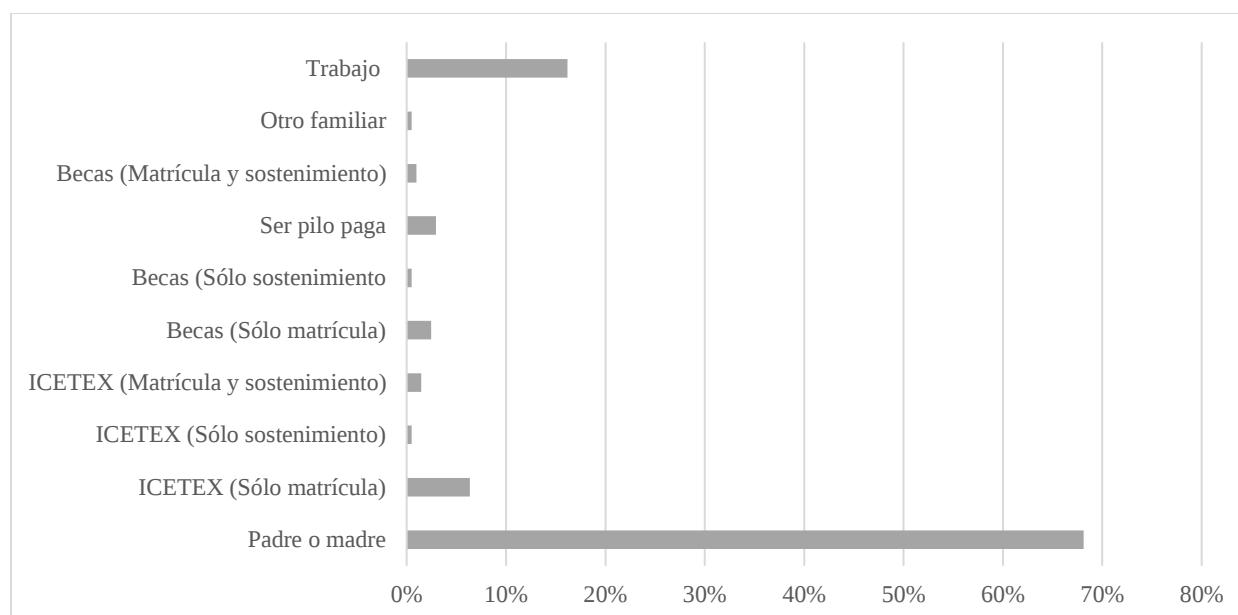


Figura 2: Distribución de pago de matrícula y otros gastos de educación superior de los participantes en la investigación.

Fuente: Elaboración propia (2019).

Condición socioeconómica.

En cuanto a las condiciones socioeconómicas se encontró que sólo el 22% de las personas que participaron en el estudio subsisten por sí mismas, mientras que las demás dependen de sus padres, es decir, que están sujetos a las condiciones socioeconómicas que ellos les brinden. En éste punto, es importante realizar un paralelo entre el último nivel educativo alcanzado por sus padres y la ocupación actual, pues, para el primer caso la mayoría de personas afirman que sus padres completaron la universidad, a pesar de ello, en la ocupación se muestra que la mayoría de mujeres tienden a ser empleadas más que cualquier otra opción, mientras que en el caso de los hombres la ocupación se distribuye de mejor manera denotando que en muchos más casos que en el de las mujeres, ellos no tienden a tener jefes (Ver figura 3 y 4).

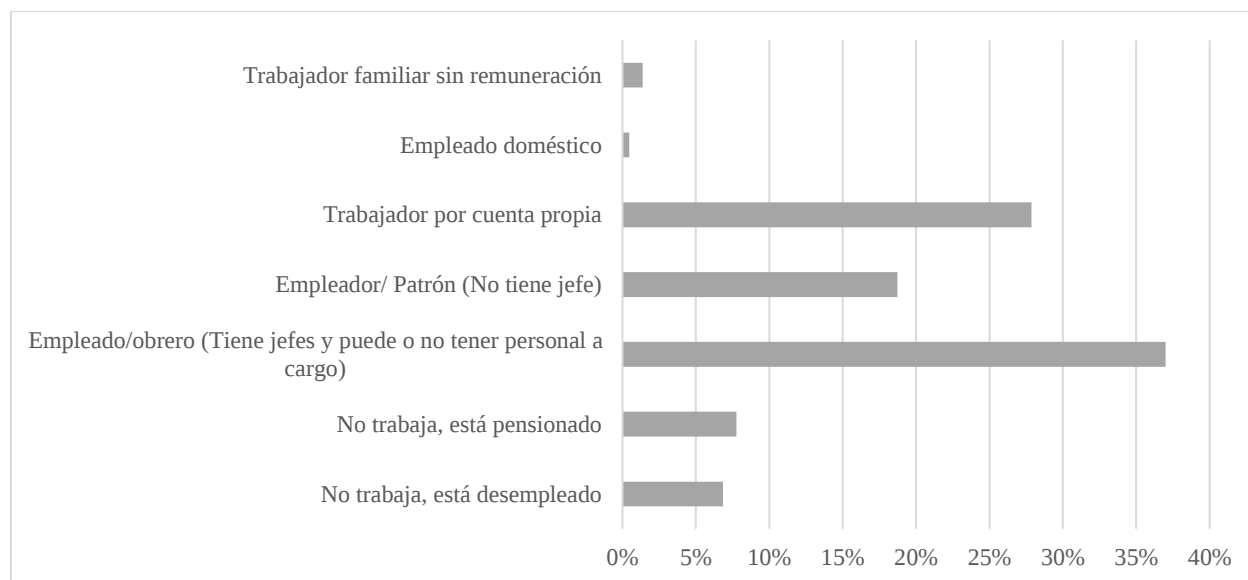


Figura 3: Distribución de la ocupación del padre de los participantes en la investigación.

Fuente: Elaboración propia (2019).

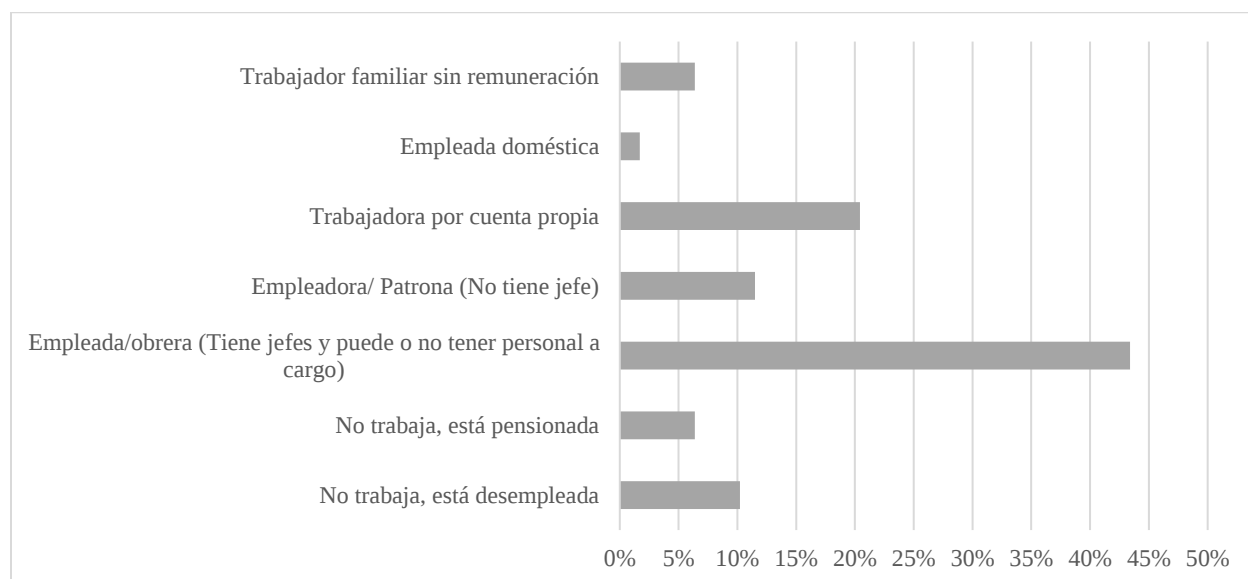


Figura 4: Distribución de la ocupación de la madre de los participantes en la investigación.

Fuente: Elaboración propia (2019).

En cuanto a los ingresos en el hogar el 45% respondió que 2 personas aportaban

económicamente en el hogar, mientras que el 25% dijo que sólo 1, el 21% dijo que 3 y sólo el 9% respondió más de 3. Sin embargo, la distribución salarial se encuentra entre 2 SMMLV y menos de 3 SMMLV, entre 1 SMMLV y menos de 2 SMMLV y más de 7 SMMLV, respectivamente (Ver figura 5).

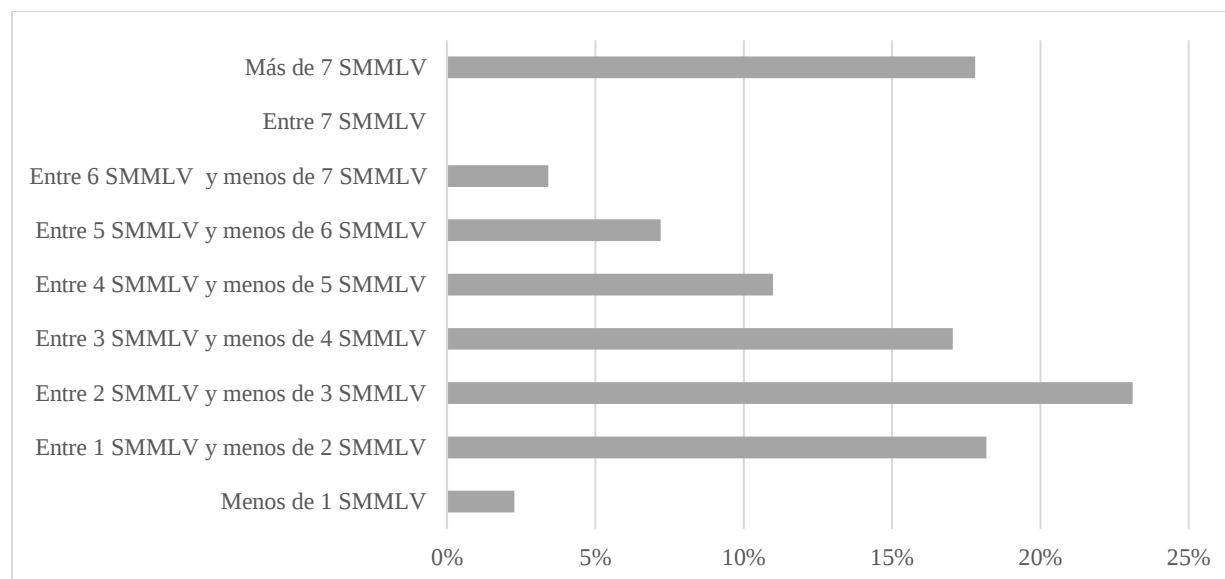


Figura 5: Distribución del ingreso en SMMLV en los hogares de los participantes en la investigación.

Fuente: Elaboración propia (2019).

En cuanto a la tenencia de la vivienda, el 64% declaró tener vivienda propia, el 28% en arriendo o subarriendo y sólo el 6% con permiso del propietario y sin pago alguno y por propiedad colectiva; cabe señalar que 3 personas contestaron la opción de otro, sin embargo, dos de ellos señalaron que vivían en casa propia, pero estaban terminando de pagarla y el otro que vivía en casa de un familiar. En cuanto al estrato, no hubo una gran distribución, sino que el 46% de personas vive en estrato 3, el 24% en el 2 y el 19% en el 4, luego de ello se encontraban los estratos 5, 6 y 1 con menos personas. En cuanto a la pregunta del material predominante del piso

del hogar, no hubo gran distribución pues el 79% tiene piso en Baldosa, vinilo o tableta, y el resto en Alfombra, mármol, madera pulida o lacada.

En cuanto al número de personas que residen en el hogar, se puede decir que la mayor concentración de respuestas se encuentra entre 4 y 3 personas, seguidas a estas se encuentran 5 personas, 2 personas, más de 5 y sólo 1. En relación con ésta, el número de habitaciones para dormir con las que cuentan los hogares se centra mayoritariamente en 3 habitaciones, luego 2, 4, más de 4 y sólo 1.

Finalmente, en cuanto a la afiliación de seguridad social, el 77% sí está afiliado, mientras que el 23% no lo está, cifra que es preocupante pues implica que aproximadamente 60 o más jóvenes se encuentren primordialmente sin una cobertura médico-asistencial, que pone en riesgo su vida, integridad y salud. De las personas que estaban afiliadas, como se puede ver en la figura 6, la mayoría corresponde al régimen contributivo.



Figura 6: Distribución del tipo de afiliación a seguridad social de los participantes en la investigación.

Fuente: Elaboración propia (2019).

Al realizar la clasificación por niveles sobre condición socioeconómica la distribución de personas estaba mayormente concentrada en el nivel 4, es decir, un nivel socioeconómico medio-alto que resulta favorable para la persona, seguido a este, el nivel 3, luego nivel 2, nivel 1 y finalmente, nivel 5. En este punto se ha de resaltar como se puede ver en la tabla 5 que la menor distribución de participantes se encontró en los niveles 1 y 5, impidiendo así obtener resultados heterogéneos, esto probablemente es debido a que la población escogida fueron estudiantes de educación superior, por tal motivo en este punto se encontró la primera limitante de la investigación dado en relación a una posible homogeneidad de los datos.

Tabla 5. *Distribución por niveles de condición socioeconómica.*

Nivel	Distribución (#)	Distribución (%)
Nivel 1	1	0,32%
Nivel 2	24	8%
Nivel 3	117	37%
Nivel 4	149	48%
Nivel 5	13	4%

Fuente: Elaboración propia (2019).

En cuanto a esto, se puede decir que, de los participantes en la investigación, los cuales son estudiantes de educación superior, el 68% tiene una condición socioeconómica media y media-alta, propiciando así condiciones favorables para el desarrollo de la vida de los estudiantes. A pesar de esto, es necesario resaltar que aproximadamente 60 personas que participaron en la investigación no cuentan con una cobertura médica, es decir, que no están afiliados a seguridad

social, poniendo en riesgo su salud en general y más aún relacionado con la investigación, su salud sexual y reproductiva. En este punto, hubiese sido necesario una pregunta en relación a por qué no tiene cobertura en seguridad social, pues, el Derecho al acceso a servicios de salud se estaría vulnerando.

Autocuidado sexual.

En cuanto al conocimiento sobre autocuidado sexual (ver tabla 6), el 80% de las personas respondieron que sí sabían qué es y qué implica dicho concepto; en la siguiente pregunta, a pesar de que todas las opciones de respuesta fueran correctas, pues todas tenían que ver con prácticas de autocuidado sexual, sólo una era la certera sobre el concepto de autocuidado sexual, para esta pregunta y respuesta se puede decir que el 61% de personas acertaron a la definición.

Tabla 6. *Definición más acertada sobre autocuidado sexual.*

Definición sobre autocuidado	Porcentaje y número de personas que respondieron
Aquellas acciones para para protegerse al tiempo de un embarazo no planificado y una enfermedad de transmisión sexual, protegiéndose a sí mismo y a la pareja.	172 personas, que corresponden al 80%
Es tener precauciones e higiene al momento de tener una relación sexual.	6 personas que corresponden al 3%
Utilizar métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales y estar al tanto del manejo de	21 personas que corresponden al 10%

los mismos.

Planificación familiar activa que se adapte a sí 15 personas que corresponden al 7%

mismo y a sus necesidades.

Fuente: Elaboración propia (2019).

Sin embargo, al pedirles que señalaran qué prácticas de autocuidado sexual conocían a la que menos hicieron mención fue a la de doble protección, la cual, va totalmente ligada a lo que el autocuidado sexual implica (Ver figura 7), así también, se debe señalar que quienes señalaron la opción de otros hacían mención al uso de métodos anticonceptivos, del preservativo, se debe subrayar que sólo una persona respondió que la abstinencia también claramente hace parte de las prácticas de autocuidado sexual.

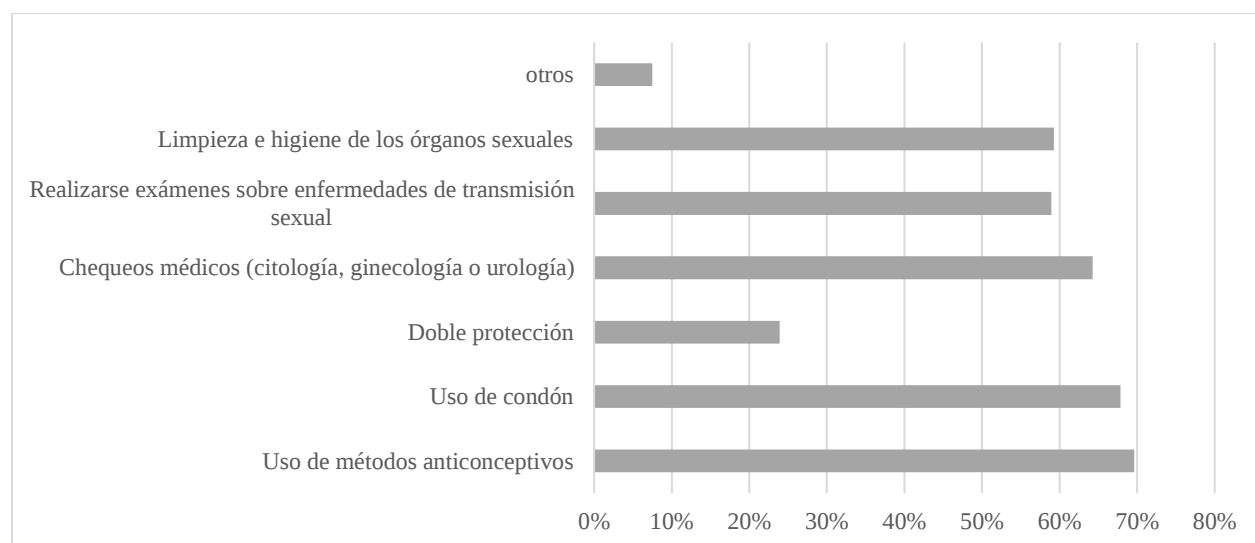


Figura 7: Distribución de las prácticas de autocuidado sexual conocidas por los participantes en la investigación.

Fuente: Elaboración propia (2019).

Respecto a los Derechos Sexuales y Reproductivos, las personas hicieron saber que conocen

en su mayoría cuáles son sus Derechos, sin embargo, la frecuencia de quienes los ponen en práctica y los exigen es mucho menor a los conocedores, sin embargo, las cifras son proporcionales (Ver tabla 7).

Tabla 7. *Derechos sexuales y reproductivos que conocen y practican las personas.*

Derecho	Conoce	Practica y exige
Goce, satisfacción y gratificación sexual	167	153
Conocer y valorar el cuerpo	181	179
Tener o no relaciones sexuales	212	204
Expresar orientación sexual o identidad de género	210	157
Decidir sobre número de hijos	169	135
Decidir ser padre o madre	166	160
Conformar una familia	165	142
Decidir empezar o postergar la reproducción	130	124
No discriminación por ser madres o estar en gestación	163	98
Maternidad segura	158	93
Acceder a una IVE	138	89

Fuente: Elaboración propia (2019).

Ahora, respecto al inicio de la vida sexual, el 91% respondió que sí, mientras que el otro 9% respondió que no, frente a esta última respuesta, las personas contestaron que no habían iniciado su vida sexual debido a diversas razones, entre ellas timidez, no es el momento adecuado, no ha encontrado a la persona adecuada y la virginidad es algo muypreciado, siente miedo o desconfianza y les otorga mayor prioridad a sus estudios. En cuanto a la edad de la primera

relación sexual se recogieron datos alarmantes, pues, muchos de los jóvenes iniciaron su vida sexual a edades muy tempranas, es decir, entre los 13 y 15 años, sin embargo, a modo general, el promedio de la edad de la primera relación sexual fue 17, con un valor máximo de 24.

Continuando con las preguntas de la primera relación sexual, las personas respondieron (76%) que no habían contado con ningún tipo de asesoría sobre sexualidad en general antes de iniciar su vida sexual, a pesar de ello, el 76% respondió que sí se protegió de una ETS y el 72% de un embarazo no planificado. Para ello, la mayoría de personas usaron dispositivos de barrera, seguido a ello métodos hormonales, coito interrumpido y la modalidad de ritmo.

Las personas que dijeron no haberse protegido de un embarazo no planificado o una ETS, dijeron mayoritariamente que no tenían algún método a la mano o que fue un encuentro inesperado o casual; así mismo, respaldando la pregunta de que, si habían obtenido alguna asesoría sobre sexualidad antes de iniciar la vida sexual, las personas también respondieron que no conocían métodos de protección y claramente, no sabían cómo usarlos (ver figura 8). Así mismo, en la opción de otro, las respuestas obtenidas allí variaban, unas en tanto a que la pareja era estable y no lo veía necesario, querían que fuera al natural, no se habló de usar uno y varias personas respondieron que fue un encuentro homosexual.

En este punto, considero que es necesario resaltar que el instrumento carece de preguntas orientadas a las relaciones homosexuales, a pesar de que el mismo contiene preguntas del preservativo que idealmente también deberían usar estas personas, pues, a pesar de que no estén expuestas al riesgo de un embarazo no planificado sí lo están en tanto a la adquisición de enfermedades o infecciones de transmisión sexual.

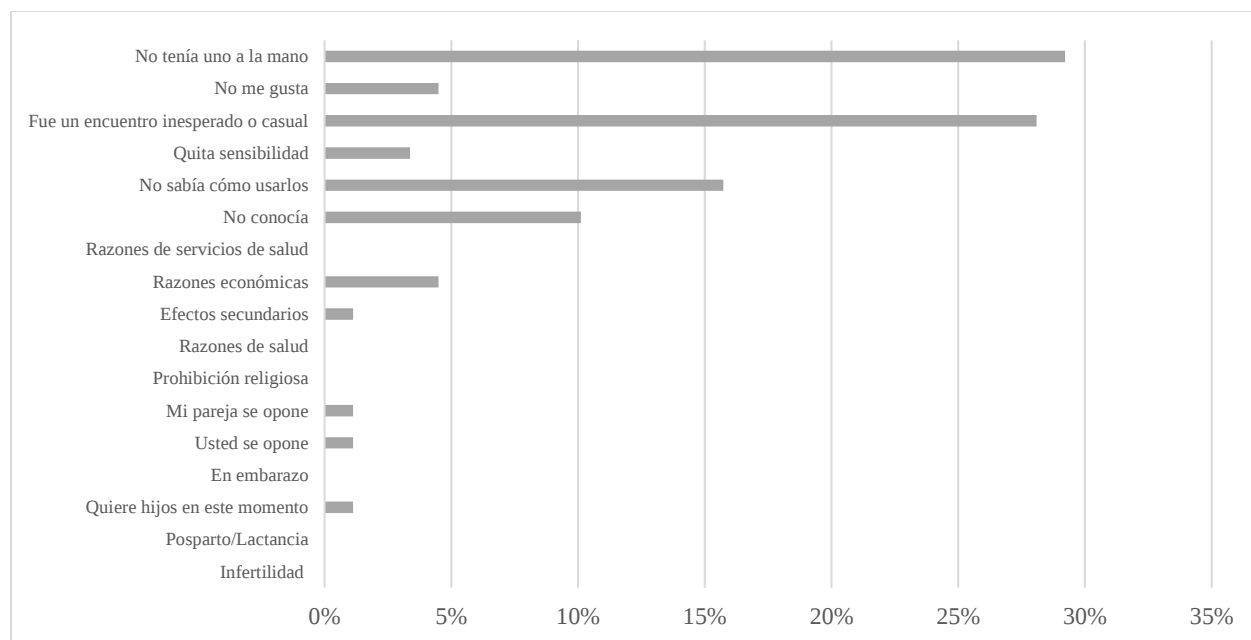


Figura 8: Razones del no uso de métodos de protección en la primera relación sexual de los participantes en la investigación.

Fuente: Elaboración propia (2019).

De aquellas personas que participaron en la encuesta, actualmente el 73% son activas sexualmente, de las cuales la mayoría tuvo su última relación sexual hace una semana o menos, con una pareja estable el 70% y el 30% con una pareja ocasional. Para esa última relación sexual sólo el 57% uso un método de protección contra las ETS y el 85% contra los embarazos no planificados. Para la pregunta de qué métodos usaron para protegerse en esa última relación sexual, se obtuvieron respuestas similares a la pregunta de los métodos que usaron en la primera relación sexual, donde, predominaban mayormente los métodos de barrera y los hormonales.

No obstante, los métodos folclóricos son usados también como el coito interrumpido y ritmo o calendario. Lo anterior es preocupante, porque no son métodos que funcionan al 100% y claramente pueden fallar exponiendo al joven a un embarazo no planificado.

En cuanto al por qué no usaron métodos de protección, las respuestas se parecen a la pregunta

anterior, sin embargo, para ésta aumentaron las respuestas en tanto a que quitan sensibilidad, no les gusta, hay efectos secundarios, la pareja se opone, y desea hijos en el momento. Sin embargo, es preocupante el hecho de que aún se presenten respuestas relacionadas al desconocimiento, puesto que a pesar de que en la primera relación sexual puede ser entendible, a la edad que tienen las personas hoy en día ésta situación no debería seguirse presentando (Ver figura 9).

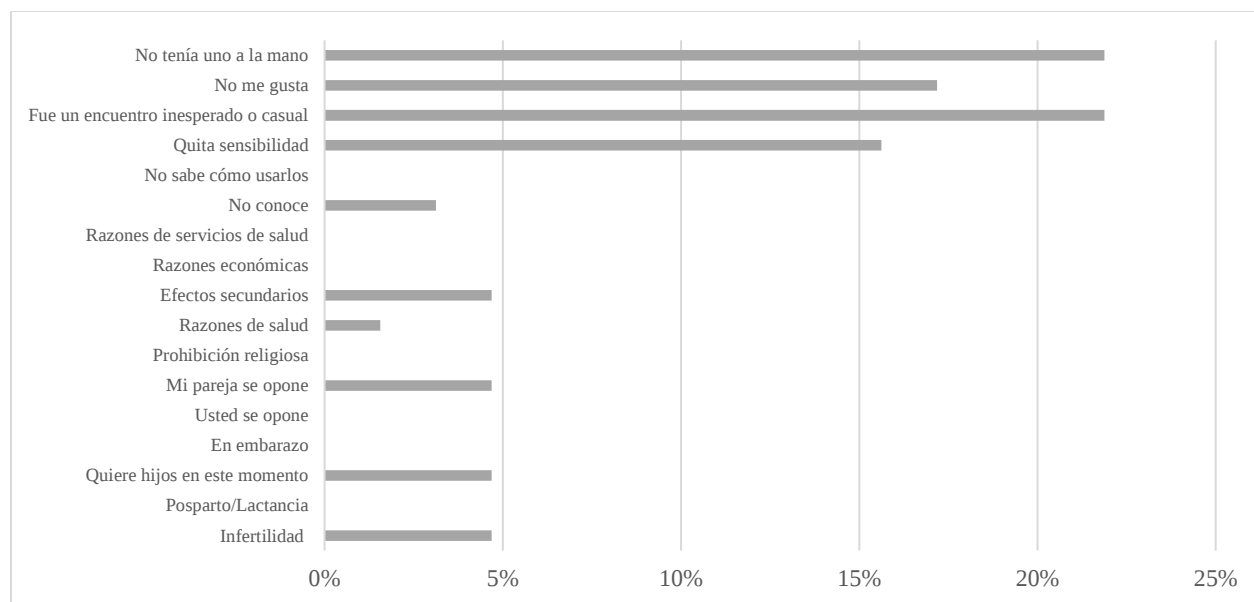


Figura 9: Razones del no uso de métodos de protección en la última relación sexual de los participantes en la investigación.

Fuente: Elaboración propia (2019).

En cuanto a la exigencia de uso del preservativo en todas sus relaciones, el 31% dijo que siempre lo exigía, seguido a ello, casi siempre y a veces, y el 16% nunca lo exige, cifra y situación que es preocupante por los riesgos a los cuales se exponen. Ahora, en cuanto a la pregunta sobre si estaban a punto de iniciar una relación sexual y no tenían un preservativo, ¿qué haría? El 34% respondió que tendría la relación sin usar preservativo, el 35% respondió que detiene el acto hasta conseguir un preservativo y sólo el 24% se abstendría de tener la relación, en esta pregunta las personas contestaron también que dependía mucho si era una pareja estable

u ocasional, dejando en claro que si es la pareja tendrían la relación sin el preservativo. En cuanto a la pregunta de uso del preservativo en dos relaciones sexuales o más en un mismo encuentro, la mayoría de personas respondió que utilizaría un nuevo preservativo, sólo menos de 50 personas respondieron que no usarían y ninguna tendría la mala práctica de reutilizar el preservativo.

El 67% de las personas que respondieron la encuesta dijeron que no cargaban cotidianamente, por tal, si se les presenta la oportunidad de tener una relación sexual, idealmente deberían detener el acto hasta conseguir uno o abstenerse. Ahora, en cuanto al lugar donde cargan el condón el 70% respondió que, en la maleta o el bolso, a pesar de que éste puede que sea un buen lugar se debe tener en las condiciones aptas, sin riesgo de que pueda romperse el empaque, el 20% lo carga en la billetera y el 10% en el bolsillo. Adicionalmente, sólo el 61% se fija en la fecha de vencimiento del preservativo antes de usarlo. Finalmente, según las respuestas a la pregunta de cómo utiliza el condón, casi el 100% respondió que lo hace durante toda la relación sexual, sólo dos personas respondieron la opción de otro, sin embargo, sus respuestas son asociadas a durante toda la relación.

Ahora bien, sólo al 27% de las personas les ha fallado el método anticonceptivo, frente a eso sólo el 47% tomó alguna medida, las cuales la mayoría iban enfocadas a tomar la pastilla de emergencia o PostDay, sólo una persona acudió a hacerse exámenes para determinar si estaba en embarazo o infectada con alguna ETS, y sólo una persona utilizó un método folclórico y nada seguro como lo fue saltar para que con ello los fluidos salieran y no quedar embarazada.

Una cifra que se obtuvo y fue de gran preocupación fue respecto a que, si la persona ha asistido a exámenes de ETS, pues, sólo el 34% dijo que sí, así mismo, sólo el 46% han asistido a citas con médico general o especialistas en el tema, y sólo el 31% han ido a citas sobre

planificación familiar. Esto nos muestra un panorama donde los jóvenes si bien pueden cuidarse, no asisten ni se realizan exámenes periódicos para descartar cualquier tipo de riesgo.

En cuanto a conductas de riesgo el 57% ha tenido relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o sustancias psicoactivas, frente a ello sólo el 43% hizo uso del preservativo. El 14% ha participado en orgías o tríos, donde al igual que en la situación anterior solo el 43% usó preservativo. Finalmente, al 14% se les ha ejercido algún tipo de presión para tener relaciones sexuales y en el 56% de los casos no se usó preservativo, en esta última situación se pone en riesgo tanto la salud física de la persona, como la mental, pues, nadie debería ser presionado para tener relaciones sexuales, cómo bien lo dicen los Derechos Sexuales y Reproductivos, las personas tienen derecho a decidir si se tiene o no relaciones sexuales.

Para la distribución por niveles para el autocuidado, los niveles se dividieron en dos, en que sí tiene autocuidado sexual o no tiene. En este punto de la investigación se obtuvieron los datos más alarmantes, no sólo por el hecho de que posiblemente estos sean un segundo limitante para la relación entre variables, sino también por lo que implican para la salud sexual y reproductiva de quienes participaron en la investigación. Al ser sólo dos niveles, la mayoría de participantes se distribuyeron en el nivel de no tiene autocuidado sexual y muy pocas personas en el nivel de un adecuado autocuidado sexual (Tabla 8).

Tabla 8. *Distribución por autocuidado sexual.*

Nivel	Distribución (#)	Distribución (%)
Sí tiene autocuidado sexual	53	17%
No tiene autocuidado sexual	260	83%

Fuente: Elaboración propia (2019).

Para empezar, es necesario resaltar que a pesar de que muchas personas (84%) hubiesen acertado a la correcta definición de autocuidado sexual, no realizan prácticas en pro de la misma, es decir, que en un principio muy pocos conocen la práctica de la doble protección (28%), la cual, va totalmente ligada y de la mano con el autocuidado sexual, pues, ésta consiste en la protección al mismo tiempo de un embarazo no planificado y de la transmisión de enfermedades sexuales.

En relación a esto, se pudo encontrar que la gran mayoría de personas en su última relación sexual se protegió de un embarazo no planificado (82%), pero no, de la transmisión de enfermedades sexuales (42%), esto, quizás porque los jóvenes ven mucho más alejada la oportunidad de contraer una ETS y mucho más cercana y probable la oportunidad de un embarazo.

Ahora bien, muchos estudios y esta investigación demuestran que los jóvenes inician la vida sexual cada vez a edades más tempranas, tal y como se pueden ver en los datos muchos de ellos no recibieron alguna asesoría sobre salud sexual y reproductiva para iniciar su vida sexual, poniendo en riesgo su salud y la de su pareja sexual, ya que al momento de tener la relación sexual no cuentan con conocimientos válidos y confiables, sino que por el contrario en muchos casos saben lo que sus pares les cuentan y tienden a usar métodos folclóricos nada confiables que los exponen a una multiplicidad de riesgos.

En concordancia con los riesgos a los que en un inicio estuvieron expuestos los participantes de la investigación, en el transcurso de su vida sexual múltiples participantes han realizado conductas de riesgo ignorando las consecuencias que éstas pudiesen traer, estas conductas iban desde tener relaciones bajo influencia del alcohol y sustancias psicoactivas, participar en orgías o tríos y ser forzados a participar en una relación sexual. Ahora, a pesar de que ya estaban

expuestas al riesgo por el simple hecho de realizar este tipo de conductas y ser obligados a realizarlas, algunos de ellas no usaron métodos de protección.

Lo anteriormente expuesto implica que a pesar de que quienes participaron en la investigación pueden tener cierto conocimiento sobre qué es el autocuidado sexual, no realizan prácticas en pro de la misma, poniendo en riesgo su salud y la de su pareja. Situación realmente preocupante para la situación de salud sexual en la capital.

Así también, desconocen una de las prácticas de autocuidado sexual más importante que es la doble protección, dónde solo el 27% de participantes la conocían, siguiendo a ésta el 71% considera que la asistencia al médico bien sea para realizarse exámenes o asistir a chequeos médicos cuentan como una práctica de cuidado, siendo así, las prácticas más reconocidas el uso de condón y otros métodos anticonceptivos bien sean folclóricos o naturales y modernos –los cuales no son del todo efectivos-.

Finalmente, al realizar una comparación entre hombres y mujeres, se encontraron resultados similares en tanto a que de las 178 mujeres que participaron en la investigación más del 80% no tienen prácticas de autocuidado saludables, así también sucedió con los hombres, donde de los 126 hombres que participaron el 81% tampoco realiza prácticas de autocuidado, siendo así que menos del 20% de la población tanto de mujeres como de hombres cuidan su salud sexual y reproductiva, evitando conductas que puedan exponerlos al riesgo.

Ahora, en cuanto al tercer objetivo específico, que planteaba dar a conocer si existe o no una relación ente las condiciones socioeconómicas y el autocuidado sexual, se realizaron diversos procedimientos en pro de la identificación del mejor método para hacer la relación. Para efectos de esta investigación se realizaron tres tipos de análisis, el primero de ellos a través de tablas de contingencia, el segundo un análisis correlacional bivariado y finalmente un análisis de regresión

lineal simple.

Las tablas de contingencia (tablas de doble entrada) son una herramienta fundamental para hacer los análisis de asociación entre dos variables. Están compuestas por filas (horizontales), para la información de una variable y columnas (verticales) para la información de otra variable. Estas filas y columnas delimitan celdas donde se vuelcan las frecuencias de cada combinación de las variables analizadas.

Tabla 9. *Ejemplo tablas de contingencia.*

	Sí autocuidado	No autocuidado	Total
Nivel **	A	B	a+b
Resto de niveles	C	D	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

Fuente: Elaboración propia (2019).

Al cruzar la información, dichas tablas arrojan un resultado que hace referencia al riesgo relativo, este dato es aquel que permite cuantificar la magnitud de excesos de riesgo y mide la fuerza de asociación entre dos variables (Organización Panamericana de la Salud, 2002), para efectos de esta investigación se identifica un exceso de riesgo entre las personas expuestas y no expuestas a determinada condición socioeconómica y la presencia del autocuidado sexual. El riesgo relativo se obtiene a partir de la siguiente ecuación:

$$RR = \frac{(a) \div (a + b)}{(c) \div (c + d)}$$

A continuación, se presentarán las tablas de contingencia de cada nivel socioeconómico con los dos niveles de autocuidado sexual, junto a sus respectivos valores de riesgo relativo (RR).

Tabla 10. *Contingencia nivel 5 de condición socioeconómica y autocuidado sexual.*

	Sí autocuidado	No autocuidado	Total
Nivel 5	2	11	13
Resto de niveles	56	236	291
Total	58	246	304

RR=0,799

Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 11. *Contingencia nivel 4 de condición socioeconómica y autocuidado sexual.*

	Sí autocuidado	No autocuidado	Total
Nivel 4	29	121	150
Resto de niveles	29	125	154
Total	58	246	304

RR=1,027

Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 12. *Contingencia nivel 3 de condición socioeconómica y autocuidado sexual.*

	Sí autocuidado	No autocuidado	Total
Nivel 3	23	94	117
Resto de niveles	35	152	187
Total	58	246	304

RR=1,050

Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 13. *Contingencia nivel 2 de condición socioeconómica y autocuidado sexual.*

	Sí autocuidado	No autocuidado	Total
Nivel 2	4	20	24
Resto de niveles	54	226	280
Total	58	246	304

RR=0,864

Fuente: Elaboración propia (2019).

Tabla 14. *Contingencia nivel 1 de condición socioeconómica y autocuidado sexual.*

	Sí autocuidado	No autocuidado	Total
Nivel 1	1	0	1
Resto de niveles	57	246	303
Total	58	246	304

RR=5,316

Fuente: Elaboración propia (2019).

Las cifras de riesgo relativo mostradas anteriormente, nos demuestran que la relación entre el autocuidado sexual y las condiciones socioeconómicas es casi que inexistente en los casos de los jóvenes que participaron en la investigación, puesto que se consideraría que sí hay una relación de asociación si el riesgo fuese mayor que 2. A pesar de ello, se ha de resaltar el resultado del caso del nivel 1 donde, se asocia que estar en un nivel bajo de condición socioeconómica podría estar relacionado con tener adecuadas prácticas de autocuidado sexual, no obstante, para que esta afirmación tenga peso, se necesitaría acceder a mucha más población ubicada en este nivel para así contrastar lo anterior, ya que en el caso de esta investigación sólo una persona fue clasificada allí.

En cuando a los demás resultados donde el riesgo relativo es bajo, es decir, donde no hay asociación entre estas dos variables, se puede deber a que la mayoría de jóvenes quienes participaron en la investigación, simplemente no cuentan con un adecuado autocuidado sexual, esto debido a que como se explicó anteriormente, en la mayoría de casos los jóvenes optan por cuidarse de un embarazo no planificado y no tanto de una enfermedad de transmisión sexual. Así mismo, puede deberse a que en cierto modo la población puede estar homogenizada y concentrada en el nivel socioeconómico medio.

Para contrastar los resultados dados en las tablas de contingencia, se decidió realizar un análisis de correlación bivariada de Spearman, debido a que era el análisis que mejor se ajustaba a los datos que resultaron de la investigación, ya que, este tipo de correlación no requiere supuestos de distribución de los datos, siendo así un análisis más flexible y menos exigente en cuanto a las variables, en contraste al análisis de Pearson; siendo así posible establecer una existencia o inexistencia de una asociación lineal entre las variables (González, 2017). Esta correlación, se realizó a través del programa SPSS, a continuación, se mostrarán los resultados arrojados de dicha correlación.

				Condición socioeconómica	Autocuidado sexual
Rho	de	Condición	Coefficiente de	1,000	,075
spearman		Socioeconómica	correlación		
			Sig. (bilateral)		,189
			N	304	304
		Autocuidado	Coefficiente de	,075	1,000
		sexual	correlación		
			Sig. (bilateral)	,189	
			N	304	304

Figura 10: Correlación bivariada de Spearman.

Fuente: Elaboración propia (2019).

El coeficiente de Spearman puede tomar un valor entre +1 y -1, el cual está dividido en tres rangos, donde un valor de +1 significa una perfecta asociación, un valor de 0 significa una asociación nula y un valor de -1 significa una perfecta asociación negativa. Tal y como se puede apreciar en la imagen anterior, el coeficiente de relación arroja un resultado de 0,075, es decir, que dentro de los rangos establecidos, se encontraría en el de asociación nula, es decir, que no hay evidencia de correlación entre las variables de condición socioeconómica y el autocuidado sexual.

Finalmente, se recurrió a realizar un análisis de regresión lineal simple, pues este tipo de análisis permite establecer una relación entre variables, este análisis se realizó en el programa SPSS, a continuación, se mostrarán los resultados arrojados en dicho análisis.

Estadísticos de cambio									
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar en la estimación	Cambio en R cuadrado	Cambio en F	Gl1	Gl2	Sig. Cambio en F
1	,063 ^a	,004	,001	15,873	,004	1,190	1	302	,276

Figura 11: Resumen modelo regresión simple.

Fuente: Elaboración propia (2019).

Los resultados que arrojó este tipo de análisis fueron diversos, sin embargo, para efectos de la presente investigación y para contrastar o debatir los resultados arrojados por los dos análisis anteriores, se tendrán en cuenta y se explicarán aquellos resultados obtenidos en R^2 y en R .

En cuanto al R^2 , este valor indica el porcentaje en que una variable logra explicar a la otra, en este caso el valor obtenido es de 0,004, esto explica que solo el 0,004% de la variación en autocuidado sexual esta explicado por la condición socioeconómica. En cuanto al valor de R el programa arroja un resultado del 0,063, para esta parte del análisis se establecen ciertos rangos que explican si existe o no relación y en los casos en los que sí existe, se define si es una relación negativa o positiva. Para los resultados de esta investigación, la cifra se encuentra situada en el rango dos, el cual explica que:

Si $0.00 \leq r \pm 0.20$ entonces existe una correlación no significativa.

Sin embargo, es necesario resaltar que hay algunos casos en que conforme aumenta la condición socioeconómica, aumenta el autocuidado, tal y como se verá en la siguiente figura. Así también, se ha de resaltar que existe un punto alejado en contraste con los demás, que podría responder al hecho de que entre menor condición socioeconómica menores prácticas de autocuidado se tendrán, no obstante, esto ocurrió debido a que la persona respondió menos de la mitad de las preguntas correspondientes a la variable de condición socioeconómica y por ende la sumatoria de su nivel dio baja en comparación a las demás.

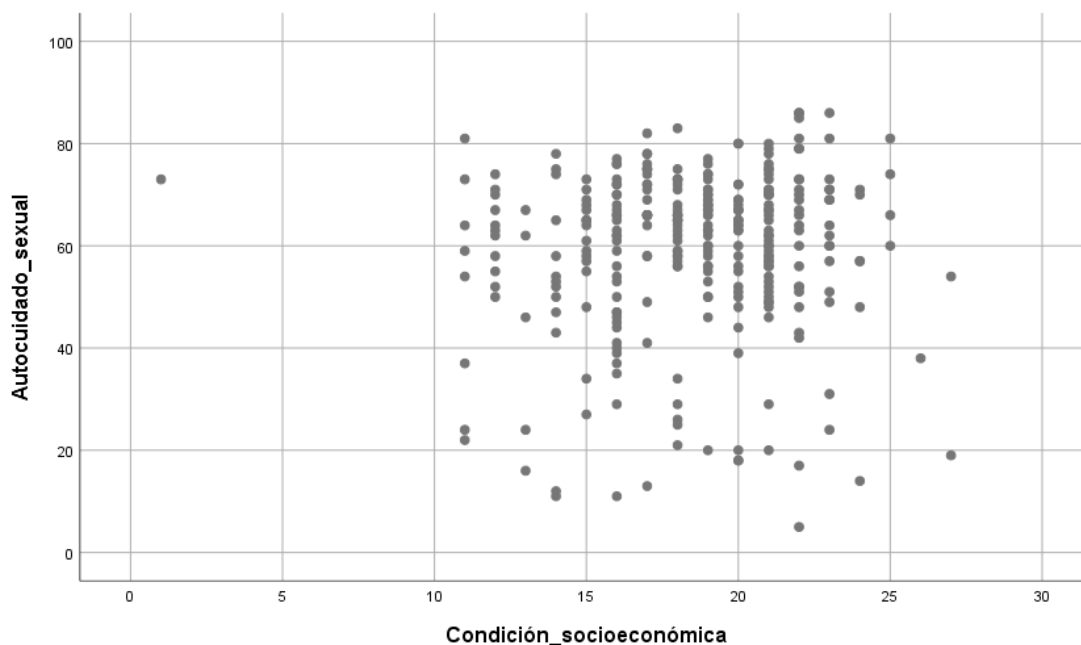


Figura 12: Gráfica de dispersión de datos obtenidos de la aplicación de la encuesta.

Fuente: Elaboración propia (2019).

Este segundo y tercer tipo de análisis corroboran la información y los resultados arrojados por las tablas de contingencia, en donde se puede decir que para los jóvenes que participaron en esta investigación no existe ningún tipo de correlación o relación significativa entre las variables de autocuidado sexual y las condiciones socioeconómicas, así también, que no se encuentran expuestos a prácticas riesgosas debido a su nivel socioeconómico.

Discusión de resultados.

A continuación, se presenta la discusión de resultados enmarcada en dos de los elementos más relevantes de la investigación que son el autocuidado sexual y la relación entre las condiciones socioeconómicas y el autocuidado sexual.

La pregunta central que convoca la presente investigación inicialmente pretendía identificar si existe o no una relación entre las condiciones socioeconómicas y el autocuidado sexual, pregunta a la cual se dio respuesta en el apartado anterior y en el que se estableció que para las personas que participaron en el estudio, no había algún tipo de relación entre estas dos variables, a pesar de que múltiples estudios realizados a nivel nacional como internacional dan cuenta de que sí existe algún tipo de relación entre las condiciones socioeconómicas y la sexualidad en general.

Investigaciones como la de Borrell et al., (2004) demuestran que las condiciones socioeconómicas bajas son un factor que propicia una mala salud reproductiva expresada en índices de mortalidad y morbilidad. De igual forma Stern, (2007) en su investigación contempla que la actividad sexual tiene connotaciones diversas para sectores socioeconómicos bajos y altos puesto que una vez iniciada la vida sexual, el entorno de pares del joven tiende a reconocerlo como un verdadero adulto; para entornos de condiciones socioeconómicas bajas los jóvenes pueden ver el inicio de su vida sexual y de un embarazo como una oportunidad para independizarse de las condiciones precarias a las cuales está sujeto por su familia, mientras que para las personas que poseen condiciones socioeconómicas favorables, la sexualidad se ve de una forma más placentera (recreativa) y de reconocimiento frente a los demás, posicionando de esta forma a los jóvenes en condiciones de ventaja o desventaja según su nivel socioeconómico.

Relacionado a lo anterior y retomando a autores expuestos en el marco conceptual y teórico de la presente investigación, Woolf y Braveman, (2011) afirman que elementos como ingresos y educación influyen en el acceso a adecuados servicios de salud, lo cual implica a su vez comportamientos asertivos en cuanto a su sexualidad. No obstante, en los resultados de la presente investigación, sin discriminar los ingresos en las familias, el 20% de la población no estaba afiliada a ningún tipo de seguridad social, lo cual es alarmante puesto que en primer lugar

están violentando su derecho constitucional a tener condiciones que aseguren el gozo del más alto nivel de salud, y en segundo lugar no tienen libre acceso a centros médicos que los impulsen a tener adecuadas prácticas de autocuidado sexual.

Gómez (2016) afirma que además de las condiciones socioeconómicas, el sexo también es una variable importante para desarrollar prácticas de autocuidado, sin embargo y como ya se ha mencionado anteriormente, los jóvenes que participaron en este estudio no tienen adecuadas prácticas de autocuidado sin discriminar el sexo; estos resultados pudieron estar sesgados por el hecho de que las muestras por género no fueron homogéneas dado que no se logró recoger muestras que igualaran el número de mujeres y de hombres, siendo así que las mujeres sobrepasaban a los hombres en un 13%.

Así también otros estudios como el de Aguilar y Posada, (2001) y Gómez y Montoya, (2014) afirman que además de condiciones socioeconómicas bajas, la inestabilidad familiar y la inmadurez biológica relacionada con la edad, son factores que repercuten en la vida sexual del joven, y en el caso de estos estudios se incluyen los embarazos no planificados, aspecto que no se tuvo en cuenta en esta investigación. Sin embargo, estos elementos a pesar de que están excluidos junto con los eventos de aborto (inducido o espontáneo), se trata de factores que deberían ser revisados en futuros estudios sobre prácticas de autocuidado en los jóvenes a fin de aportar nuevas perspectivas que permitan dar mayor luz al problema de investigación.

Adicionalmente, los dos estudios anteriormente citados afirman que el desconocimiento sobre salud sexual y reproductiva es un elemento fundamental que influye en el fenómeno del embarazo adolescente; información, que puede ser contrastada con los resultados de la presente investigación, en la cual el 85% de las personas que participaron afirmaron no haber recibido ningún tipo de asesoría o de educación sexual y reproductiva antes del inicio de su vida sexual.

Esta circunstancia merece ser analizada dado que desde el año 2013 en Colombia está vigente la Ley 1620 sobre el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar, pero se trata de una serie de directrices donde las instituciones de educación tienen la libertad de poner en marcha así como los padres de familia; según ello, un amplio número de los participantes de esta investigación no fue instruido en materia de educación sexual.

Todo esto conlleva al segundo punto relevante de esta investigación y a la siguiente pregunta problema *Cuáles son las prácticas de autocuidado sexual realizadas* y en concordancia con esto *Qué prácticas ponen en riesgo su salud sexual y reproductiva.*

En este sentido un estudio realizado por Gutiérrez, (2010) se encuentra que los jóvenes no conocen sobre autocuidado sexual y por ende no realizan prácticas en pro del mismo; sin embargo, en la presente investigación a pesar de que los participantes acertaron en la correcta definición de autocuidado sexual, muy pocos hacían referencia a la totalidad de prácticas que envuelven este elemento, en especial a la doble protección (métodos de planificación) donde sólo el 29% hicieron referencia a este tipo de práctica. Este elemento puede verse relacionado con la dimensión conductual que Pupo et al., (2017) identificaron en su estudio, pues, se hace referencia a la contradicción que hay entre lo que saben los jóvenes y sus actitudes al respecto.

Asimismo, en dicho estudio se hace referencia a que los jóvenes no le dan la importancia o seriedad necesaria al cuidado en la sexualidad, ocasionando así que ellos asuman conductas irresponsables. Es aquí donde es importante traer a colación un caso específico de un hombre que participó en la encuesta de esta investigación, donde en las preguntas con respuesta abierta contestaba de una manera un tanto burlesca y despreocupada sobre sus prácticas de autocuidado;

por un lado afirmaba que sólo usaba prácticas de anticoncepción como coito interrumpido y manifestaba que ante situaciones donde está a punto de tener relaciones sexuales sin tener un preservativo a la mano, en efecto las tenía y le decía a su pareja *“Mami, así se siente delicioso. Tú sabes que yo lo saco antes de venirme y no pasa nada, además hay que experimentar en la vida”*. Así mismo, cuando se le planteaba cuál sería su actitud en situaciones donde tiene más de dos relaciones sexuales en un mismo encuentro, respondió que le diría a su pareja sexual *“como el anterior fue con (condón), este va a ser al natural pa que veas que ahora te vienes tú y no solo yo, corazón”*. Finalmente, cuando se le preguntó qué medida tomó cuando le falló el método de protección respondió que *“de una le dije que empezara a saltar y le salió todo, menos mal”*. Si bien pueden tomarse este tipo de afirmaciones como una actitud burlesca frente al estudio, se debe considerar también la opción de que realmente la persona sí reacciona de esta manera ante este tipo de situaciones, lo cual resulta totalmente preocupante puesto que no sólo se denota que el encuestado estaría poniendo en riesgo su salud sexual sino también su salud física, así como la salud de todas sus parejas sexuales y a su vez, la de las parejas de éstas, situación que se convierte en acciones perjudiciales para la sociedad. Además, es posible que dicha situación podría estar sucediendo más frecuentemente de lo que parece, siendo así que se aumentarían las probabilidades de sufrir consecuencias riesgosas (embarazos no deseados, ETS, abortos, estancamiento en los proyectos de vida, aumento de morbilidad y mortalidad).

En concordancia con lo afirmado en el estudio de Gutiérrez, (2010) sobre las prácticas riesgosas, en la presente investigación se encontró que muchas personas se exponen a consecuencias poco favorables debido a una serie de prácticas que resultan ser no adecuadas, como el no uso de preservativo en todas sus relaciones sexuales, no asistir al médico tanto para realizarse exámenes como chequeos necesarios, tener relaciones con múltiples parejas sexuales,

participar irresponsablemente en orgías o tríos, tener relaciones bajo efectos del alcohol o SPA, no exigir el preservativo, entre otras. Estos son factores que pueden verse reflejados en otra de las dimensiones planteadas por Pupo et al., (2017) y que estaría relacionada con la parte emocional de la persona, la cual indica que las falencias que se dan en las prácticas de autocuidado son producto de la no apropiación de recursos que les permita a las personas mejorar y responsabilizarse de su salud sexual y reproductiva.

Según Bahamón et al., (2014) las conductas de riesgo se dan por condiciones físicas, emocionales y psicológicas, condiciones que son cambiantes y que ponen en una posición ambigua a los jóvenes especialmente en su adolescencia, etapa crucial porque es el momento donde se tiende a iniciar la vida sexual. En los estudios que analizaron estos autores llegaron a la conclusión de que cada vez los jóvenes inician su vida sexual a más temprana edad, lo cual también fue confirmado por estudios como el de Flórez, (2005) donde se señala que quienes participaron iniciaron su vida sexual entre los 15 y 16 años. En concordancia con ello, se encuentran los resultados de la presente investigación que demuestran que las edades más frecuentes para el inicio de la vida sexual se ubican entre los 17 y 18 años y dónde la edad mínima registrada fue de 12 años (0,3%) y la máxima de 24 años.

A pesar de que las edades estuvieran distribuidas de dicha forma y que la mayoría de jóvenes no iniciaron su vida sexual a temprana edad, es necesario recordar que más del 80% no recibió educación sexual previa a este inicio, poniendo en riesgo así su primer encuentro sexual donde la circunstancia seguramente que se reprodujo bajo conocimientos y mitos erróneos frente a la sexualidad y el autocuidado. Así también Flórez y Soto, (2013) afirman que uno de los principales determinantes para el embarazo a corta edad es la edad temprana de inicio de las relaciones sexuales; también se ha indicado que el inicio de la vida sexual en edades muy

tempranas, se relaciona fuertemente con prácticas como la promiscuidad, aborto, intercambio de parejas, relaciones sexuales grupales, entre otros factores que incrementan la morbilidad en los jóvenes (Bahamón et al., 2014).

A pesar de que la mayoría de personas de este estudio no recibió ningún tipo de asesoría o educación antes de iniciar su vida sexual, el 75% de ellas usan protección contra una enfermedad de transmisión sexual y un 79% usa protección contra un embarazo no planificado. Como métodos de protección el 84% usa preservativo, seguido a esto el 28% métodos hormonales y el 18% métodos naturales; no obstante, y en especial los últimos dos métodos de protección por un lado no cumplen la función de doble protección y por otro lado frecuentemente reportan una amplia probabilidad de fallo, resultados que concuerdan con lo descrito en estudios como el de Flórez y Soto, (2013).

Información similar se recolectó en el estudio de Flórez, (2005) donde afirma que entre el 55% y 65% de personas usaron un método de protección en su primera relación sexual.

En este sentido es importante señalar que según Tobón, (2003) las prácticas de autocuidado se dan tanto por factores internos como externos. Por un lado los externos incluyen todas aquellas variables que se han mencionado a lo largo de la discusión en cuanto a las condiciones socioeconómicas, mientras que los internos se encuentran relacionados con el conocimiento y la voluntad (autodecisión). Estudios como el de Flórez, (2005) demuestran que la poca planificación del primer encuentro sexual en jóvenes es causal del bajo uso de métodos de protección.

Vargas, (2007) afirma que para que los comportamientos de autocuidado se den en una persona, éstos deben ser dados y guiados a partir del total conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos - DSR, lo cual implica una apropiación de los mismos por parte de los

jóvenes, logrando así ser capaces de identificar y controlar conductas de riesgo que puedan afectarlos. Sin embargo, los datos que se recogieron en la presente investigación en cuanto al conocimiento sobre los DSR mostraron que las personas sí conocían sus derechos, pero no los practicaban ni los exigían, lo cual se refleja en sus respuestas en las preguntas correspondientes a la variable de riesgos sexuales, siendo así poco conscientes de la situación a la cual se exponen.

Asimismo, es importante resaltar que de todas las prácticas de autocuidado que se preguntaron en esta investigación sólo un 17% de los jóvenes manifestó tener adecuadas prácticas, circunstancia que responde a lo encontrado por autores como Cannoni et al., (2015) y Vega y Alvarado, (2005). No obstante, hubiese sido gratificante para los resultados de esta investigación preguntar sobre prácticas de autocuidado sexual que estuvieran relacionadas con la higiene sexual como aquellas expuestas en los estudios desarrollados por Pinedo y Pérez, (2018) y Olivera y Reyna, (2015) donde se preguntaron sobre prácticas específicas de higiene sexual a un grupo de jóvenes indicando unas prácticas inadecuadas lo que implica que la probabilidad de obtener y transmitir infecciones sea elevada.

Es por todo lo anterior que Castañeda y Moreno, (2010) afirman que las actitudes que les permiten a las personas ser agentes de su propia vida identificando lo que les es adecuado y evitando lo que implica un riesgo, es una circunstancia que se ve mayormente representada en adultos y en menor medida en jóvenes, es decir, que quienes se ven más expuestos al riesgo y son más propensos a ser parte de esta problemática de salud pública es éste último grupo. Esto es de gran importancia porque en la búsqueda de los antecedentes de la presente investigación, se destacó que en Colombia son muy pocos los estudios publicados en donde se analice el autocuidado sexual entre los adolescentes y jóvenes, lo cual resulta ser un vacío en el estado del arte que merece ser considerado para estudios futuros.

Esta circunstancia se encuentra respaldada por la afirmación de Ospina y Manrique (2007) en su investigación desarrollada en Tunja donde concluyen que existe un gran problema de salud reproductiva que se enmarca en los resultados del alto número de embarazos no planificados y conductas de riesgo, pero que podría completarse con lo encontrando en la presente investigación donde se encontró que el problema va mucho más allá y podría encontrar sus orígenes en las precarias prácticas de autocuidado que realizan los jóvenes y que ponen en riesgo su vida en general. Dichos investigadores quienes encontraron una relación directamente proporcional entre un bajo conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción y las actitudes negativas frente a estas circunstancias, hallazgos que difieren del presente estudio.

Conclusiones.

A partir de los hallazgos de esta investigación expuestos anteriormente se pueden establecer las siguientes conclusiones teniendo en cuenta los objetivos del estudio:

La primera de ellas la más relevante y que da respuesta a la pregunta guía y objeto de la presente investigación es que no existe ningún tipo de correlación entre las variables de condición socioeconómica y autocuidado sexual en los jóvenes que participaron en este estudio, así como también de destaca que ninguno de ellos se encuentra expuesto a encontrarse en una situación denominada riesgosa debido a sus condiciones o nivel socioeconómico. Es decir, que exclusivamente para la población participante no existiría ninguna influencia de las condiciones socioeconómicas sobre el autocuidado sexual y es nula una relación directa entre dichas variables.

Sin embargo, se encontraron muy pocos casos en los que se ha de resaltar que entre mayor sea la condición socioeconómica se podrá tener y realizar mejores prácticas de autocuidado sexual

indicando una relación directamente proporcional entre estas dos circunstancias, sin embargo, este bajo número de casos no se encuentra acorde con la mayoría de la literatura publicada sobre el tema donde estas condiciones sí se dan en la gran mayoría de casos.

Lo anterior puede ser explicado debido a que los jóvenes que participaron en la presente investigación no cuentan, ni realizan prácticas de autocuidado sexual adecuados, puesto que como se pudo evidenciar en los apartados anteriores, más de la mitad de las personas se encuentran clasificadas en la categoría de *no autocuidado sexual*, lo cual lleva a la interpretación de que se encuentran constantemente expuestos a situaciones de riesgo que apuntan directamente sobre su salud sexual y reproductiva, lo cual a su vez conllevaría a consecuencias negativas que pueden afectar otros aspectos de sus vidas como el desarrollo, el bienestar y la calidad de vida y a su vez impactar negativamente en su propio plan de vida.

Por otro lado y a partir de la caracterización de las prácticas de autocuidado, se puede concluir que los jóvenes que participaron en esta investigación se protegen en mayor medida para evitar un embarazo no planificado y no toman en cuenta el riesgo de la exposición a una enfermedad o infección de transmisión sexual; esto debido a que tienden a usar en mayor frecuencia y medida métodos de planificación hormonales y algunos de tipo folclórico o mítico, y no se acompaña del uso de métodos de barrera que respondan a la práctica de la doble protección.

Adicionalmente, se puede decir que los jóvenes al no exigir ni practicar sus Derechos Sexuales y Reproductivos a pesar de que dicen conocerlos, pueden encontrarse en situaciones de mayor vulnerabilidad y de violencia a dichos derechos y quizás en algún punto ellos mismos contribuyen a la vulneración de sus derechos humanos.

Así también como se puede observar en otros estudios analizados y en los resultados de la presente investigación, se puede concluir que la educación sexual y reproductiva no ha sido en

diversos casos la más adecuada para las personas participantes ya que como se pudo observar en algunas de las respuestas, muchos de ellos desconocían múltiples aspectos sobre el tema en el momento de su primera relación sexual. Siendo así que se hace necesario un llamado a las entidades Estatales encargadas de diseñar política pública, puesto que al no tener presente el concepto de autocuidado sexual y todas las prácticas en relación al mismo, es que resultan insuficientes los demás esfuerzos para lograr que los jóvenes tengan una adecuada salud sexual y reproductiva, evitando conductas riesgosas para su bienestar y proyecto de vida.

Sin embargo, también se debe tener en cuenta que dichas conductas podrían explicarse por una omisión de la información sobre riesgos y formas de protección por parte de los jóvenes y su poca preocupación frente al tema, siendo así que en muchos casos los jóvenes tienden a situar por encima el placer y la recreación en cuanto la necesidad de preocuparse por su vida y salud sexual y reproductiva.

Finalmente, a partir de la caracterización de las prácticas de autocuidado sexual de los jóvenes que participaron en el estudio se puede concluir que en su gran mayoría éstos se posicionan en un lugar vulnerable en cuanto a su salud sexual y reproductiva, puesto que se ven expuestos a diversos riesgos que pueden ser evitables si deciden tomar medidas de protección respecto a los mismos, decisión que en muchos casos es omitida por esta misma población.

Recomendaciones y limitaciones.

Las siguientes recomendaciones y limitaciones se encuentran enmarcadas en el aspecto metodológico. En primer lugar, se encontró una limitante en cuanto a la población escogida para la investigación puesto que, a pesar de que eran jóvenes de diversas instituciones educativas tanto públicas como privadas de la ciudad de Bogotá D.C., la población resultó tener características sociodemográficas y económicas homogéneas. Es por ello, que se recomienda realizar este tipo de investigaciones con otros tipos de poblaciones, es decir, con mayor diversidad en cuanto a la distribución en niveles socioeconómicos, diversos niveles educativos, diversos rangos de edad, comparaciones entre edades, entre otros.

Así también en cuanto al instrumento para la categoría de autocuidado sexual se recomienda mejorarlo en términos de validez y confiabilidad utilizando un juicio de expertos que permita lograr este objetivo. Lo anterior debido a que no se contaba con un antecedente de un instrumento específico para ser aplicado entre la población colombiana respecto a las categorías de estudio. Sin embargo y en contraste a ello, la investigadora tuvo como fundamento un instrumento diseñado por (Vera y Vera, 2015) específicamente para la categoría de la condición socioeconómica el cual fue probado y validado en el Perú.

Adicionalmente, se encontró la necesidad de explorar otras variables dentro de la gran categoría de autocuidado sexual como algunas que se exponen en esta investigación pero que no fueron implementadas pues no era el interés ni objeto de la investigación: higiene sexual (precoital, durante el coito y poscoital). Esto en razón a que se trata de aspectos relevantes que interfieren sobre el autocuidado sexual y que su análisis contribuye en gran medida a dar luz a la problemática de estudio, dado que se definió que dichas conductas han convertido la situación en un problema de salud pública.

En cuanto a las experiencias sexuales de riesgo, sería de gran importancia ahondar sobre ellas pues a pesar de que existen investigaciones respecto al tema, sería importante explorar sobre subjetividades y experiencias posteriores a la exposición a prácticas sexuales de riesgo y las consecuencias a las que estas conllevan entre la población colombiana.

Finalmente, se recomienda retomar esta investigación a futuro con otro tipo de instrumentos que permitan recoger y observar otras perspectivas sobre el tema, especialmente en lo referente al impacto de la calidad de vida teniendo en cuenta diversas subjetividades que pueden emerger en una conversación reflexiva o en una entrevista, y que serían de gran interés para la disciplina psicológica y otras áreas de las ciencias sociales y humanas.

Referencias bibliográficas.

- Aguilar, M., & Posada, L. (2001). Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural. *Salud en Tabasco*, 7(2), 395-397.
- Antonio, R., Gómez, M. & Sánchez, A. (2011). El autocuidado en la sexualidad de los jóvenes. *Desarrollo Científ Enferm.* 19(10), 3329-3342.
- Arenas, L., Jasso, J., & Campos, Y. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global health promotion*, 18(4), 42-48.
- Ariza, M., & de Oliveira, O. (2005). Género, clase y concepciones sobre sexualidad en México. *Caderno CRH*, 18(43), 15-33.
- Asociación Argentina de Marketing. (1998). Índice de nivel socioeconómico argentino. Argentina: AAM.
- Bahamón, M., Vianchá, M., & Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 327-353.
- Bolaños, L. (12 de julio de 2019). Pobreza multidimensional en Colombia es de 4,8% según un reciente informe. *La República*. Recuperado de:
<https://www.larepublica.co/globoeconomia/indice-de-pobreza-multidimensional-en-colombia-es-de-48-segun-un-reciente-informe-2883838>
- Borrell, C., García, M. & Martí, J. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta sanitaria*, 18(4), 02-06.
- Candrea, A., & Paladino, C. (2005). Cuidado de la salud: el anclaje social de su construcción estudio cualitativo. *Universitas psychologica*, 4(1), 55-62.
- Cannoni, B., González, T., Conejero, R., Merino, M., & Schulin-Zeuthen, P. (2015). Sexualidad

- en la adolescente: consejería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 81-87.
- Carmona, Z & Parra, D. (2015) Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Scielo*. 31 (3), 608-620.
- Castañeda, L., & Moreno, M. (2010). Intervención educativa sobre sexualidad y autocuidado en adolescentes de secundaria en Tijuana. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 18 (2), 93-98.
- Cavanagh, S. (1993). Modelo de Orem: aplicación práctica. México: *Ediciones Científicas y Técnicas*.
- Corona, H. & Funes, D. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 577-592.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2017). Encuesta multipropósito 2017. *Boletín Técnico*, 1-47. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/multi/Boletin_EM_2017.pdf.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2016). Nacimientos por grupos de edad de la madre, según departamento y municipio de residencia de la madre. *Hoja de Excel DANE Cuadro 7*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). Nacimientos por grupos de edad de la madre, según departamento y municipio de residencia de la madre. *Hoja de Excel DANE Cuadro 7*. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2018>
- Díaz, S., Arrieta, K., & González, F. (2014). Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de Cartagena, Colombia, 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(1), 22-31.

- Fandiño, J. (2011). Los jóvenes hoy: enfoques, problemáticas y retos. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 2(4), 150-163.
- Flórez, C. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 388-402.
- Flórez, C. & Soto, V. (2013) Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Recuperado de: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5%20-%20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2016) Situación del VIH sida en Colombia. *Cuenta de Alto Costo*, 1-96. Recuperado de: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC.Co_2017_06_13_Libro_Sit_VIH_2016_V_0.1.pdf.pdf.
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2018) Situación del VIH en Colombia 2018. *Cuenta de Alto Costo*. Recuperado de: https://www.cuentadealtocosto.org/site/images/Libro_Situacion_del_VIH_SIDA_en_Colombia_2018.pdf
- González, L. (2017) Análisis exploratorio de datos. Una introducción a la estadística descriptiva y probabilidad. Bogotá: Universidad Jorge Tadeo Lozano.
- Gómez, A. (2016). Predictores psicológicos del autocuidado en salud. *Hacia Promoc. Salud*, 22(1), 101 - 112.
- Gómez, C., & Montoya, L. (2014). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Revista de*

- Salud pública*, 16(3), 393-407.
- Gutiérrez, B. (2010) Concepciones sobre el autocuidado de la sexualidad: aproximación a un grupo de jóvenes. *Trabajo de grado (Psicología)*. Bucaramanga: Universidad industrial de Santander.
- Harris, M. (1990). *La antropología cultural*. Salamanca: Alianza Editorial.
- Ianantuoni, E. (2008). *Pedagogía de la sexualidad*. Buenos Aires: Bonum.
- IBM Knowledge center. (s.f.) Correlaciones vibariadas. Recuperado de:
https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/es/SSLVMB_sub/statistics_mainhelp_ddita/spss/base/idh_corr.html
- Kelly. M., & Barker, M. (2016). Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health*, 136, 109-116.
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1(3), 192-205.
- Melguizo, E., & Alzate, M. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería*, 26(1), 112-123.
- Ministerio de la Protección Social. (2011). Guía de prevención VIH/SIDA: jóvenes en contextos de vulnerabilidad *Fondo de Población de las Naciones Unidas*, 1-128. Recuperado de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guias-jovenes-vih.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos*. Bogotá: El Ministerio.
- Naciones Unidas. (2015) ¿Qué significa "jóvenes" para las Naciones Unidas y cómo son diferenciados de los niños? *Blog La Juventud y la ONU*, 1-2. Recuperado de

- http://www.cinu.mx/minisitio/UNjuventud/preguntas_frecuentes/.
- Oliveira, D., & Reyna, S. (2015) Prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva diferenciado por sexo en estudiantes de la Universidad Nacional de Ucayalí, Pucallpa 2014.
- Ospina, J., y Manrique, F. (2007). Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. *Avances en Enfermería*; 25(2), 101-111
- Orem, D. (2001). Nursing. Concepts of Practice. Louis Missouri: Mosby, St.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Determinantes sociales de la salud. *La Comisión*, 1-2. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002) Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Unidad 3: Medición de las condiciones de salud y enfermedad en la población [Segunda edición]. Washington
- Pinedo, E., & Pérez, M. (2018). Relación entre las prácticas de autocuidado en salud sexual-reproductiva y el embarazo en adolescentes del centro de salud morales, Julio-noviembre 2017. (Trabajo de grado Enfermería). Perú: Universidad Nacional de San Martín.
- Profamilia (2013). Salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, VIH, fertilidad, interrupción voluntaria del embarazo, sexualidad. *Profamilia interactiva*, 1-8. Recuperado de: http://www.profamilia.org.co/index.php?view=items&cid=9%3Ainfecciones-de-transmission-sexual-its&id=217%3Ai-que-es-la-doble-proteccion-&option=com_quickfaq.
- Profamilia (2016) ITS infecciones de transmisión sexual. *Preguntas Frecuentes*, 1-12. Recuperado de: <https://profamilia.org.co/inicio/joven-2/servicios-joven/its-infecciones->

de-transmision-sexual/.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (s.f.) ¿Qué es el Índice De La Pobreza

Multidimensional? Recuperado de: <http://hdr.undp.org/en/node/2515>

Pupo, Y., Requeiro, R., & Torres, V. (2017). Programa educativo de autocuidado de la

sexualidad. *Revista Conrado*. 13(60), 42-49. Recuperado de:

<http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conradoMSc>.

Rivera, L. (2006). Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Avances en Enfermería*, 24(2), 91-98.

Ruvalcaba, N., Salazar, J., y Fernández, P. (2012). Indicadores sociales, condiciones de vida y calidad de vida en jóvenes mexicanos. *Revista Iberoamericana de Psicología, de Ciencia y Tecnología*, 5(1), 71-80.

Sánchez, S. (2018). Exploración de conocimientos actitudes y prácticas de la población general sobre la doble protección, Colombia 2017. (Trabajo de grado psicología) Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia.

Secretaría Distrital de Planeación. (2019). En Bogotá cae la pobreza multidimensional en 1,6 puntos porcentuales, la más baja en su historia. Recuperado de:

<http://www.sdp.gov.co/noticias/bogota-cae-la-pobreza-multidimensional-16-puntos-porcentuales-la-mas-baja-su-historia>

Stern, C. (2007). Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Estudios sociológicos*, 105-129.

Tobón, O. (2003). El autocuidado. Una habilidad para vivir. *Hacia Promoción de la Salud*, 8(5), 37-49.

- Torres, A. (2016) Coeficiente de Gini, el detector de la desigualdad salarial. BBVA. Recuperado de: <https://www.bbva.com/es/coeficiente-gini-detector-la-desigualdad-salarial/>
- Vargas, E. (2007). Sexualidad...Mucho más que sexo. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Vega, M., & Alvarado, C. (2005). La sexualidad y la salud sexual reproductiva de las y los adolescentes con énfasis en prevención de VIH/SIDA. En *Módulo de capacitación para adolescentes multiplicadores en salud*. Costa Rica: Programa Atención Integral a la Adolescencia.
- Vera, O., & Vera, F. (2015). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev. Cuerpo Méd HNAAA*, 6(1), 41-45.
- Wolf, S., & Braveman, P. (2011). Where health disparities begin: The role of social and economic determinants-and why current policies may make matters worse. *Health Affairs*, 30(10), 1852-1859.

ANEXOS

Anexo 1: Prueba piloto

Como se mencionó anteriormente, para el presente proyecto se desarrollaron dos pruebas piloto, la primera de ellas fue en el periodo 2018-II y la segunda fue en el periodo 2019-I; esto, debido a que en el transcurso de un periodo a otro tanto el instrumento, como la población y el tipo de muestra se transformaron, obligando así a que se aplicara una nueva prueba piloto, que diera cuenta que el proyecto es viable, el instrumento es el adecuado y que la metodología funciona y se adapta correctamente a la investigación.

Esta segunda prueba piloto, se realizó a través de visitas a diferentes sitios donde los jóvenes suelen frecuentar, en este caso, en su mayoría fueron espacios universitarios o sitios aledaños a estos. La herramienta por la cual se recogió esta información fue a través de los formularios de Google, esto en pro del cuidado del medio ambiente y del fácil acceso que se tiene a este tipo de herramientas. Ahora, sabiendo que la encuesta recoge datos que son personales, la investigadora proveía al participante con la herramienta y estaba al tanto de cualquier inquietud que este tenía, puesto que sí la investigadora hiciese directamente las preguntas a los participantes, estos podrían verse en una situación quizás vulnerable y no responderían con veracidad.

A continuación, se expondrán algunos hallazgos relevantes de la prueba:

En la prueba piloto participaron 26 personas, sin embargo, se excluirán 3 participantes del análisis, puesto que dos de ellos respondieron que no estudiaban en un instituto de educación superior y otro respondió que vivía en Barranquilla. Del total de participantes el 67,7% eran mujeres y 32,3% eran hombres, el promedio de la edad de los participantes fue de 22,4 años. El 83,9% de personas quienes participaron tienen como lugar de procedencia Bogotá y el resto de

personas son procedentes de Boyacá, Atlántico y Santander, respectivamente.

En cuanto al primer objetivo específico, el modo en el que se analizará funcionó como se esperaba, pues, fue posible la sumatoria de los ítems permitiendo conocer quienes tenían condiciones socioeconómicas buenas y a quienes no. Para empezar, es necesario aplicar las preguntas sobre educación y trabajo de los padres a personas que viven solas y que se sostienen por sí mismas, es decir, quienes respondieron que vivían solos y que trabajaban o que tenían alguna beca tanto para pago de matrícula como de manutención, puesto que las condiciones socioeconómicas dependen únicamente de ellos y no de alguien más, por tal sería necesario poner un filtro antes de responder las preguntas de los padres.

Así también, la pregunta del material predominante del piso de las viviendas no añadió peso a la encuesta, pues el 92,9% de personas dice el piso de sus hogares es de baldosa, vinilo o tableta, y el porcentaje restante el piso es de Alfombra, mármol y madera lacada.

En cuanto al segundo objetivo específico, se pudo recolectar información que permite caracterizar las prácticas de autocuidado, en tanto que las preguntas hechas dan respuesta a cómo la gente se cuida de un embarazo no planificado y de las enfermedades de transmisión sexual. Ahora bien, en cuanto a la pregunta de ¿Qué entendían por autocuidado sexual? Se encontraron respuestas bastante cercanas a lo que el concepto en sí realmente significa, no obstante, la mayoría de ellas hacían referencia usar métodos anticonceptivos.

Es importante recalcar que en este apartado de preguntas se obtuvieron respuestas bastante llamativas que pueden ser puestas a dialogar de una manera interesante con la teoría y otras investigaciones de la línea de la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, los resultados obtenidos en la pregunta de que si recibió alguna asesoría sobre salud sexual y reproductiva antes de iniciar su vida sexual, así mismo, con las preguntas relacionadas a la doble protección, donde

se pudo dar cuenta que la gente se protege más de un embarazo no planificado que de una enfermedad de transmisión sexual.

Finalmente, respecto a este apartado es posible cerrar la pregunta de ¿Qué es el autocuidado sexual? Y ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado que conoce? Puesto que había respuestas similares en ambas. En tanto a la pregunta de ¿por qué no ha iniciado su vida sexual? Es necesaria dejarla abierta puesto que sólo dos personas contestaron a esta pregunta, por tal, no hay opciones que se repitan, así también, es una decisión bastante personal y subjetiva.

En cuanto al tercer y último objetivo específico, también fue posible analizarlo, gracias a los resultados obtenidos en el objetivo número 1, donde a partir de la sumatoria de las respuestas de los ítems se pudo mirar cómo eran las prácticas de aquellos quienes puntuaron muy alto o muy bajo en las condiciones socioeconómicas, dando así también resultados interesantes que podrán ser puestos en dialogo con otras investigaciones; por ejemplo, hubo una encuesta de una persona que puntuó bajo y no tenía prácticas adecuadas del autocuidado y así mismo, no tenía conocimientos sobre que era el autocuidado sexual, siendo así un resultado esperado que se ha obtenido en otras investigaciones también.

Funcionamiento del instrumento: En general los participantes entendieron bien las preguntas, sin embargo, en preguntas como ¿Cómo paga la matrícula de su educación? Manifestaron que era mejor que fuera padre o madre y no padres, pues, en ciertos casos, los padres eran divorciados y por ende no contaban con la ayuda de ambos.

Es importante recalcar que un participante hizo la observación de que la encuesta parece que fuera dirigida en su mayoría a mujeres, sin embargo, esto es debido a que la mayoría de métodos anticonceptivos van dirigido a este grupo poblacional, por ello, es posible que se dé dicha impresión.

No obstante, los participantes manifestaron que las demás preguntas se entendían, que tenían buena organización y a pesar de que el instrumento posee muchas preguntas era fácil de responder.

Funcionamiento de la metodología: La metodología funcionó adecuadamente, puesto que en un principio la población fue adecuada ya que permitía la heterogeneidad en las respuestas, las categorías fueron las adecuadas para medir lo que se pretendía medir, finalmente, el plan de análisis funcionó como se esperaba, pues pudo dar cuenta de la información necesaria para responder a los objetivos.

Limitaciones: La gran limitación encontrada al realizar esta prueba piloto, es que los jóvenes accedan a realizar una encuesta, pues, en ciertos casos, al pedirles que participaran en la investigación ellos respondían que estaban de afán, que no tenían tiempo o que simplemente no querían. Esto puede ser una gran limitante a la hora de la aplicación final del instrumento.

Modificaciones del instrumento: Las modificaciones que se realizarán al instrumento serán solo en el apartado de autocuidado sexual, donde, para empezar, se cerrarán las preguntas de ¿qué es autocuidado sexual? Y ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado que conoce?, así mismo, se es necesario añadir preguntas sobre salud sexual y reproductiva, que permitan conocer qué derechos conocen y practican los jóvenes.

Anexo 2: Encuesta

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

Encuesta sobre la relación del autocuidado sexual y las condiciones socioeconómicas

La siguiente encuesta tiene como propósito analizar la relación de las condiciones socioeconómicas de jóvenes con sus prácticas de autocuidado sexual en el año 2018.

Las respuestas brindadas son confidenciales y serán utilizadas únicamente con fines académicos, así mismo, el encuestado puede abstenerse de responder la presente.

De antemano, muchas gracias por su colaboración.

SECCIÓN A:

Caracterización de la población

1. Sexo

1	Mujer
2	Hombre

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

3. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (día/mes/año)

4. Estado civil

1	Soltero
2	Casado
3	Unión libre
4	Separado
5	Viudo
6	No sabe
7	Relación estable sin convivencia (noviazgo)

5. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

1	Amazonas
2	Antioquia
3	Arauca
4	Atlántico
5	Bolívar
6	Boyacá
7	Caldas
8	Caquetá
9	Casanare
10	Cauca
11	Cesar

12	Chocó
13	Córdoba
14	Cundinamarca
15	Guainía
16	Guaviare
17	Huila
18	La Guajira
19	Magdalena
20	Meta
21	Nariño
22	Norte de Santander
23	Putumayo
24	Quindío
25	Risaralda
26	San Andrés y providencia
27	Santander
28	Sucre
29	Tolima
30	Valle del Cauca
31	Vaupés
32	Vichada

6. ¿En qué localidad se encuentra ubicada su vivienda?

1	Usaquén
2	Chapinero
3	Santa Fe
4	San Cristóbal
5	Usme
6	Tunjuelito
7	Bosa
8	Kennedy
9	Fontibón
10	Engativá
11	Suba
12	Barrios Unidos
13	Teusaquillo
14	Los Mártires
15	Antonio Nariño
16	Puente Aranda
17	La Candelaria
18	Rafael Uribe Uribe
19	Ciudad Bolívar
20	Sumapaz

7. Sí vive fuera de Bogotá, escriba donde

_____ -

8. ¿Estudia actualmente en un instituto de educación superior?

1	Sí
2	No

9. ¿Dónde estudia?

10. ¿Qué carrera estudia?

11. Seleccione las opciones con las que paga su matrícula de estudio de educación superior

1	ICETEX (Sólo matrícula)
2	ICETEX (Sólo sostenimiento)
3	ICETEX (Matrícula y sostenimiento)
4	Becas (Sólo matrícula)
5	Becas (Sólo sostenimiento)
6	Becas (Matrícula y sostenimiento)
7	Ser Pilo Paga
8	Padres

9	Otro familiar
10	Trabajo → pase a la pregunta 8
11	Otro_____

12. ¿En dónde trabaja? Responda esta pregunta solamente si usted respondió en la pregunta anterior que trabaja

SECCIÓN B:

Condición socioeconómica

- Situación económica

13. ¿Usted subsiste por sí mismo?

1	Sí → pase a la pregunta 17
2	No

14. ¿Cuál es el último nivel educativo alcanzado por sus padres? En caso de que sólo conozca uno de sus dos padres, marque solo la opción que corresponda

	16.A Madre	16.B Padre
Ninguno		
Primaria (completa)		
Primaria (incompleta)		
Secundaria (completa)		
Secundaria (incompleta)		
Técnico (completo)		
Técnico (incompleto)		
Universitaria (completo)		
Universitaria (Incompleto)		
Especialización (completa)		
Especialización (incompleta)		
Maestría (completa)		
Maestría (incompleta)		
Doctorado (completa)		
Doctorado (incompleto)		

15. ¿Cuál es la ocupación de su madre actualmente?

1	No trabaja, está desempleada
---	------------------------------

2	No trabaja, está pensionada
3	Empleada/obrero (Tiene jefes y puede o no tener personal a cargo)
4	Empleadora/ Patrona (No tiene jefe)
5	Trabajadora por cuenta propia
6	Empleada doméstica
7	Trabajador familiar sin remuneración
8	Otro

16. ¿Cuál es la ocupación de su padre actualmente?

1	No trabaja, está desempleado
2	No trabaja, está pensionado
3	Empleado/obrero (Tiene jefes y puede o no tener personal a cargo)
4	Empleador/ Patrón (No tiene jefe)
5	Trabajador por cuenta propia
6	Empleado doméstico
7	Trabajador familiar sin remuneración
8	Otro

17. Incluyéndose, ¿Cuántas personas aportan económicamente en su hogar?

1	1
2	2
3	3
4	Más de 3

18. Aproximadamente, ¿Cuántos salarios mínimos mensuales hay en su casa?

1	Menos de 1 SMMLV (Menos de \$ 828.115)
2	Entre 1 SMMLV y menos de 2 SMMLV (Entre \$ 828.116 y \$ 1.656.230)
3	Entre 2 SMMLV y menos de 3 SMMLV (Entre \$ 1.656.232 y \$ 2.484.347)
4	Entre 3 SMMLV y menos de 4 SMMLV (Entre \$ 2.484.348 y \$ 3.312.463)
5	Entre 4 SMMLV y menos de 5 SMMLV (Entre \$ 3.312.463 y \$ 4.140.579)
6	Entre 5 SMMLV y menos de 6 SMMLV (Entre \$ 4.140.580 y \$ 4.968.695)
7	Entre 6 SMMLV y menos de 7 SMMLV (Entre \$ 4.968.696 y \$ 5.796.811)
8	Entre 7 SMMLV (Entre \$ 5.796.812)
9	Más de 7 SMMLV (Más de \$5.796.813)

- Situación social

19. ¿Cuál es la forma de tenencia de su vivienda?

1	Arriendo o subarriendo
2	Propia
3	Con permiso del propietario pero sin pago alguno
4	Por propiedad colectiva
5	Otra: _____

20. ¿Cuál es el estrato de la vivienda en la que reside actualmente?, según el recibo de servicios públicos domiciliarios

1	Uno
2	Dos
3	Tres
4	Cuatro
5	Cinco
6	Seis

21. ¿Cuál es el material predominante en los pisos, en su vivienda?

1	Tierra o arena
2	Madera burda o tabla
3	Cemento o gravilla
4	Baldosa, vinilo o tableta

5	Alfombra, mármol, madera pulida o lacada
---	--

22. ¿Cuántas personas residen en su hogar?

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	Más de 5

23. ¿De cuántas habitaciones para dormir dispone su hogar?

1	1
2	2
3	3
4	4
5	Más de 4

24. ¿Está afiliado a la seguridad social?

1	Sí
2	No

25. ¿Cuál es el tipo de régimen al que se encuentra afiliado?

1	Contributivo (Personas quienes dan una parte de su salario para
---	---

	tener cobertura para ellos y sus familias)
2	Subsidiado (Personas que el Estado acoge debido a que no pueden pagar su salud, como el sisben)
3	Régimen especial (Fuerzas militares, Policía Nacional, Ecopetrol, magisterio, Universidades Públicas)
4	No asegurado

SECCIÓN C:

Autocuidado sexual

- Métodos anticonceptivos

26. ¿Sabe qué es el autocuidado sexual?

1	Sí
2	No

27. Dentro de las siguientes opciones, ¿Cuál es la que mejor describe para usted qué es el autocuidado sexual?

1	Aquellas acciones para para protegerse al tiempo de un embarazo no planificado y una enfermedad de transmisión sexual, protegiéndose a sí mismo y a la pareja
2	Es tener precauciones e higiene al momento de tener una relación sexual

3	Utilizar métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales y estar al tanto del manejo de los mismos
4	Planificación activa que se adapte a sí mismo y a sus necesidades

28. ¿Qué prácticas de autocuidado sexual conoce? Puede marcar varias respuestas

1	Uso de métodos anticonceptivos
2	Uso de condón,
3	Doble protección,
4	Chequeos médicos (citología, ginecología o urología),
5	Realizarse exámenes sobre enfermedades de transmisión sexual
6	Limpieza e higiene de los órganos sexuales
7	Otra

29. Marque cuales de los siguientes derechos sexuales y reproductivos conoce.

1	Derecho al goce, satisfacción y gratificación sexual
2	Derecho a conocer y valorar el propio cuerpo
3	Derecho a decidir si se tienen o no relaciones sexuales
4	Derecho a expresar la orientación sexual o identidad de género
5	Derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos
6	Derecho a decidir ser padre o madre
7	Derecho a conformar una familia
8	Derecho a empezar o postergar el proceso reproductivo
9	Derecho de las mujeres a no ser discriminadas en razón del embarazo o la

	maternidad
10	Derecho a una maternidad segura
11	Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo

30. Marque cuales de los siguientes derechos sexuales y reproductivos practica

1	Derecho al goce, satisfacción y gratificación sexual
2	Derecho a conocer y valorar el propio cuerpo
3	Derecho a decidir si se tienen o no relaciones sexuales
4	Derecho a expresar la orientación sexual o identidad de género
5	Derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos
6	Derecho a decidir ser padre o madre
7	Derecho a conformar una familia
8	Derecho a empezar o postergar el proceso reproductivo
9	Derecho de las mujeres a no ser discriminadas en razón del embarazo o la maternidad
10	Derecho a una maternidad segura
11	Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo

31. ¿Ha tenido relaciones sexuales (coito) alguna vez?

1	Sí
2	No

32. ¿Por qué no ha iniciado su vida sexual?

_____ → Finalice la encuesta. Muchas gracias

33. ¿Cuál fue la edad de tu primera relación sexual?

34. Antes de iniciar su vida sexual, ¿acudió a algún centro de salud para un asesoramiento sobre salud sexual y reproductiva?

1	Sí
2	No

35. ¿En su primera relación utilizó algún método para protegerse de alguna enfermedad de transmisión sexual?

1	Sí
2	No → pase a la pregunta 38

36. ¿En su primera relación utilizó algún método para protegerse de un embarazo no planificado?

1	Sí
2	No → pase a la pregunta 38

37. ¿Qué métodos usó? puede marcar varias opciones

1	Coito interrumpido
2	Ritmo o calendario
3	Temperatura corporal
4	Moco cervical
5	Lactancia materna
6	Hormonales (pastillas, inyección, implante subdérmico, parches, anticonceptivo de emergencia)
7	De barrera (condón masculinos, condón femenino, diafragma, espermicidas)
8	Dispositivos ('T' de cobre o DIU, endoceptivo)
9	Definitivos (Ligadura de trompas, vasectomía)
10	Otro:

38. Sí usted respondió que no usó métodos en la pregunta 35 o 36, ¿Por qué no lo hizo? Puede marcar varias opciones

1	Infertilidad
2	Posparto/Lactancia
3	Quiere hijos en este momento
4	En embarazo
5	Usted se opone
6	Mi pareja se opone
7	Prohibición religiosa

8	Razones de salud
9	Efectos secundarios
10	Razones económicas
11	Razones de servicios de salud
12	No conocía
13	No sabía cómo usarlos
14	Quita sensibilidad
15	Fue un encuentro inesperado o casual
16	No me gusta
17	No tenía uno a la mano
18	Otro

39. Actualmente, ¿Tiene una vida sexual activa?

1	Sí
2	No

40. ¿Hace cuánto fue su última relación sexual?

1	Hace una semana o menos
2	Hace un mes o menos
3	Un trimestre o menos
4	Un semestre o menos
5	Un año o menos
6	Más de un año

41. La última persona con la que tuvo relaciones sexuales, ¿Qué tipo de pareja fue?

1	Estable
2	Ocasional

42. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año?

1	1
2	2
3	3
4	Más de 3

43. ¿En su última relación utilizó algún método para protegerse de alguna enfermedad de transmisión sexual?

1	Sí
2	No → pase a la pregunta 46

44. ¿En su última relación utilizó algún método para protegerse de un embarazo no planificado?

1	Sí
2	No → pase a la pregunta 46

45. ¿Qué métodos usó? puede marcar varias opciones

1	Coito interrumpido
---	--------------------

2	Ritmo o calendario
3	Temperatura corporal
4	Moco cervical
5	Lactancia materna
6	Hormonales (pastillas, inyección, implante subdérmico, parches, anticonceptivo de emergencia)
7	De barrera (condón masculinos, condón femenino, diafragma, espermicidas)
8	Dispositivos ('T' de cobre o DIU, endoceptivo)
9	Definitivos (Ligadura de trompas, vasectomía)
10	Otro:

46. Sí usted respondió que no usó métodos en la pregunta 43 o 44, ¿Por qué no lo hizo? Puede marcar varias opciones

1	Infertilidad
2	Posparto/Lactancia
3	Quiere hijos en este momento
4	En embarazo
5	Usted se opone
6	Mi pareja se opone
7	Prohibición religiosa
8	Razones de salud
9	Efectos secundarios

10	Razones económicas
11	Razones de servicios de salud
12	No conoce
13	No sabe cómo usarlos
14	Quita sensibilidad
15	Fue un encuentro inesperado o casual
16	No me gusta
17	No tenía uno a la mano
18	Otro

47. ¿Qué tan frecuente exige el condón al tener relaciones sexuales?

1	Siempre
2	Casi siempre
3	A veces
4	Casi nunca
5	Nunca

48. En caso que esté a punto de iniciar una relación sexual y no lleva consigo un condón, usted:

4	Tiene relaciones
1	Se abstiene de tener relaciones

2	Detiene el acto hasta conseguir un condón
3	Otro

49. Ante la posibilidad de tener dos o más relaciones sexuales en un mismo encuentro, usted

1	Utiliza un nuevo preservativo
2	No usa preservativo
3	Reutiliza el preservativo del acto anterior

50. Cotidianamente, ¿Usted carga con un condón?

1	Sí
2	No → pase a la pregunta 52

51. ¿Dónde carga el condón?

3	Billetera
1	Maleta o bolso
4	Bolsillo
2	Otro

52. Cuando usa condón, usted:

1	Lo usa durante toda la relación sexual
2	Lo usa en el momento de la eyaculación
3	Otro

53. Al usar el condón, ¿Se fija en la fecha de vencimiento del mismo?

1	Sí
2	No

54. ¿Alguna vez se le ha roto el condón o le ha fallado el método anticonceptivo?

1	Sí
2	No

55. ¿Tomó alguna medida frente a la situación?

1	Sí → ¿Cuál? _____-
2	No

- EXAMENES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

56. En el último año ¿Se ha hecho algún examen para determinar si tiene alguna ETS?

1	Sí
2	No

57. En el último año, ¿Ha asistido al médico general o especialista para hacerse exámenes de salud sexual y reproductiva? (Como ginecólogo o urólogo)

1	Sí
2	No

58. En el último año ¿Ha asistido a citas de planificación familiar?

1	Sí
2	No

- CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

59. ¿Ha tenido relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o alguna sustancia psicoactiva?

1	Sí
2	No → Pase a la pregunta 61

60. Cuando ha sucedido eso, ¿Hizo uso del condón durante todo el coito?

1	Sí
2	No

61. ¿Ha participado en orgias o tríos?

1	Sí
2	No → Pase a la pregunta 63

62. Cuando ha sucedido eso, ¿Hizo uso del condón durante todo el coito?

1	Sí
2	No

63. ¿Lo han manipulado alguna vez para tener relaciones sexuales?

1	Sí
2	No → Finalice la encuesta

64. Cuando ha sucedido eso, ¿Hizo uso del condón durante todo el coito?

1	Sí
2	No

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Anexo 3: Número de datos obtenidos, perdidos y esperados

Pregunta	Número esperado de respuestas	Datos obtenidos	Datos perdidos	% de respuesta
Sexo	313	313	0	100%
Edad	313	312	1	99%
Fecha de nacimiento	313	307	6	97%
Estado civil	313	313	0	100%
Lugar de procedencia	313	313	0	100%
Localidad donde reside	313	287	26	91%
Lugar fuera de Bogotá donde reside	26	24	0	93%
Estudia en instituto de educación superior	313	312	1	99%
Dónde estudia	270	268	2	99%
Qué carrera	270	267	3	98%
Cómo costea matrícula y otros gastos	270	254	16	93%
Dónde trabaja	83	83	0	100%
Subsiste por sí mismo	313	278	35	87%
Último nivel educativo del padre	313	253	60	77%
Último nivel educativo de la madre	313	263	50	84%
Ocupación del padre	313	247	66	78%
Ocupación de la madre	313	262	51	83%
Cuántas personas aportan económicamente al hogar	313	309	4	98%
SMMLV en el hogar	313	310	3	98%
Tenencia de la vivienda	313	309	4	98%
Estrato	313	312	1	99%
Material del piso	313	312	1	99%
Cuántas personas viven en el hogar	313	312	1	99%
Cuántas habitaciones	313	311	2	99%

Pregunta	Número esperado de respuestas	Datos obtenidos	Datos perdidos	% de respuesta
para dormir				
Afiliación seguridad social	313	311	2	99%
Tipo de régimen	248	236	12	95%
Conocimiento sobre autocuidado sexual	313	311	2	99%
Qué es autocuidado sexual	264	263	1	99%
Prácticas de autocuidado sexual	264	263	1	99%
Qué DSR conoce	313	274	39	86%
Qué DSR practica	313	230	57	80%
Relaciones sexuales alguna vez	313	301	12	97%
¿Por qué no ha iniciado vida sexual?	24	24	0	100%
Edad de la primera relación sexual	282	278	4	87%
Acudir a centro de salud antes de la primera relación sexual	282	281	1	99%
Uso de métodos de protección contra las ETS en la primera relación sexual	282	282	0	100%
Uso de métodos de protección contra un embarazo no planificado en la primera relación sexual	282	275	7	97%
Qué método usó	224	172	52	74%
Por qué no usó métodos	69	66	3	95%
Vida sexual activa	282	282	0	100%
Cuándo fue la última relación sexual	282	282	0	100%
Tipo de pareja con la que tuvo la última relación sexual	282	281	1	99%

Pregunta	Número esperado de respuestas	Datos obtenidos	Datos perdidos	% de respuesta
Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año	282	282	8	96%
Uso de métodos de protección contra las ETS en la última relación sexual	282	280	2	98%
Uso de métodos de protección contra un embarazo no planificado en la última relación sexual	282	274	8	97%
Qué método usó	233	192	41	81%
Por qué no usó métodos	121	70	51	54%
Qué tanto exige el condón	256	246	10	96%
Sí va a tener una relación sexual y no lleva condón qué hace	282	272	10	96%
Dos o más relaciones sexuales en un mismo encuentro, qué hace con el preservativo	282	275	7	97%
Carga condón cotidianamente	282	274	8	96%
Dónde carga el condón	97	86	11	86%
Cómo usa el condón	282	271	11	95%
Se fija en la fecha de vencimiento del condón	282	273	9	96%
Le ha fallado el método de protección	282	278	4	98%
Tomó alguna medida contra el fallo	76	67	9	90%
Qué medida tomó	55	55	0	100%
Se ha hecho exámenes para determinar si tiene	282	278	4	98%

Pregunta	Número esperado de respuestas	Datos obtenidos	Datos perdidos	% de respuesta
ETS				
Ha Asistido al médico general o especialista	282	277	5	98%
Ha asistido a citas de planificación familiar	282	275	7	97%
Ha tenido relaciones bajo la influencia del alcohol o spa	282	274	8	96%
Hizo uso del condón durante todo el coito	170	169	1	99%
Ha participado en orgías o tríos	282	279	3	98%
Hizo uso del condón durante todo el coito	43	43	0	100%
Han ejercido presión sobre usted para tener relaciones sexuales	282	282	0	100%
Hizo uso del condón durante todo el coito	38	38	0	100%