

Sexualidad y reproducción

EN CLAVE
DE EQUIDAD

MARÍA MERCEDES LAFAURIE VILLAMIL
MIGUEL ANTONIO SÁNCHEZ CÁRDENAS (COMPS.)



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

Editorial

Sexualidad y reproducción en clave de equidad

Sexualidad y reproducción en clave de equidad

María Mercedes Lafaurie Villamil
Miguel Antonio Sánchez Cárdenas (Comps.)



613.907 S15s

LAFaurie Villamil, María Mercedes (Comp.)

Sexualidad y reproducción en clave de equidad / María Mercedes Lafaurie Villamil, Miguel Antonio Sánchez Cárdenas (Comps.).

– Bogotá : Universidad El Bosque, Facultad de Enfermería, 2018.

168 p.

ISBN 978-958-739-113-8 (Impreso)

ISBN 978-958-739-114-5 (Digital)

1. Enfermedades transmisibles 2. Educación sexual 3. Educación para la vida familiar - Investigación 4. Salud reproductiva. I. Alexandra Caballero Guzmán II. Patricia Antolínez Ruiz III. María Mercedes Lafaurie Villamil IV. Blanca Cecilia Vanegas V. Marcela Pabón VI. Rita Cecilia Plata VII. María Alejandra Salguero-Velázquez VIII. Edgar Alexander Rincón Silva IX. Lizeth Cristina Martínez Baquero X. Mildred Alexandra Vianchá Pinzón XI. Mónica Patricia Pérez Prada XII. Isaac Uribe.

Fuente. SCDD 23ª ed. – Universidad El Bosque. Biblioteca Juan Roa Vásquez (Enero de 2018).



Facultad de Enfermería

Sexualidad y reproducción en clave de equidad

1ª edición, febrero de 2018

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

© Universidad El Bosque

© Editorial Universidad El Bosque

© María Mercedes Lafaurie Villamil (Comp.)

© Miguel Antonio Sánchez Cárdenas (Comp.)

ISBN: 978-958-739-113-8 (Impreso)

ISBN: 978-958-739-114-5 (Digital)

Universidad El Bosque

Rector

Rafael Sánchez París

Vicerrectora Académica

María Clara Rangel Galvis

Vicerrector de Investigaciones

Miguel Otero Cadena

Vicerrector Administrativo

Francisco Falla Carrasco

Decana Facultad de Enfermería

Rita Cecilia Plata

Autores:

Alexandra Caballero Guzmán

Patricia Antolínez Ruiz

María Mercedes Lafaurie Villamil

Blanca Cecilia Vanegas

Marcela Pabón

Rita Cecilia Plata

María Alejandra Salguero-Velázquez

Edgar Alexander Rincón Silva

Lizeth Cristina Martínez Baquero

Mildred Alexandra Vianchá Pinzón

Mónica Patricia Pérez Prada

Isaac Uribe

Editorial Universidad El Bosque

Dirección: Av. Cra 9 n.º 131A-02, Torre D, 4.º piso

Teléfono: +57 (1) 648 9000, ext. 1395

Correo electrónico: editorial@unbosque.edu.co

Sitio web: www.uelbosque.edu.co/editorial

Editor jefe: Gustavo Silva Carrero

Coordinación editorial: Leidy De Ávila Castro

Dirección gráfica y diseño: Alejandro Gallego

Diagramación: Yerson Leonardo Cháves Torres

Corrección de estilo: Jhon Machado

Impresión:

LB IMPRESOS S.A.S.

Bogotá, D, C., Colombia

Febrero de 2018

Tabla de contenido //

Presentación.....	09
Capítulo 1	
Género y morbilidades ocultas en salud sexual	11
<i>Alexandra Caballero Guzmán</i>	
Capítulo 2	
Embarazo y vida laboral: experiencias de enfermeras que trabajan en el sector hospitalario de Bogotá	33
<i>Patricia Antolínez Ruiz y María Mercedes Lafaurie Villamil</i>	
Capítulo 3	
Políticas internacionales y normatividad colombiana que favorecen la educación en sexualidad y prevención de la maternidad y paternidad en adolescentes	59
<i>Blanca Cecilia Vanegas, Marcela Pabón y Rita Cecilia Plata</i>	
Capítulo 4	
Paternidad en jóvenes y transición a la igualdad de género.....	77
<i>María Alejandra Salguero-Velázquez</i>	
Capítulo 5	
Aspectos relacionados con el inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes colombianos: insumos para la prevención.....	105
<i>Edgar Alexander Rincón Silva</i>	
Capítulo 6	
Uso inconsistente del condón hacia una explicación y comprensión del fenómeno.....	137
<i>Lizeth C. Martínez Baquero, Mildred A. Vianchá Pinzón, Mónica P. Pérez Prada e Isaac Uribe</i>	
Índice analítico.....	159
Índice onomástico	161

Presentación

La salud sexual y reproductiva posibilita un escenario de construcción de equidad social y de ejercicio de los derechos humanos, de acuerdo con los mandatos emanados de las conferencias internacionales de El Cairo y de Beijing que constituyen los pilares políticos de los acuerdos internacionales en esa materia. La inequidad habla de brechas para el logro de la igualdad entre personas de diferentes géneros, edades, etnias y otras condiciones. Ciertas morbilidades en salud sexual y reproductiva se desconocen, en muchas ocasiones, por razones asociadas a los sesgos presentes en el contexto de la salud y que se fundamentan en el no reconocimiento de las diferencias de género. Aspectos como las violencias de género y sexuales, y las problemáticas y riesgos asociados a la maternidad exigen cambios de paradigmas que permeen las políticas sociales, y el devenir de las relaciones de género en la vida cotidiana.

En las mujeres embarazadas de América Latina continúa predominando prácticas vinculadas a inequidades de género y sociales que ponen en riesgo su salud; la falta de protección en esta etapa tiene implicaciones sobre la calidad de vida de las gestantes en una región con altos índices de morbilidad y mortalidad materna. De igual manera, el embarazo adolescente suele asociarse a estas mismas inequidades; la maternidad y paternidad juveniles responden, en muchos casos, a falta de proyectos de vida estructurados los cuales se ven asociados a brechas sociales, culturas no igualitarias entre hombres y mujeres y a la falta de reconocimiento de las necesidades de educación sexual y de empoderamiento social de la juventud. Se requiere construir espacios de concienciación de la población juvenil frente a su autocuidado, toda vez que, además del embarazo a edad temprana, las infecciones de transmisión

sexual y el VIH resulta ser un asunto de salud pública cada vez más frecuente en este grupo humano.

En la presente entrega, investigadores de Colombia y México se dan cita para disertar en torno a temas en que interactúan la salud sexual y reproductiva, y las inequidades sociales y de género. Alexandra Caballero nos sumerge en el mundo de las morbilidades invisibles en salud sexual y nos lleva a reflexionar en torno al peso del género en los modos de enfermar de las personas y de ver su salud; Patricia Antolinez y María Mercedes Lafaurie presentan resultados de un estudio realizado en Bogotá sobre experiencias de enfermeras durante sus embarazos, a la luz de su vida laboral; Blanca Cecilia Vanegas, Marcela Pabón y Rita Cecilia Plata de Silva hacen un recorrido a través de las políticas nacionales e internacionales más relevantes que versan sobre la salud sexual y reproductiva y que ayudan a orientar acciones destinadas a la prevención del embarazo adolescente; Edgar Alexander Rincón-Silva conduce un análisis de situación con enfoque de género a partir de estadísticas y avances de investigación sobre el “debut sexual” de los adolescentes colombianos; Alejandra Salguero propone un ejercicio de reflexión en torno al modo como un grupo de jóvenes estudiantes de México construyen sus paternidades centrándose en aspectos como la identidad paterna y sus significados; por último, Lizeth Martínez, Mónica Pérez, Mildred Alexandra Vianchá e Isaac Uribe comparten hallazgos de un trabajo de investigación sobre las razones que anteceden el no uso del condón en jóvenes universitarios de ambos sexos provenientes de Tunja, una ciudad del centro de Colombia.

La Maestría en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque se complace en presentar a los lectores esta compilación con la cual se ha buscado que quienes se interesan por la salud sexual y reproductiva encuentren aportes conceptuales novedosos y voces comprometidas con la construcción de nuevas culturas para cerrar las brechas sociales y de género que crean desigualdad en estos ámbitos; voces que resuenan en clave de equidad.

María Mercedes Lafaurie y Miguel Antonio Sánchez

Género y morbilidades ocultas en salud sexual

Alexandra Caballero Guzmán¹

Resumen

Los hombres y mujeres tienen cuerpos con diferencias biológicas evidentes, inscritos en un mundo social con reglas y normas propias de la cultura en la que se habita y que definen la feminidad y la masculinidad. La salud y la enfermedad se ven afectadas no solo por estas diferencias sino por la manera en la que el sistema de salud atiende las necesidades de mujeres y hombres.

Las morbilidades ocultas se refieren a aquellas enfermedades que por vergüenza o tabú no son abordadas por los pacientes o por los profesionales de la salud; los padecimientos de salud sexual son con gran frecuencia escondidos por hombres y mujeres por diferentes razones relacionadas con las construcciones de género. Esta propuesta, busca generar en los profesionales de la salud una reflexión que los lleve a ser conscientes de la existencia de este tipo de morbilidades, para hacerlas visibles, partiendo del reconocimiento de que el género repercute decididamente en la manera de enfermar las personas y de asumir su salud.

Palabras clave: *género, morbilidad, salud sexual*

1 Médica cirujana, Universidad de Caldas. Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría de Servicios de Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano. Magíster en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: ncaballero@unbosque.edu.co .

Abstract

Men and women have bodies with obvious biological differences, they are enrolled in a social world with its own rules and culture in which people live, and define femininity and masculinity norms. Health and disease present differences not only because of these biological and cultural differences but in the way in which the health care system serves the needs of women and men.

Hidden morbidities refer to those diseases which cause shame or taboo and are not addressed by patients or health professionals, suffering sexual health are very often hidden by men and women for different reasons related to gender constructions. This proposal tries to generate in healthcare professionals a reflection that leads them to seek actively this hidden morbidities, to make them visible; based on the way in which gender and its impact on health is built differential; and thus achieve the restoration of the sexual health of people and the state of general welfare.

Keywords: *gender, morbidity, Sexual health*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud en 2008 estableció una comisión internacional para explorar los efectos de los determinantes sociales en la salud. El género fue una de las principales preocupaciones, como uno de los “factores estructurales” que causan diferencias en las condiciones de vida de hombres y mujeres y, que conducen a desigualdades en materia de salud (1). Las cuestiones de género, según Harcourt (2), también figuran como importantes para el cambio social a escala mundial como lo estipula el tercer punto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas: “promover la igualdad de género y autonomía de la mujer” (pp. 31-32).

La perspectiva de género permite analizar diferencias y disparidades en la salud de hombres y mujeres, en el contexto global, regional y local y dar cuenta de las inequidades que inciden en el bienestar de los individuos, las cuales suelen afectar en mayor medida a las mujeres en diferentes países del mundo (3); este enfoque también permite reconocer que las construcciones y roles de género se encuentran estrechamente relacionadas con la morbilidad, con los modos de enfermar y asumir la enfermedad. A continuación se realizará un recorrido teórico con el objetivo de exponer la existencia de morbilidades ocultas en salud sexual que se ven estrecha-

mente relacionadas con la configuración de las identidades de género en la sociedad y los sesgos en las maneras como pacientes y profesionales de la salud las abordan.

Cuerpo y género

La diferencia entre hombres y mujeres es biológica, se expresa en las diferencias de las formas corporales, pero tal y como lo afirma Pierre Bourdieu (4) este cuerpo con sus diferencias existe en un mundo social y este mundo se expresa en el cuerpo biológico, el cuerpo es entonces un producto social que se construye en las relaciones sociales que lo condicionan y moldean, más que en las evidentes diferencias “naturales”. A la categoría del cuerpo como producto social, cuando es analizada por Foucault (5) se le integra la percepción del propio cuerpo en la que el sujeto aprende e incorpora los aspectos físicos, estéticos y gestuales de la cultura en la que habita. El cuerpo humano es, por tanto, un producto biológico diferenciado, inscrito en un mundo social sujeto a relaciones y normas propias que expresa en sí mismo el mundo social que ha aprendido e incorporado.

Por tanto, el cuerpo humano es una entidad compleja; desde el punto de vista biológico posee aspectos anatómicos, fisiológicos, hormonales y patológicos propios para cada sexo; desde el punto de vista social, el cuerpo se expresa en la cultura, las interacciones sociales, las normas, los comportamientos y las jerarquías de la sociedad en un momento histórico y geográfico determinado (6), pero también deben tenerse en cuenta los aspectos psicológicos y emocionales que componen la imagen corporal que cada sujeto construye de sí mismo, partiendo de sus experiencias individuales las que, según Merleau-Ponty (7), lo convierten en un cuerpo vivido o “experimentado” desde donde se construye una visión del mundo propia y subjetiva.

Partiendo de este planteamiento, pensar, analizar y entender al hombre en sus diferencias biológicas, sociales, culturales, psicológicas y emocionales es un desafío; la perspectiva de género es una manera para abordarlos como una serie de fenómenos articulados simbólicamente (8). El ser humano, según la socióloga teórica Luce Irigaray (9), se construye socialmente a partir de las diferencias biológicas, pero lo que lo hace un ser en sí mismo es la significación simbólica y lingüística de lo que se vive en la feminidad y la masculinidad; desde este planteamiento, la idea de la autodiferenciación de la naturaleza está cuestionada, para esta autora en los cuerpos femeninos y masculinos se ponen de manifiesto las múltiples fuerzas que

conviven en la cultura y sociedad, pero la sociedad le da una mayor importancia a las expresiones culturales de la diferenciación sexual, que a las biológicas.

Judith Butler (10) en su obra *Gender trouble's* presenta tres grandes conceptos para involucrar los factores sociales y políticos a las diferencias de género: primero, los cuerpos son socialmente formados por normas de género; segundo, los hombres y mujeres no son grupos uniformes; y tercero, hombres y mujeres están inmersos en objetivos políticos que perpetúan o eliminan estas normas de género duales. Esta autora concibe los cuerpos como inherentemente activos y culturalmente formados.

Dentro de esta línea de pensamiento Deutscher (11), en su texto *A politics of impossible difference*, expresa que deberían existir derechos apropiados para cada sexo porque no existen individuos neutros por lo que no se puede excluir la idea de la diferencia sexual. La forma en que se habita el cuerpo es, entonces, una experiencia corpórea específica y no simplemente un concepto de exclusión en el que se es masculino o femenino. En consecuencia, el hombre vive su propia experiencia en un rango de posibilidades donde priman las prohibiciones impuestas por la biología y la cultura.

Butler (12) en *Bodies That matter* concibe el cuerpo como la intersección de dos elementos: el no-discursivo, que consiste en las prácticas, comportamientos, gestos y rituales, y el discursivo que consiste en las normas lingüísticamente articuladas con el significado de las actividades corporales. El género existe como una cantidad de actividades físicas que son organizadas y llevadas a cabo siguiendo las ideas normativas de la sociedad que les confieren significado, propósito y dirección propia. Para esta autora las actividades corporales estresantes realizadas durante largos periodos, es decir, los trabajos y oficios que se consideran apropiados para cada género han sido regulados por una organización de normas sociales y culturales de tipo masculino, que ella denomina “matriz heterosexual”, en la que el aspecto, el comportamiento y la significación corporal derivadas han producido relaciones inversamente simétricas entre lo masculino y lo femenino.

Siguiendo a Butler (13) el género es dinámico y cambiante porque las normas que lo rigen no son entidades estáticas, son incorporadas e interpretadas de acuerdo con las características de la existencia; esto es más específico para aspectos corporales y actividades físicas para las que la promulgación de normas sociales y culturales se realizan de acuerdo con patrones heredados.

Irigaray (14) en su obra *This sex which is not one* plantea que aunque exista un determinismo biológico en el cuerpo femenino, la expresión de estas propie-

dades corporales, así como sus manifestaciones culturales solo se pueden experimentar en el cuerpo a través de una red de representaciones culturales, sociales y ambientales expresadas en el discurso. La mujer está constituida por una anatomía única, pero es precisamente esta, la que la dota de características específicas de lo femenino; según esta autora, solo en el cuerpo de la mujer se experimentan la menstruación y la maternidad.

La noción corporal de lo femenino no es un asunto fácil de definir, ¿son mujeres solo aquellas que tienen un cuerpo femenino?, ¿la anatomía femenina tiene un significado para cada mujer?, ¿para los otros?, ¿existen diferentes formas de ser mujer? La experiencia corporal y la feminidad requieren la revalorización y la expresión de la sexualidad femenina, en tanto que Butler (15) va en la vía de la trasgresión de las normas culturales, sociales y psicológicas producidas por la “matriz heterosexual”, estas diferentes posiciones tienen en común la interrelación cuerpo-sexo-lenguaje.

La diferenciación sexual es universal, fundamentada en las diferencias anatómicas, la experiencia vital y el lenguaje; la masculinidad y la feminidad se asocian a los procesos mentales, la actividad productiva, las normas sociales y culturales en un momento histórico y geográfico determinados, es la base de la humanidad, pero para el hombre le es difícil referirse a su masculinidad o feminidad (16).

Los hombres según Messner (17) se ven obligados a mantener su poder y prestigio dentro de la sociedad patriarcal, en general están más limitados que las mujeres por las normas de género y son estigmatizados con mayor frecuencia, cuando se desvían hacia prácticas poco masculinas o femeninas, en otras palabras, los hombres son masculinos cuando lo demuestran sus actitudes y comportamientos.

Género y salud - enfermedad

Los conceptos de salud y enfermedad están íntimamente relacionados, Gadamer (18) en su obra *El estado oculto de la salud*, contrasta estos dos conceptos y señala que durante la enfermedad o cuando se sufren molestias físicas o mentales las personas se dan cuenta de la existencia de la experiencia de la salud. Para este autor, la salud como fenómeno es el estar sano en la condición natural de la vida que llamamos bienestar, que posee cualidades fundamentales de tipo subjetivo; la experiencia de la salud, el bienestar y la enfermedad depende de la experiencia de cada sujeto. Al entenderse el cuerpo sano o enfermo como un sistema complejo, biológico-social-cultural-psicológico y emocional definido por las diferencias entre hombres y

mujeres, entonces se comprende la forma en la que el género influye en la forma de experimentar la salud-enfermedad para cada individuo.

Algunos conceptos teóricos sobre el género fueron incorporados específicamente a la salud en el artículo *La paradoja de la vida y la muerte* escrito por Verbrugge (19) en 1988; esta autora identificó cinco factores que determinan las diferencias entre la salud de hombres y mujeres: los biológicos (genéticos, hormonales); los riesgos adquiridos (resultado del estilo de vida y hábitos saludables); los psicológicos (actitudes propias de cada sexo frente a su vida y la enfermedad); el comportamiento frente a los proveedores de salud (la forma en que se comunican los síntomas y se accede a los servicios de salud) y la historia en el cuidado de la salud (manera en que cada sexo trata sus enfermedades y previene la aparición de nuevas).

Verbrugge (20) en 1997 planteó que se debe asumir una visión diferencial en las morbilidades entre hombres y mujeres, expresó que los profesionales de la medicina tienden a tomar con más seriedad los síntomas manifestados por los hombres, mientras que los femeninos son vistos con menor preocupación e incluso se les dan connotaciones psicosomáticas. Esta autora analiza las diferencias entre las enfermedades que afectan a hombres y mujeres. Los hombres tienden a tener una mayor mortalidad, mientras que las mujeres viven más, pero tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas incapacitantes que alteran su calidad de vida; además identificó la mayor utilización de los servicios sanitarios por parte del sexo femenino. Verbrugge muestra que existen diferencias entre las experiencias de enfermar entre hombres y mujeres.

El reconocimiento de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, según Doyal (21) se extiende más allá de la función reproductiva, la genética, las diferencias hormonales y las influencias metabólicas que desempeñan un papel en la formación de patrones de morbimortalidad femeninos y masculinos; ejemplos como los cánceres de cuello uterino, mama y próstata son obvios, así como la mayor incidencia de enfermedades autoinmunes en las mujeres y en los hombres de patologías cardiovasculares y morbilidades relacionadas con las actividades de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco y la actividad sexual sin protección, asociadas con la expresión de los valores masculinos (22). En “la salud del hombre” y “salud de la mujer” se reconoce que las problemáticas se extienden más allá de la biología reproductiva. Raymond *et al.* (23) señalan que entre las mujeres que viven en países en desarrollo, las muertes por enfermedades crónicas son mucho más numerosas que los fallecimientos relacionados con el embarazo, el parto y el VIH combinado.

Como expresa Connel (24) cuando el análisis de género se incorpora y se convierte en un proceso social activo pasa a ser una práctica relevante para la salud sexual y reproductiva, por ejemplo a través de la identificación de significados e identidades de género y la atención en salud diferenciada. Para este autor buena parte de la investigación que propende por la elaboración de los conocimientos médicos desde la perspectiva de género se realiza desde la ginecología-obstetricia o la andrología; desde esta perspectiva, los problemas de salud se producen en los órganos reproductivos y sus procesos, y se trazan en la historia personal, es decir, en los mismos procesos en los que se construye el género.

La complejidad de las diferencias de género con respecto a la salud se extiende más allá de los conceptos de desventaja relativa o ventajas biológicas de los hombres y las mujeres, o la organización social de sus vidas, según los expuesto por Bird *et al.* (25); para estas autoras, el impacto de las decisiones en salud es similar para hombres y mujeres, la diferencia está en la biología y las experiencias de vida diferentes para cada sexo.

Por ejemplo, muchas de las enfermedades femeninas según Olea *et al.* (26) están relacionadas con factores ambientales como la calidad y estrogenicidad del agua, aire y alimentos, los químicos presentes en cosméticos, parabenos en champú, cremas y jabones que actúan como xenoestrógeno o disruptores endocrinos implicados en el cáncer de mama, además de la presencia de enfermedades autoinmunes relacionadas con implantes de silicona.

Ruiz-Cantero (27) expone que los servicios sanitarios erróneamente atienden los padecimientos en salud y los riesgos entre hombres y mujeres de igual manera, presentándose así un sesgo de género negativo que tiene consecuencias más importantes en la salud de las mujeres; con respecto a la utilización hospitalaria y la aplicación de procedimientos terapéuticos en unidades cardiacas y de cuidado intensivo; estos son mayores en la población masculina, por cuanto se da más importancia a los síntomas de los hombres; las mujeres tienen tiempos mayores de espera para la atención sanitaria y además presentan una alta prescripción de medicamentos psicótropos para el manejo de sus malestares emocionales.

Para Rieker *et al.* (28) es necesario desarrollar un modelo de salud que involucre las especificidades y contrastes entre mujeres y hombres que incluya factores, además de las diferencias biológicas, como las desigualdades de los recursos económicos, las inequidades educativas, la discriminación y otros tratos injustos, para entender cuáles son los aspectos en la vida de mujeres y hombres que contribuyen

a la morbilidad-mortalidad, tanto en sus actividades cotidianas como en su actividad laboral o profesional.

Evans *et al.* (29) propusieron, en 2011, un marco teórico para entender al hombre y su salud desde la perspectiva de los determinantes sociales y de salud; encontraron que existen disparidades en la salud masculina poco exploradas, basadas en la edad, el tipo de trabajo que realizan, el nivel socioeconómico y las actividades sexuales de riesgo. Como lo expone Oliffe (30) durante la juventud los principales riesgos para la salud se relacionan con los accidentes, abuso de sustancias y enfermedades de transmisión sexual; en la edad media, son más frecuentes los accidentes laborales y la depresión; en edad avanzada el cáncer de próstata y enfermedades cardíacas.

En 2016 Lefkowich *et al.* (31) señalan, como un reciente y poco explorado problema de salud en hombres, las relaciones entre los estereotipos de la masculinidad y el ideal del cuerpo masculino presentes en algunas prácticas como el ejercicio físico excesivo y el uso de esteroides para aumentar la masa muscular, que puede llevar a lesiones musculares, articulares, abuso de sustancias y depresión. Sugieren desarrollar una posición de género en la que se incluyan específicamente los posibles riesgos para la salud que se deriven de las prácticas corporales en los hombres.

En Colombia Lafaurie (32) retoma estos elementos y propone una visión crítica desde el enfoque de género para que se investiguen y desarrollen conocimientos en las ciencias médicas que permitan comprender las problemáticas femeninas y los contextos en que se dan para, de esta manera, emprender acciones positivas que ayuden a transformar los paradigmas que afectan la prevención y atención de la salud. Esta autora considera fundamental minimizar las exclusiones y las demoras en la atención de salud asociadas a los estereotipos de género en un marco de respeto por los derechos humanos e igualdad social de las mujeres.

La manera en la que se experimenta una enfermedad, también está relacionada con las normas de género y las responsabilidades sociales y familiares que tienen las mujeres, como lo presentan Millán *et al.* (33) en un estudio de tipo cualitativo realizado en Colombia sobre la experiencia del dolor torácico en mujeres con infarto agudo de miocardio (IAM), en el que las mujeres participantes tuvieron una percepción del dolor asociada al miedo ante la cercanía de la muerte, lo que se convirtió en una experiencia fundamental en su vida, que las llevó a reconsiderar la sobrecarga de actividades familiares y sociales a las que están sometidas.

Morbilidades ocultas

Morbilidad oculta es un término descrito en 1975 desde la psiquiatría por Bollerup (34) que se refiere a las enfermedades mentales que presentan los pacientes pero que no se consultan a los profesionales de la salud por temor a ser etiquetados como enfermos mentales psiquiátricos y ser institucionalizados; Haggerty (35) en 1975 acuñó el término morbilidad oculta para aquella patología psiquiátrica que no llega a la consulta especializada por ser tratada por los médicos generales. Para 1989 se incorpora la perspectiva epidemiológica de este tipo de morbilidades por Stinson *et al.* (36) quienes la definen como la presencia de dos tipos de condiciones: la primera, una patología que ocurre en la población general pero que no es lo suficientemente grave como para que requiera una hospitalización; la segunda, aquella que es diagnosticada en un paciente hospitalizado sin que previamente haya presentado sintomatología.

Las morbilidades ocultas continuaron en el terreno de la psiquiatría y de allí llegaron a la pediatría en el estudio sobre morbilidades ocultas psiquiátricas en pediatría realizado por Bernal (37), pero fue en India, cuando se realizó un estudio sobre las morbilidades psiquiátricas ocultas y estado de salud en hombres que tienen sexo con hombres (38), que finalmente se contempló este término relacionado con la salud sexual, porque además de abordar los síntomas de ansiedad, depresión, desordenes psicóticos y tendencias suicidas, se mostraba la mayor vulnerabilidad de este grupo poblacional y el riesgo para la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual como el VIH derivado de la ignorancia y el miedo a consultar por la generación de estigma social.

En 2013 Armstrong (39) analizó las morbilidades ocultas desde el campo de la epidemiología cuestionando el por qué algunos pacientes consultan y otros no lo hacen; basándose en los estudios de la Unidad de investigación en medicina social de Inglaterra encontró una gran cantidad de enfermedades no detectadas en los registros médicos de consulta, la mayor parte de ellas de tipo crónico; la presencia de estas morbilidades ocultas se debía en este estudio a que los pacientes optaron por no visitar al médico al no considerar como importantes las enfermedades o porque los síntomas no eran lo suficientemente molestos. Para este autor los profesionales de salud deberían estar mirando “bajo el agua”, es decir preguntando y buscando activamente aquellas patologías ocultas como un mecanismo para mejorar la práctica clínica y de salud pública.

Siguiendo en el terreno de la epidemiología en 2013 Last (40) comparó las morbilidades ocultas con la base de un iceberg; estas no se ven pero están ahí causando muertes y discapacidades, enfermedades como la diabetes, glaucoma, tuberculosis, infecciones urinarias, anemias, cáncer cervicouterino, de seno, de recto y de próstata que son detectables tempranamente, pero que depende exclusivamente de la asistencia de las personas a los servicios de salud para su detección, por lo que propone realizar la búsqueda activa de estas patologías cuando un paciente acude a la consulta.

Para Gadamer (41) la percepción de la salud está conectada con la experiencia individual, en una perspectiva subjetiva del mundo de la vida, en donde la enfermedad se manifiesta como una perturbación del bienestar, por lo que la experiencia de la enfermedad es también individualizada y única, entonces el arte de la curación comienza con identificar la subjetividad del padecimiento y debe ir más allá de la dimensión biológica y la atención basada en el protocolo, la guía y el instrumento. De acuerdo con esta visión el lenguaje y el diálogo con el otro debe orientar y permitir la posibilidad para que el paciente exprese aquellas morbilidades que por sus propias razones ocultas no lo hace, para lograr el restablecimiento del equilibrio de la salud y devolver su condición de bienestar, para relacionarse, ser feliz y trabajar para el autocuidado y el de los demás.

Morbilidades ocultas y salud sexual

Carme Valls-Llobet (42) en su libro *Mujeres invisibles* expone que los aspectos concernientes a la sexualidad femenina se han mantenido invisibles, sujetos a normas sociales y culturales, mundo que los explica, reprime o estimula, para adaptarlos al “mundo social”. Para esta autora durante el siglo XIX las mujeres fueron alejadas sistemáticamente de sus cuerpos y sus vivencias por parte de la “medicina oficial” para la que era imposible entender los síntomas y malestares de las mujeres. Esta situación llevó a las mujeres a callar sus deseos, su sexualidad y las problemáticas que padecían porque los profesionales de la salud no las escuchaban.

Las enfermedades que afectan el funcionamiento sexual femenino según esta autora (43) están relacionadas con enfermedades de tipo sistémico y con aquellas que producen dolor; entre las enfermedades que producen dispareunia están las vaginosis bacterianas, endometriosis y bartholinitis. Estas patologías deben ser abordadas en forma pluridimensional donde se abarquen los aspectos biológicos, am-

bientales, culturales y sociales propios de la vivencia de la sexualidad para, a futuro, desarrollar un estudio de una morbilidad sexual femenina diferencial (44). Concluye Valls-Llobet que la mayoría de las problemáticas en la salud femenina se pueden evitar eliminando la discriminación cultural en torno a la mujer y luchando contra las epidemias silenciosas de tuberculosis, malaria y sida; así como estar actualizados frente a los nuevos factores de riesgo para cánceres ginecológicos, de mama y colón.

Las morbilidades invisibles están íntimamente relacionadas con los síntomas invisibles que, para Valls-Llobet (45), son aquellos por los cuales no pregunta el profesional de salud, o aquellos que padece la mujer y que por falta de información, vergüenza o tabúes culturales no comunica. Estas problemáticas se han sufrido en silencio o han sido infravaloradas; las estrategias médicas no se han enfocado en la salud integral de la mujer; la mujer es invisible a la medicina y se ha convertido en la parte sometida del acto médico; para esta autora existe una gran falta de investigación e información sobre las enfermedades padecidas por las mujeres, sus causas, cómo se viven y la forma de prevenirlas; insiste en que se debe partir de la identificación de estas problemáticas por parte de las afectadas.

Bird *et al.* (46) exponen que la mayoría de las investigaciones biomédicas están basadas en la experiencia masculina, dejando el estudio de la salud sexual femenina reducido a los aspectos específicos de la ginecología. La salud de la mujer como lo refiere Valls-Llobet (47) se convirtió en el manejo de los síntomas y enfermedades ginecológicas: flujos vaginales, dolores, tumores, bochornos, palpitaciones; esta situación ha impedido atender la salud de la mujer de una manera integral, además, está influenciada por el hecho de que las morbilidades femeninas se manejan con terapéuticas desarrolladas por las multinacionales farmacéuticas y con grandes campañas publicitarias, como se ve en los anuncios en diferentes medios de productos para los flujos vaginales, síntomas de la menopausia y el manejo higiénico de la menstruación.

Para contrarrestar dichas campañas de la industria farmacéutica, en 1997 en Estados Unidos se creó Women's Health Initiative (48) que durante cinco años fue muy relevante en la investigación médica por ser dirigido específicamente hacia las mujeres y contar con más de cien mil mujeres-pacientes; esta iniciativa marcó un avance muy importante al proponer desarrollar la ciencia médica a partir de las problemáticas e intereses de las mujeres que hasta ese momento habían sido olvidados e ignorados; además de investigar los efectos de la terapia de supresión hormonal también se hicieron estudios enfocados en las enfermedades cardiovasculares,

que hasta ese momento solo habían sido estudiadas en la población masculina (49). Según Emslie *et al.* la concepción de que mujeres y hombres presentan la misma sintomatología y evolución en una determinada enfermedad ha sido una de las principales causas por las cuales las mujeres continúan siendo invisibles para la ciencia médica. La ausencia de investigaciones específicas sobre la forma en la que enferman las mujeres, así como el tratamiento y prevención de sus problemas de salud deben ser examinados desde las percepciones y vivencias propias.

Las problemáticas en salud sexual, como lo afirma French (50) son un tema tabú, silenciado, invisible y definitivamente no considerado como algo de lo que la gente “decente” habla. Los pacientes a menudo esconden los problemas sexuales; esto hace que los profesionales sanitarios consideren incómodo el tema y no pregunten por algún “otro” problema. Para esta autora existen razones por las cuales el tema de la salud sexual debería abordarse con los pacientes durante una consulta; por ejemplo, la clamidia que afecta a hombres y mujeres es la infección de transmisión sexual bacteriana más común en jóvenes menores de 25 años en el Reino Unido, esta es una patología silenciosa y asintomática, situación que aumenta el riesgo de contagio al compañero; algunas mujeres presentan sangrado intermitente, que puede ser en ocasiones un síntoma de vaginosis bacteriana, esta sintomatología tampoco se tiene en cuenta por el personal de salud.

El concepto de las morbilidades ocultas, como la base de un iceberg se incorporó a la salud sexual por Susila *et al.* (51) en 2014, en un estudio que exploró las morbilidades ginecológicas ocultas en mujeres posmenopáusicas en población rural; para estos autores el fenómeno global del envejecimiento de las mujeres merece una especial atención ya que ellas tienen las mayores sobrevividas; esta longevidad las hace vulnerables a patologías relacionadas con sus órganos sexuales y reproductivos porque permanecen ocultas o no consideradas por la “cultura del silencio” que rodea la vida de las mujeres. Patologías como infecciones, prolapsos, cánceres no son consultadas activamente por las mujeres; este estudio encontró que el 44 % de las mujeres que participaron tuvieron alguna morbilidad de tipo ginecológico y que a medida que aumentaba la edad la posibilidad de que las mujeres consultaran era menor por dificultades de movilización o pérdida de facultades mentales.

En España Cortés-Gálvez *et al.* (52) exploraron la incontinencia urinaria como morbilidad oculta en un estudio realizado en 58 hombres y 145 mujeres, con un promedio de edad de 66 años. El 15,5 % de la población masculina presentó incontinencia urinaria y en la femenina esta cifra se elevó al 60 %. Ambas poblaciones mani-

festaron alteraciones en su calidad de vida y problemas asociados como infecciones urinarias, alteraciones dermatológicas y del sueño; para estos autores los pacientes tienen miedo a consultar por esta patología y se hace necesario buscar activamente este tipo de morbilidades para mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones asociadas. Resultados similares reportan Martínez *et al.* (53) y Martínez *et al.* (54).

Continuando con el tema de las morbilidades ocultas en salud sexual relacionadas con el envejecimiento en hombres, Ribeiro (55) expone que los hombres ancianos presentan condiciones emocionales y sociales marcadas por la pérdida de las funciones productivas y sociales, la viudez, actitudes de pasividad y depresión que hacen que este grupo poblacional no consulte por problemas relacionados con esta dimensión vital; sumado esto a la toma de medicamentos para patologías comunes de la edad madura y que afectan la salud sexual. La idea del hombre como fuerte, productivo, capaz de combatir en guerras y penetrar el cuerpo de una mujer ha estado arraigada a través de la historia; el hombre es el sujeto sexual activo y la mujer el objeto sexual pasivo (56). En esta línea, Calasanti *et al.* (57) presentan cómo el ser hombre está íntimamente relacionado con la capacidad sexual, que representa juventud y fuerza; en cualquier edad y más evidente en la edad madura, el aceptar que se tiene algún tipo de problema relacionado con la salud sexual es aceptar que ya no se es hombre.

En la población masculina Springer *et al.* (58) sugieren que los hombres tienden a evitar la atención de su salud y la consulta a profesionales sanitarios por el ideal masculino relacionado con la virilidad, lo que hace que sus dolencias se oculten para no poner en cuestionamiento su masculinidad y no pedir ayuda se convierte en una manera de expresar invulnerabilidad. Según estos autores las mujeres son más propensas a las acciones preventivas de salud, mientras que para los hombres es más común consultar cuando ya se ha presentado la enfermedad y lo hacen “para arreglar el problema”.

Si bien las mujeres parecen implementar en mayor medida la prevención, el estudio realizado en México por Hernández *et al.* (59) expone las razones por las cuales ellas no consultan sus enfermedades: primera, porque el malestar hace parte de la vida diaria y no se percibe como un cambio que requiera acudir a un profesional; segunda, la postergación de la salud personal por estar dedicadas al cuidado de los otros, esto hace que la percepción de estar enferma se haga tardíamente y, consecuentemente, su consulta, las mujeres cumplen con su función social de madres-esposas y les asignan a este rol la prioridad antes que a su propia salud; la última

es la relación de poder-subordinación con el sistema de salud, cuando las mujeres deciden asistir a los servicios de salud la consulta es vivida como estresante para ellas y encuentran una mala relación con el profesional quien las juzga negativamente y, además, les ofrecen poca información de lo que sucede en su cuerpo; por último existe una resistencia de las mujeres al poder médico y una tendencia a buscar su propia autocuración extensiva al uso de medicamentos y tratamientos.

Ragúz (60) considera como un problema relacionado con la salud sexual las relaciones de género y la violencia contra la mujer en el contexto de la atención en salud, en lo que respecta a las relaciones verticales de poder por la posición de paciente frente a “autoridades” médicas y personal de salud. En este sentido la mujer-paciente establece una relación de poder con el personal de salud, en la que el objetivo es favorecer la autonomía y fomentar el autocuidado que puede traducirse en una mejor calidad de vida para las mujeres. Esta situación según Vanegas (61) hace que los profesionales de la salud tengan una responsabilidad y desarrollen un compromiso social para que tengan una atención en salud más equitativa en virtud de las diferencias basadas en el sexo y construidas socialmente en el género.

Conclusión

El cuerpo humano es un sistema complejo, desde la biología incluye aspectos anatómicos, fisiológicos, hormonales y patológicos propios de cada sexo; desde la cultura se expresa en las interacciones sociales, en normas y jerarquías de una sociedad en momentos históricos y geográficos específicos, lo cual implica la necesidad de reconocer la importancia de las identidades y las relaciones entre los géneros para abarcar una perspectiva en temas de salud que abarque todos estos factores.

La atención en salud diferenciada por género es un tema que ha tenido un gran desarrollo en salud pública contemporánea, las posiciones de Verbrugge (20), Doyal (21), Ruiz Cantero (27) y Valls-Llobet (pp. 43, 44) plantean que existe una diferencia biológica evidente entre hombres y mujeres que está influenciada por las relaciones de poder, así como en los constructos sociales, culturales e históricos y que, además, hombres y mujeres están expuestos a diferentes riesgos en salud relacionados con factores ambientales y laborales.

Las morbilidades invisibles descritas originalmente en psiquiatría hacen referencia a que los pacientes no consultan sus problemas de salud por temor a la discriminación, la aplicación de este concepto se extiende a la salud sexual por cuanto

alrededor de ella existe tabú, vergüenza y pudor tanto en los pacientes como en los profesionales que los atienden; las molestias en salud sexual de no ser atendidas prontamente se transforman en enfermedades crónicas.

La propuesta Género y morbilidades ocultas en salud sexual plantea el reconocimiento de la salud sexual y cómo esta se ve afectada por el silencio, el tabú y la discriminación que hace que tanto hombres como mujeres no consulten sus síntomas oportunamente y los profesionales de la salud no aborden cómodamente estos temas, en asociación con las construcciones de género presentes en la sociedad. Generar en los profesionales de atención en salud reflexiones en torno al tema es un camino para buscar cambios culturales que incidan en el mejoramiento de la salud y estado de bienestar general de las personas.

Referencias bibliográficas

1. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. p. 234.
2. Harcourt W. Body politics in development: Critical debates in gender and development. London: Zed Books Ltda.; 2009. pp. 31-32.
3. Sen G, Östlin P, George A. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género. Washington: OPS; 2007. pp. 1-2
4. Bourdieu P. Notas provisionales sobre la percepción social de cuerpo. En: Mills CW, Foucault M, Pollak M, Marcuse h, Habermas J Elias N, *et al.*. Materiales de sociología crítica. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta; 2002. pp. 185-186.
5. Foucault M. Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2002. pp. 143-144.
6. Hernández Y, Ramírez MP, Moreno CM, Novoa ME, Rubio, NA. Mujer y otras perspectivas. Reflexiones en torno a la problemática de género. Bogotá DC: Universidad Santo Tomás; 2011. p. 420.
7. Merleau-Ponty M. Fenomenología de la percepción. Barcelona: Península; 1975. p. 475.

8. Stone A. *Luce Irigaray and the Philosophy of sexual difference*. New York: Cambridge University Press; 2006. pp. 7-9.
9. Irigaray L. *An ethics of sexual difference*. New York: Cornell University Press; 1993. pp. 5-11
10. Butler J. *The Compulsory order of sex/ gender/desire*. In Butler J. *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. 3.ºed. Nueva York y Londres: Routledge; 2002. pp. 9-11.
11. Deutscher P. *A politics of impossible difference: The later work of Luce Irigaray*. New York: Cornell University Press; 2002. pp. 7-23.
12. Butler J. *Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"*. Nueva York: Routledge; 2011. pp. 3-27.
13. Butler J. *Undoing gender* Nueva York: Routledge; 2004. pp. 174-180.
14. Irigaray L. *This sex which is not one*. New York: Cornell University Press; 1985. pp. 16-23.
15. Butler J. *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge; 2011. pp. 67-68.
16. Irigaray L. *Espéculo de la otra mujer*. Madrid: Ediciones Akal; 2007. pp. 8-10.
17. Messner M. *The limits of The Male Sex Role: an analysis of the men's liberation and men's rights movements' discourse*. *Gender Soc.* [Internet]. 1998 junio; [citado 10 junio 2016];12(3):255–76. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Michael_Messner3/publication/249667166_The_Limits_of_The_Male_Sex_Role_An_Analysis_of_the_Men's_Liberation_and_Men's_Rights_Movements'_Discourse/links/564c867f08ae020ae9fab2d1.pdf
18. Gadamer HG. *Estado oculto de la salud*. Barcelona: Gesida; 1996. p. 123
19. Verbrugge LM. *A Life-and-Death Paradox*. *Am Demogr* [Internet]. 1988 [citado 13 junio 2016];10(7):34. Disponible en: <http://search.proquest.com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1295914625?pq-origsite=summon>
20. Ruiz MT, Verbrugge LM. *A two way view of gender bias in medicine*. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 1997 abril [citado 13 junio 2016]; 51(2):106-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1060427/pdf/jepicomh00176-0002.pdf>
21. Doyal L. *Sex, gender, and health: the need for a new approach*. *British Medical Journal* [Internet]. 2001 nov 3; [citado 13 junio 2016]; 323(7320):1061-63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121552/?tool=pmcentrez>

22. Kaufman M. The construction of masculinity and the triad of men 's violence. In: Kaufman M, editor. *Beyond patriarchy: Essays by men on pleasure, power, and change*. Toronto: Oxford University Press; 1987. pp. 1-29.
23. Raymond SU, Greenberg HM, Leeder SR. Beyond reproduction: women's health in today's developing world. *International Journal of Epidemiology* [Internet]. 2005 junio 10 [citado 13 junio 2016];34:1144-48. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org/content/34/5/1144>
24. Connell R. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science and Medicine*. [Internet] 2012 jun 34 [citado 13 junio 2016];74 (11):1675-83. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611003509>
25. Bird C, Rieker P. *Gender and health: The effects of constrained choices and social policies*. New York: Cambridge University Press; 2008. pp. 5-10.
26. Olea N, Fernández M, Martín-Olmedo P. Disruptores endocrinos: el caso particular de los xenobióticos estrogénicos. II Estrógenos sintéticos. *Rev. Salud Ambient* [Internet]. 2001 [citado 13 junio 2016]; 1(2):64-72. Disponible en : <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/24835/1/disruptores.pdf>
27. Ruiz-Cantero MT. Sesgos de género en la atención sanitaria. *Gac Sanit* [Internet]. 2004 [citado 13 junio 2016];18(1):118-125. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000700019
28. Rieker P, Bird C. Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *The Journ of Gerontology Series B: Psych Scie and Soc Sciences* [Internet]. 2005 oct 1 [citado 10 junio 2016]; 60 (2): S40-7. Disponible en: https://doi.org/10.1093/geronb/60.Special_Issue_2.S40
29. Evans J, Frank B, Oliffe JL, Gregory D. Health, illness, men and masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health* [Internet] 2011 mar 31 [citado 21 agosto 2017]; 8(1):7-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2010.09.227>
30. Oliffe JL, Phillips MJ. Men, depression and masculinities: a review and recommendations. *Journal of Men's Health*. [Internet]. 2008 sep 30 [citado 21 agosto 2017];5:194-202. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1016/j.jomh.2008.03.016>
31. Lefkowich M, Oliffe J, Hurd L, Hannan-Leith M. Male body practices: Pitches, purchases, and performativities. *Journal of men's health* [Internet].

- 2016 sep 19 [citado 21 agosto 2017];11(2):1-10. Disponible en: DOI: 10.1177/1557988316669042
32. Lafaurie MM. ¿Por qué pensar en la salud de las mujeres?. *Rev. Salud Bosque* [Internet]. 2011 [citado 8 junio 2016]; 1(1): 79-90. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Lafaurie/publication/275098737_POR_QUE_PENSAR_EN_LA_SALUD_DE_LAS_MUJERES_WHY_THINK_OF_WOMENS_HEALTH/links/553280a10cf27acb0ded53aa/POR-QUE-PENSAR-EN-LA-SALUD-DE-LAS-MUJERES-WHY-THINK-OF-WOMEN-S-HEALTH.pdf
 33. Millán EM, Díaz LP. Experiencia del dolor torácico en la mujer con infarto del miocardio. *Avances en enfermería* [Internet] 2009 jul 1 [citado 21 agosto 2017]; 27(2):33-42. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/av-enferm/article/view/12966/14000>
 34. Bollerup TR. Prevalence of mental illness among 70-year-olds domiciled in nine Copenhagen suburbs. *Acta Psychiatrica Scand* [Internet]. 1975 jun 1 [citado 6 junio 2016];51:327-39. Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1975.tb00012.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
 35. Haggerty RJ, Roghmann KJ, Pless IB. *Child Health and the Community*. New York: John Wiley & Sons; 1975. p. 388.
 36. Stinson FS, Dufour MC, Bertolucci D. Alcohol-related morbidity in th aging population. *Epidemiologic bulletin* [Internet]. 1989 [citado 6 junio 2016]; 13(1):80. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/e884ea503d07d83bbc-f00901c1465bc4/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2031130>
 37. Bernal P. Hidden morbidity in pediatric primary care. *Pediatric Annals* [Internet]. 2003 jun 1 [citado 4 junio 2016]; 32(6):415-20. Disponible en: <https://www.healio.com/pediatrics/journals/pecann/2003-6-32-6/%7B78ee8a32-d03a-4d9a-8276-8c2cb710d6e4%7D/hidden-morbidity-in-pediatric-primary-care>
 38. Deb S, Dutta S, Dasgupta A, Roy S. Hidden psychiatric morbidities and general health status among men who have sex with men and another clients of a sexually transmitted disease clinic of Kolkata: A Comparative study. *Indian Journ of Community Medicine* [Internet]. 2010 [citado 13 junio 2016];35 (1):193-97. Disponible en: <http://www.ijcm.org.in/article.asp?issn=0970-0218;year=2010;volume=35;issue=1;spage=193;epage=197;aulast=Deb>

39. Armstrong D. Commentary: The discovery of hidden morbidity. *International Journal of Epidemiology* [Internet]. 2013 dic 1 [citado 8 junio 2016]; 42(6):1617-19. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org/content/42/6/1617>
40. Last JM. The iceberg: 'Completing the clinical picture' in general practice. *International Journal of Epidemiology* [Internet]. 2013 [citado 28 julio 2016]; 42(6):1608-13. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org/content/42/6/1608.full.pdf+html>
41. Gadamer HG. *Estado oculto de la salud*. Barcelona: Gesida editorial; 2001. p. 192.
42. Valls-Llobet C. *Mujeres invisibles*. Barcelona: Random House Mondadori; 2006.
43. Valls-Llobet C. Desigualdades de género en salud pública. Género y salud [Internet]. 2000 [citado 13 junio 2016]. Disponible en: http://redes.cepcordoba.org/pluginfile.php/7317/mod_resource/content/0/DESIGUALDADES_DE_GENERO_EN_LA_SALUD_PUBLICA.pdf
44. Valls-Llobet C, Banqué M, Fuentes M, Ojuel J. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*, [Internet]. 2008 [citado 13 junio 2016];39(1),9-22. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/98015/159758>
45. Valls-Llobet C, Solsona JO, Carrillo M, Pujol MF. Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa de Formación de Formadores/as en perspectiva de género en salud [Internet]. 2007 [citado 21 junio 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/05modulo_04.pdf
46. Bird CE, Rieker PP. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health..pdfodulo_04.pdf" mujeres. *LA SALUD PUBLICA* mar 31 [citado 13 junio 21016];tters: an i55. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795369800402X?via%3Dihub>
47. Valls-Llobet C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. *Quark* [Internet]. 2003 [citado 13 junio 2016];27;41-53. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Quark/article/viewFile/54974/65435>
48. Emslie C, Hunt K, Watt G. Invisible women? The importance of gender in lay beliefs about heart problems. *Sociology of health & illness* [Internet]. 2001 mar 1 [citado 13 junio 2016];23(2):203-33. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00248/epdf>

49. Emslie C, Browne S, MacLeod U, Rozmovits L, Mitchell E, Ziebland S. 'Getting through' not 'going under': A qualitative study of gender and spousal support after diagnosis with colorectal cancer. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2009 mar 31 [citado 13 junio 2016];68(6):1169-75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19195750>
50. French K. How to improve your sexual health history-taking skills. *Practice Nurse* [Internet]. 2010 [citado 18 junio 2016];40(2):27-30. Disponible en: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/52919221/how-improve-your-sexual-health-history-taking-skills>
51. Susila T, Roy G. Gynecological morbidities in a Population of rural postmenopausal women in Pondicherry: Uncovering the hidden base of the iceberg. *J Obstet Gynaecol India*. India [Internet]. 2014 feb 1 [citado 23 julio 2016];64(1):53-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931905/?tool=pmcentrez>
52. Cortés-Gálvez JM, Martínez-Monje F, Reynoso C, Jiménez-Garzón VA, Alfonso-Cano C, Leal-Hernández M. "Occult" urinary incontinence: Does it affect our patients' quality of life?. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2014 [citado 23 julio 2016];74(2):123-5. Disponible en: <http://www.revistamexicanadeurologia.com/Revistas/2014/ingles/March-April/13%20CB%20INCONTINENCIA%20URINARIA%20OCULTA.pdf>
53. Martínez J, Bolaños O, Rodríguez EM, Rodríguez H, García JA. Disfunciones sexuales y disfunciones del suelo pélvico. ¿Problemas de salud relacionados?. *Revista Sexología y Sociedad* [Internet]. 2016 [citado 21 agosto 2017];21(2):224-233. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/549/590>
54. Martínez J, García JA. Incontinencia urinaria como problema de salud de la mujer en edad mediana. *Invest Medicoquir*. [Internet]. 2014 jul-dic [citado 21 agosto 2017];6(2):267-78. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2014/cm-q-142j.pdf>
55. Ribeiro O. *O equilíbrio psíquico do idoso*. Lisboa: Rediteia; 2008.
56. Machado LZ. Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. *Masculinidades* [internet]. 2004 [citado 20 julio 2016];1:35-78. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37753122/Masculinidades_e_Violencias_Serie_Antropologia_290.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UI3A&Expires=1509410620&Signature=FzYxO-

- 1M9a1.9300F%2Fql9qP%2BS2dVY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMasculinidades_e_Viole_ncias._Ge_nero_e.pdf
57. Calasanti T, Pietilä I, Ojala H, King N. Men, Bodily Control, and Health Behaviors: The Importance of Age. *Health Psychology* [Internet]. 2013 enero [citado 24 julio 2016];32(1):15-23. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40528247/Men_Bodily_Control_and_Health_Behaviors_20151130-15714-84o8vn.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYY-GZ2Y53UL3A&Expires=1509563126&Signature=AIYjyw4UvPQGnuEAh8W-q4G6%2Bt7s%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMen_bodily_control_and_health_behaviors.pdf
 58. Springer KW, Mouzon DM. “Macho Men” and Preventive Health Care: Implications for Older Men in Different Social Classes. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2011 junio [citado 13 julio 2016];52(2):212-27. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Dawne_Mouzon/publication/51048739_Macho_Men_and_Preventive_Health_Care_Implications_for_Older_Men_in_Different_Social_Classes/links/5407ba470cf23d9765ae18ec/Macho-Men-and-Preventive-Health-Care-Implications-for-Older-Men-in-Different-Social-Classes.pdf
 59. Hernández-Tezoquipa I, Arenas-Monreal M, Valdez-Santiago R. “No dejarse caer en cama”: las mujeres y los servicios de salud Women and healthcare services in Mexico: the struggle to avoid becoming “bedridden.” *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2005 jul [citado 3 agosto 2016];21(4):1210-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/23.pdf>
 60. Ragúz M. Aportes de género a la salud sexual y reproductiva. *Revista de Psicología* [Internet]. 1995 [citado 19 junio 2016];13(1):17-35. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/7358/7579g>
 61. Vanegas BC. La equidad de género: clave para la salud sexual y reproductiva. *Revista colombiana de enfermería* [Internet] 2007 aug [citado 21 agosto 2017];2(2):29-36. Disponible en: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1920_300_vanegasbiancaequidad_genero.pdf

Embarazo y vida laboral: experiencias de enfermeras que trabajan en el sector hospitalario de Bogotá

Patricia Antolinez Ruiz² y María Mercedes Lafaurie Villamil³

Resumen

Este capítulo describe un estudio que tuvo como objetivo explorar las experiencias narradas por diez enfermeras que laboran en el sector hospitalario en Bogotá durante sus embarazos. Se eligió un diseño cualitativo fenomenológico; se implementó una entrevista semiestructurada; en el análisis se utilizó el software Atlas Ti 7. Los riesgos psicosociales fueron relevantes dada la alta exigencia propia de los servicios en los que laboran las participantes, lo que a menudo causó estrés y agotamiento emocional y físico. Durante sus embarazos no siempre estuvieron aisladas de los riesgos químicos, biológicos y ergonómicos. Se describieron complicaciones en sus embarazos (diabetes gestacional y amenaza de parto pretérmino, entre otras). Como aspectos que favorecieron sus experiencias se mencionaron los cambios laborales para proteger sus embarazos, el apoyo de los compañeros de trabajo, el uso de prác-

2 Enfermera. Magíster en Enfermería con énfasis en Gerencia de Servicios de Salud, Universidad El Bosque. Especialista en Salud Ocupacional. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: patriciaantolinez@gmail.com

3 Psicóloga, magíster en Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lafauriemaria@unbosque.edu.co

ticas de bioseguridad y el autocuidado. Se requiere estudiar la posible relación entre los riesgos laborales de las enfermeras hospitalarias y las complicaciones del embarazo; es necesario avanzar en la prevención de riesgos y mejorar la protección durante el embarazo de las enfermeras del ámbito laboral hospitalario.

Palabras clave: *salud laboral, riesgos laborales, embarazo*

Abstract

This chapter describes a study that aimed to explore the experiences in their workplaces during their pregnancies, narrated by ten nurses working in the hospital area of Bogotá. A phenomenological qualitative study was conducted and semi-structured interview was implemented to collect information on their experiences in their workplaces during their pregnancies; data was analyzed using the Atlas Ti 7 software. Psychosocial risks were relevant, given the high demand of the services in which the participants work, often causing stress, emotional and physical exhaustion. During their pregnancies, they were not isolated from chemical, biological and ergonomic hazards, such as providing cytotoxic, contact with virus and physical exertion. More than half of respondents describe pregnancy complications (gestational diabetes and preterm birth). As aspects that favored their experiences, they mention labor changes to protect their pregnancies, support from colleagues, using biosafety and self-care practices. It is necessary to study the possible relationship between occupational hazards of nurses and complications of pregnancy; it is necessary to advance in the prevention of risks management and improve protection during pregnancy for nurses at the workplace.

Keywords: *occupational health, occupational risks, pregnancy.*

Introducción

A pesar de que en los últimos años se han logrado avances políticos y legislativos en lo referente a la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres, persisten desigualdades que se ven reflejadas en las circunstancias dentro de las cuales se desenvuelven unos y otras en el medio laboral. En el campo de la salud laboral, la inclusión de una perspectiva de género permite explorar estas realidades con el fin

de detectar aquellos sesgos de género que dificultan su acción en los campos de la vigilancia y la prevención (1).

Los cambios sociológicos en el devenir de la vida productiva y reproductiva, como el ingreso masivo de las mujeres al mundo laboral y la disminución del tamaño de las familias, llevan a la necesidad de que mujeres y hombres se replanteen la relación entre la vida familiar y la vida laboral. Esto implica la reorganización de los roles de cada miembro de la pareja y la corresponsabilidad con respecto a asuntos de la vida en familia como las tareas domésticas, el soporte económico y el cuidado de los hijos. Ahora bien, a pesar de que las mujeres acceden cada vez en mayor medida al mercado laboral, los cambios en los roles al interior de familia no logran todavía ser suficientemente significativos ya que el ingreso de las mujeres al medio laboral ha sido más rápido que la adopción por parte de los hombres de mayor responsabilidad en el trabajo no remunerado en el hogar (2). Es así como la falta de una distribución equitativa del tiempo total de trabajo entre mujeres y hombres resulta ser un reflejo de la desigualdad en la repartición del trabajo doméstico, lo que conlleva una doble jornada para las mujeres y da cuenta de sus dificultades para armonizar su participación en la vida económica y laboral con las obligaciones reproductivas (3). Todo esto lleva a ver la importancia para la equidad de género del desarrollo de políticas de corresponsabilidad en el campo del trabajo reproductivo y del cuidado en que participen el Estado, la familia y sector laboral.

La protección del embarazo y la maternidad hacen parte de las condiciones clave para asegurar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Sin embargo, si bien existen normas de protección a la maternidad, estas con frecuencia han buscado salvaguardar la infancia, la familia y la sociedad, pero no logran proteger a las mujeres suficientemente en cuanto a su condición de ciudadanas y a su ejercicio de derechos. Un aspecto por considerar es que, si bien las leyes reconocen aspectos como la licencia de maternidad y favorecen la lactancia materna, los costos para los empleadores asociados con los embarazos de sus trabajadoras van en detrimento de la empleabilidad de las mujeres en igualdad de condiciones con respecto a los hombres. Es por ello por lo que solo cuando la relación de conciliación entre vida laboral y familiar sea equitativa entre hombres y mujeres, se podrá construir un discurso coherente sobre igualdad de oportunidades en relación con el género (4).

El embarazo constituye un periodo potencialmente estresante para las mujeres trabajadoras, quienes se enfrentan al reto de conciliar los roles maternal y profesional. Adicionalmente, requieren hacerles frente a otras situaciones en su trabajo

como lo es el efecto de los prejuicios y actitudes que se tienen hacia las embarazadas, que influyen en las prácticas y políticas organizacionales (4). La protección de las mujeres embarazadas en los lugares de trabajo continúa siendo un reto por alcanzar, dado que en un buen número de ocasiones tropieza con barreras muy difíciles de franquear, dada su invisibilidad y generalización. Con frecuencia, al decidirse por la maternidad las mujeres se ven sometidas a sutiles formas de discriminación en sus trabajos y a temores relativos al cambio en su vida laboral (5).

Existe una estrecha asociación entre el trabajo reproductivo de las mujeres y el ingreso o abandono de la vida laboral. El embarazo constituye, en determinados contextos, la principal razón del no ingreso o de la salida de las mujeres del mercado laboral, dados los múltiples prejuicios que están presentes en este ámbito frente a la maternidad en las trabajadoras (3). La pérdida de su empleo por estar en situación de embarazo afecta significativamente la calidad de vida de las mujeres, toda vez que representa una reducción de su autonomía para ellas además de que esta situación tiene implicaciones sobre el ejercicio de su derecho al trabajo. Las familias se ven visiblemente afectadas cuando el aporte de las mujeres cesa, ya que el trabajo femenino va mucho más allá de ser un complemento. Se ha creado la idea de que el trabajo de las mujeres es mucho más prescindible que el del hombre, lo que origina despidos y discriminación contra ellas (6).

El embarazo con frecuencia impacta el bienestar psicosocial de la madre en su lugar de trabajo y lleva a las mujeres a enfrentar tensiones laborales; mientras los hombres se ven libres de esta eventualidad, la discriminación a las embarazadas resulta ser prevalente. Para mejorar los resultados de salud materna e infantil y mejorar las condiciones laborales, se requiere cambiar la cultura organizacional buscando que las mujeres sean apoyadas en el embarazo, realizando una detección temprana del riesgo ocupacional durante el período previo a la concepción y monitoreando las condiciones laborales de la gestante, incluido su entorno laboral y las responsabilidades que esta debe cumplir (7).

Las mujeres que trabajan en el campo de la salud, y dedican sus esfuerzos al cuidado de otras personas, enfrentan situaciones particulares de tipo ocupacional en sus embarazos, debido, entre otras, a los riesgos laborales a los que se ven expuestas en sus ámbitos de trabajo. En Colombia además de las difíciles condiciones laborales que enfrentan varias de ellas en sus campos de desempeño asociadas con los sistemas de contratación, el salario, y los problemas de protección y seguridad social (8), se añade la circunstancia de un embarazo que puede complicar su realidad.

Muchas mujeres trabajadoras del área de la salud consideran su actividad como un trabajo de retos y, de alguna manera, sienten que alcanzan una satisfacción con ella; sin embargo, a menudo creen que para enfrentar estos retos es importante que exista un equilibrio entre las demandas ocupacionales y las condiciones personales, para que esto no represente una sobrecarga de trabajo para ellas (9).

Los riesgos laborales son un aspecto importante que considerar entre las trabajadoras embarazadas. Las radiaciones ionizantes (como los rayos X) en útero pueden ser teratogénicas, carcinogénicas y mutagénicas, lo cual da lugar entre otras a defectos congénitos (10). Se presentan riesgos significativos de contraer infecciones por bacterias, virus y otros microorganismos en mujeres gestantes que están en contacto con pacientes; en un estudio realizado por Morales-Suárez *et al.*, a partir del análisis de una base de datos nacional en Dinamarca, se encontró que este grupo de mujeres tienen mayor tendencia a verse incapacitadas por más de tres días, a ser tratadas médicamente por infecciones y a presentar herpes oral y cistitis, habiéndose asociado la presencia de infecciones durante el embarazo a la presentación de abortos espontáneos en este grupo; se observó un alto riesgo de problemas congénitos en los recién nacidos hijos de mujeres de este grupo poblacional. Si bien el número de casos fue reducido, los autores exponen la posible relación entre este riesgo y la presencia de infecciones maternas ya que los leucocitos maternos infectados pueden atravesar el tejido placentario y causar una infección congénita (11).

En un análisis de la evidencia realizado por Abad *et al.*, en que fueron consideradas revisiones sistemáticas relacionadas con riesgos del embarazo y vida laboral, se estableció la existencia de riesgos asociados a factores químicos en el ambiente, a aspectos ergonómicos, a extensas jornadas laborales y esfuerzo físico, además de aquellos relacionados con factores psicosociales como la presión laboral (12). Boivin estableció un riesgo relativo de aborto espontáneo de 1,9 entre mujeres del sector sanitario que están en contacto con anestésicos, a partir de un metaanálisis realizado con base en estudios epidemiológicos (13). El contacto con fármacos antitumorales por parte de médicas y enfermeras y su asociación con malformaciones fetales fue reportado por McDonald *et al.* (14). Pompeii *et al.* en su estudio para establecer la asociación entre esfuerzo físico de la gestante y riesgo de parto pretérmino o bajo peso al nacer, encontraron que se incrementa el riesgo cuando las madres tienen trabajos que implican estar de pie 30 o más horas a la semana o parase continuamente y que laboran en horario nocturno durante el primer trimestre de gestación (15).

Algunos estudios han profundizado en los riesgos asociados a embarazos de enfermeras. Matte *et al.* (16) realizaron un estudio longitudinal con más de cuatro mil casos de neonatos hijos de enfermeras; el que la madre hubiese trabajado como enfermera en la etapa preconcepcional conlleva, en este grupo, un moderado alto riesgo de presentar al menos un problema congénito. Se hallaron riesgos significativos de presentarse problemas como espina bífida, anencefalia, coartación de la aorta, defectos del sistema genital y defectos del sistema urinario (en el estudio se controlaron las variables edad materna, consumo de alcohol y educación). En el caso de los hijos de enfermeras que estuvieron empleadas en trabajos administrativos se observó un exceso estadísticamente significativo de defectos en las extremidades. También se encontraron asociaciones entre los defectos del tubo neural y la exposición potencial a los gases anestésicos y a la radioterapia. En el caso de las enfermeras, de acuerdo con Jaakkola *et al.* (17), los riesgos de complicaciones durante la gestación se ven incrementados; la revisión sistemática realizada por estos autores con base en 40 reportes mostró que las asociaciones entre los gases anestésicos y malformaciones congénitas y entre los agentes quimioterapéuticos y el aborto espontáneo fueron moderadas y consistentes. La asociación entre el trabajo por turnos y el aborto espontáneo no fue comprobada pero sí sugestiva, basándose en datos limitados. La falta de datos sobre otros riesgos laborales en los estudios originales dificulta la atribución del riesgo de aborto espontáneo y de malformaciones congénitas a los gases anestésicos, a los agentes de quimioterapia y al trabajo por turnos. El riesgo de aborto espontáneo en asociación con exposición ocupacional a drogas neoplásicas en el primer trimestre por parte de enfermeras fue establecido por Selevan *et al.* (18).

Los riesgos psicosociales suelen ser frecuentes en el personal de enfermería. Las situaciones relacionadas con el factor “muerte y morir”, derivadas de la realidad cotidiana que deben enfrentar en su vida laboral las enfermeras y el tener que implementar procedimientos que pueden causar dolor a los pacientes, están entre los primeros generadores de estrés en los profesionales de enfermería según un estudio realizado en dos instituciones de la ciudad de Cartagena (Colombia) en que se estableció que el 33,9 % evidenció exposición al estrés en un nivel alto; otros aspectos que se relacionan en alto grado con el estrés son la carga laboral derivada de la falta de personal suficiente y la falta de tiempo para cumplir con todas las actividades que implica la labor (19). Si a esto se le añaden largas horas de trabajo doméstico, la situación se hace más compleja, llevando a un detrimento en su salud mental (20).

En un estudio realizado en Manizales (Colombia) con miembros del equipo de salud sobre su calidad de vida laboral, la alta carga laboral es señalada como un aspecto negativo en la valoración realizada, en tanto que el apoyo institucional, el clima laboral armónico, las buenas relaciones con el jefe y compañeros, resultan ser factores que se asocian a la percepción positiva de la calidad de vida laboral de médicos, enfermeras, bacteriólogos y personal técnico y auxiliar (21).

Si bien la investigación científica da cuenta de los riesgos y las situaciones que pueden afectar a las mujeres que laboran en el sector de la salud durante sus embarazos, existen aspectos como sus vivencias y sus percepciones que no se hallan reportados en la literatura y cuya pertinencia es indiscutible, entendiéndose la importancia de la comprensión de los contextos para el efectivo desarrollo de procesos de prevención. Es por esto que, atendiendo a lo anteriormente expuesto y a la importancia de incluir una mirada de género en el análisis de las realidades asociadas a la salud ocupacional de las enfermeras como grupo especialmente vulnerable a los riesgos laborales durante el embarazo, el presente estudio exploró cómo fueron las experiencias de diez enfermeras que laboran en el sector hospitalario en Bogotá durante sus embarazos. Se definió como grupo a ser abordado aquel que se desempeña en el ámbito hospitalario, por ser aquel en que las enfermeras se ven mayormente expuestas a factores de riesgo laboral durante sus embarazos. La recolección de la información se realizó entre febrero y junio de 2014. Participaron 10 enfermeras, cinco provenientes del sector privado y cinco del público, captadas mediante la estrategia de bola de nieve en que las participantes fueron refiriendo a otras compañeras. Se utilizó una entrevista semiestructurada; el análisis de contenido de las narraciones obtenidas se realizó con apoyo del software Atlas ti 7. Por ser este un estudio de riesgo mínimo (22) se utilizó un consentimiento informado de tipo escrito. Los nombres de las participantes fueron cambiados por seudónimos para preservar su privacidad.

Principales hallazgos del estudio

Caracterización de las participantes

El rango de edad de las participantes en la investigación está comprendido entre los 26 y 37 años. La totalidad de las participantes contaba durante su embarazo con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, dentro del régimen

contributivo. La tabla 2.1 permite visualizar la distribución de las participantes en cada uno de los dos grupos de acuerdo con el nivel de formación:

Tabla 2.1. Nivel de formación

Nivel de formación	Sector privado	Sector público
Pregrado	1	4
Posgrado	4	1

Fuente: datos de la investigación

Es de destacar que entre los campos de especialización de las cinco enfermeras que han realizado estudios de postgrado se encuentran oncología, radioterapia, calidad de los servicios, enfermería cardiorrespiratoria y salud ocupacional. La tabla 2.2. muestra el tipo de contratos laborales con que contaban las participantes durante el periodo en que estuvieron embarazadas.

Tabla 2.2. Tipo de contrato laboral

Tipo de contrato	Sector privado	Sector público
Término indefinido	5	2
Prestación de servicios	0	3

Fuente: datos de la investigación

Quienes laboraban en entidades privadas durante su embarazo, en su totalidad contaban con contratos laborales a término indefinido, mientras solo dos de quienes laboraban con entidades públicas poseían ese tipo de contrato. La situación de ser contratista y no contar con un contrato laboral estable la describe Julia de esta manera:

Nosotras somos contratistas, por prestación de servicios, entonces a nosotros no nos dan días compensados, inclusive cuando me fui a licencia de maternidad tuve que terminar el contrato arriesgándome a que de pronto cuando volviera no estuviera el trabajo [sic].

El área de trabajo incide en el tipo de riesgos a los que pueden verse expuestas las enfermeras en sus gestaciones. En el presente estudio las áreas de desempeño se han resumido en la tabla 2.3.

Tabla 2.3. Áreas de desempeño

Nivel	Áreas de desempeño
Sector público	<ul style="list-style-type: none"> - Urgencias (2) - Quirúrgica (1) - Sala de partos/neonatología (1) - Pediatría
Sector privado	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado paliativo (1) - Oncología (3) - Hospitalizaciones (1)

Fuente: datos de la investigación

Al observar las áreas de desempeño de las participantes durante sus embarazos se establece que sus actividades profesionales están entre aquellas que pueden generar una alta vulnerabilidad durante la gestación, por cuanto sus ámbitos de acción las pueden exponer a factores de riesgo físico como las radiaciones y factores de riesgo químico, biológico y ergonómico, relacionados estos últimos con posturas y movimientos inadecuados que traen como consecuencia fatiga física, sobre esfuerzo y lesiones osteomusculares, adicional a la extensa carga de trabajo que representan los servicios de urgencias.

En la tabla 2.4. se consignan datos relativos a la salud sexual y reproductiva de las participantes que dan cuenta de aspectos como la paridad, el número de abortos previos y las condiciones del último embarazo.

Tabla 2.4. Salud sexual y reproductiva

Nivel	Valores de referencia	Número de participantes
Número de hijos	1	5
	2	5

Número de gestaciones	1	2
	2	7
	4	1
Abortos	0	8
	1	1
	2	1
Asistió a controles prenatales	Sí	10
	No	0
Complicaciones en el embarazo	Sí	6
	No	4
Semanas de gestación (última gestación)	33	1
	37	5
	38	4
	40	1
Embarazo planeado	Sí	9
	No	1

Fuente: datos de la investigación

Con respecto a su paridad se puede decir que al momento de sus embarazos las participantes contaban con máximo dos hijos. Las participantes asistieron en su totalidad a control prenatal, lo cual habla de que en este grupo estuvo presente el autocuidado durante la gestación. La mayor parte de las participantes informaron que sus embarazos fueron deseados aunque en un caso no estaba planeada la gestación para ese momento; nueve de los diez embarazos fueron a término. Nótese que dos de las diez participantes han tenido abortos. De igual modo, seis de ellas mostraron complicaciones en su último embarazo, aspecto que resulta inquietante en un grupo de diez mujeres y que llevó a las investigadoras a explorar desde la perspectiva de estas participantes los riesgos experimentados en su vida laboral.

Veamos los seis casos que presentaron complicaciones y situaciones de exposición al riesgo durante su gestación (tabla 2.5.)

Tabla 2.5. Complicaciones durante el embarazo y exposición al riesgo descritas por las enfermeras

Seudónimo	Edad en la gestación	Complicaciones	Exposición al riesgo
Laura	36	- Diabetes gestacional - Preeclampsia	- Riesgo psicosocial: estrés
Julia	30	- Diabetes gestacional - Hipotiroidismo - Restricción del crecimiento intrauterino	- Riesgo psicosocial: estrés
Milena	29	Amenaza de parto pretérmino	- Riesgo psicosocial: estrés, alta carga laboral; manejo pacientes psiquiátricos - Riesgo ergonómico: movilización de camillas; movilización carro de medicamentos - Riesgos biológicos: contacto con varicela, virus sincitial-respiratorios - Accidentes: golpe en el vientre con una camilla
Esperanza	31	Hematoma retrocoriónico	- Riesgos ergonómicos: movilización de camillas. - Riesgos psicosociales: manejo de pacientes psiquiátricos
Sandra	33	Diabetes gestacional	- Riesgo psicosocial: carga laboral alta; estrés - Riesgo biológico: contacto con pacientes con TBC - Riesgo ergonómico: agotamiento físico.
Diana	26	- Hiperémesis gravídica - Amenaza de parto pretérmino	- Riesgos químicos: suministro de quimioterapia y de yodoterapia - Riesgo psicosocial: estrés por temor a perder el trabajo (incapacidades repetidas) y ambiente laboral "pesado".

Fuente: datos de la investigación

Como se observa en la tabla 2.5., en tres casos se presentó diabetes gestacional (en uno de estos se presentó también preeclampsia y en otro restricción del crecimiento intrauterino y placenta baja) mientras en dos casos se refirió amenaza de parto pretérmino y en uno hematoma retrocoriónico; en todos los casos en que se presentaron complicaciones las enfermeras relataron haber estado enfrentadas a riesgos psicosociales. De acuerdo con Marrero *et al.* (23) los trabajos que implican alta tensión laboral pueden implicar riesgos para bajo peso al nacer y para un mayor número de complicaciones durante el embarazo en que, si bien poseen una causa biológica ampliamente estudiada y comprobada, no se puede dejar de lado el papel que tienen en estas interacciones los factores psicosociales y la incidencia del trabajo en los mismos “debido a que existen diferentes factores de riesgo para ambos procesos cuya contribución aún no es clara debido a la incidencia de múltiples factores relacionados entre sí” (p. 875). Se ha descrito que el estrés por parte de la madre, en situaciones percibidas por ella como aversivas o amenazantes, se correlaciona con trastornos en los infantes tales como malformaciones congénitas, disminución del peso al nacer, menor tiempo de gestación, así como alteraciones neuroendocrinas, del neurodesarrollo y comportamentales (24). Se observan de igual modo, riesgos ergonómicos, biológicos y químicos que según lo expuesto por autores cuyos trabajos fueron revisados poseen implicaciones sobre la salud durante la gestación (11-12).

Riesgos laborales durante sus embarazos

En cuanto a los riesgos laborales a los cuales estuvieron expuestas en sus embarazos, las participantes dan cuenta, en primer lugar, de aspectos que afectaron su estabilidad psicosocial, como problemas de tipo laboral; estrés por alta demanda de labores de carácter administrativo; ambiente laboral “pesado”; responsabilidades de tipo académico por cumplir y exceso de carga laboral.

Silvia, comenta lo siguiente: “Durante el embarazo la carga laboral sigue y continúa siendo muy estresante”. Sandra menciona que no rendir igual en el trabajo fue para ella motivo de preocupación:

Sentía frustración de que trataba de hacer todo pero no me rendía y yo lo atribuía al embarazo ya que anteriormente no me pasaba lo mismo, cuando no estaba embarazada [sic].

A las situaciones del diario vivir de una enfermera que labora en el área hospitalaria, se sumaron para algunas participantes las complicaciones de sus embarazos que crearon una sensación de zozobra permanente. Diana tuvo un embarazo difícil, estuvo incapacitada en varias ocasiones y ello causó conflictos en su vida laboral:

Tuve una amenaza de parto pretérmino, por lo cual estuve incapacitada (...) Lo más difícil de todo fue mi estado de salud, el poco apoyo de mis compañeros, el hecho de tener que estar presentando una incapacidad y que todos lo miren a uno como si fuera un problema [sic].

El tener un embarazo de alto riesgo afectó el estado emocional de Julia: “Obviamente, con la diabetes me preocupé bastante, por la restricción que hizo mi bebé secundario a eso” [sic].

Es de destacar que la alegría que da la expectativa de tener un hijo se ve empañada en las gestantes de alto riesgo por la preocupación relacionada con los peligros generados por su gestación y los cambios causados por la misma (25).

Además de situaciones de riesgo psicosocial como las descritas, las enfermeras se refirieron a los riesgos químicos asociados a su actividad, dentro de los cuales se destacan el suministro de yodoterapia y quimioterapias donde se manipulan medicamentos citotáticos que se caracterizan por su peligro toxicológico y propiedades mutagénicas, carcinogénicas, teratogénicas (26) así como a factores de riesgo biológico por la exposición a bacterias y a virus los cuales que pueden desencadenar enfermedades infectocontagiosas, como la varicela, que pueden causar anomalías congénitas (11, 27). En algunos lugares de trabajo no se hicieron ajustes relacionados con la actividad de las enfermeras a pesar de los riesgos de la misma para el embarazo. Diana tenía entre sus labores a cargo el suministro de quimioterapias; comenta que no se hicieron cambios en su puesto de trabajo:

Cuando se supo lo del embarazo, no me cambiaron de servicio ni se tomó alguna medida en particular. Igual yo me rehusé en algunas ocasiones a administrar quimioterapias, porque una vez llegó el oncólogo acá y me dijo ¡No! ¡Usted qué hace administrando medicamentos! [sic].

Silvia manifiesta que estuvo expuesta a diversos tipos de riesgos: “Varicela, rayos X, meningitis, factor biológico, pacientes aislados, contaminados con las diferentes enfermedades”.

Sandra describe así los riesgos a que estuvo expuesta en el servicio de urgencias:

El que prima es el riesgo con los pacientes que tienen aislamiento respiratorio, con TBC positiva ya diagnosticados en tratamiento y que tuve que tener a cargo mío.

Los riesgos de tipo ergonómico también fueron frecuentes, de acuerdo con los relatos de las participantes: largas jornadas laborales, esfuerzo físico, permanecer de pie, estar en posibilidad de sufrir accidentes y enfrentarse a pacientes agresivos. Esperanza describe así los riesgos a los que se vio enfrentada en el servicio de urgencias donde labora:

Jornadas de trabajo largo, sobre todo las de fines de semana, movilización de camillas, pacientes de psiquiatría, el riesgo de pacientes agresivos y pues el estrés que se maneja en urgencias; estar mucho tiempo de pie, estar todo el tiempo pendiente de una cantidad de papeleo, así tú no lo sientas, tú estás estresado todo el tiempo en el turno [sic].

La fatiga y el peso del bebé en el último trimestre, si bien hacen parte del curso de cualquier embarazo, pueden dificultar algunas actividades laborales, tal como lo menciona Milena: “el peso del bebé en el último trimestre, dificulta la movilización”.

En algunos casos entre las enfermeras embarazadas se presentó edema en miembros inferiores o lumbalgia. Veamos las manifestaciones presentadas (tabla 2.6.):

Tabla 2.6. Signos y síntomas de edema y lumbalgia durante el embarazo

Seudónimo	Manifestaciones
Catalina	Edema en miembros inferiores al terminar la jornada
Inés	Edema en los pies y en las manos
Juanita	Lumbalgia y edema de miembros inferiores

Fuente: datos de la investigación

Cómo se cuidaron durante sus embarazos

Las participantes en el estudio implementaron medidas de bioseguridad y buscaron protegerse de los diferentes riesgos implicados en su actividad laboral. Con respecto

a las quimioterapias y radioterapias, evitaron suministrarlas a los pacientes o disminuyeron su exposición a las mismas, tal como lo relata Catalina:

Quando estaba acá, en la sala de quimioterapia, pues trataba de no poner mucha quimio, si colocaba, obviamente con todos los elementos de protección que siempre usamos [sic].

El distanciarse de situaciones de riesgo biológico que pudiesen afectarlas fue otro de los aspectos que pusieron en práctica las enfermeras durante sus gestaciones. Inés trabaja en el área de cuidados paliativos y está en contacto permanente con pacientes inmunosuprimidos. Para ella fue muy importante evitar hacer visitas domiciliarias: “No asistir a las visitas domiciliarias en el último trimestre, no podía estar a la habitación del paciente que fallecía”.

El autocuidado físico mediante la implementación de ejercicios, así como acciones para minimizar el edema y para disminuir el cansancio son descritos por varias participantes, como lo hace Catalina: “Eleva los pies para disminuir el cansancio y la inflamación de los pies”.

Un aspecto crucial que ayudó a las enfermeras a cuidarse y a aislarse de situaciones de riesgo en el ejercicio de sus actividades laborales fue el apoyo de sus compañeros de trabajo. A Milena sus compañeros la apoyaron en actividades relacionadas con el suministro de medicamentos: “Me apoyaban en la movilización de carro de medicamentos y en la administración de medicamentos”.

El soporte institucional fue determinante para la vivencia de una vida laboral armónica durante sus embarazos y las participantes que tuvieron esa posibilidad destacaron aspectos como cambios en su rutina de trabajo para minimizar riesgos, posibilidad de un manejo flexible del tiempo, contar con reemplazos para la realización de labores de mayor riesgo, contar con condiciones favorables para asistir a controles médicos, laborar en un ambiente de trabajo tranquilo y contar con disponibilidad de elementos de bioseguridad. Por ejemplo, el cambio de actividad en su vida laboral fue favorable para Juanita: “Pasé a una labor mucho más administrativa que no representaba una exigencia tal como sucedía en piso”.

Laura destaca como algo que le facilitó su experiencia la autonomía con que pudo manejar el tiempo en su vida laboral: “La libertad de programarme las diferentes funciones, de agendar y atender a los pacientes en los horarios que más me convengan”.

Como un aspecto positivo para su autocuidado, Sandra se refiere a la disponibilidad de elementos de bioseguridad:

A nivel de la institución, ellos proporcionan todos los elementos de bioseguridad: guantes, tapabocas opcional, tapabocas de alta eficiencia cuando hay pacientes con TBC, monogafas, entonces todo lo tenemos [sic].

La noticia del embarazo en su medio laboral

Respecto a las reacciones que suscitó la noticia de su embarazo, en sus respectivos lugares de trabajo, se observa que conocer esta situación causa por lo general impacto en los servicios, especialmente por la necesidad de encontrar quién cubra el cargo durante la licencia de maternidad. Veamos la narración de Diana, quien trabaja en una entidad privada:

No lo conté ahí mismo a mi jefe inmediato; pues no gustó mucho porque pues, a veces aquí estar embarazada implica como “¡Ah!, vamos a tener que conseguir a alguien” [sic].

Julia trabaja en un hospital público y describe así su experiencia

Yo informé en el trabajo a mis jefes acerca del embarazo; yo me imagino que ellos sienten su alegría, pero a la vez tienen su inconformidad porque tienen que empezar a buscar la persona que lo reemplace a uno, que cuente con la experiencia [sic].

Conciliación de la vida familiar y laboral

Las cargas familiar y laboral afectan la calidad de vida de las enfermeras (20). Para una mujer trabajadora el apoyo de su familia en la vida del hogar es un aspecto crucial que se hace aún más definitivo durante el embarazo. En algunos casos, las participantes se refieren a las implicaciones de la doble jornada durante sus embarazos. Veamos esta narración de Sandra, que trabajaba en el servicio de urgencias, para quien el agotamiento físico se hacía excesivo al tener que cumplir con actividades del hogar, luego de su jornada laboral:

El cansancio ya al final por el peso (...) A veces termina uno el turno exhausto y ya no quiere uno hacer absolutamente nada y llega uno a la casa a hacer otras cosas y ese era el cansancio que uno sentía.

En otros casos, por el contrario, el contar con sus familias disminuyó tensiones y facilitó el enfrentamiento de la vida laboral. A Catalina, tanto su pareja como su madre le brindaron el apoyo necesario:

En la casa me ayudaba mi esposo; mis hijos los cuidaba mi mamá, entonces ella en el día estaba pendiente. Mi esposo se puso muy contento, tenía todo el apoyo de él [sic].

Señalan Maganto *et al.* (28) que “en el medio familiar se asientan las bases de los principios igualitarios que en un futuro se trasladarán al mundo sociolaboral y a la futura familia” (p. 69). Los avances de la investigación favorecen el cambio de los modos como se distribuye, contribuye y logran acuerdos entre los miembros de la familia para la organización del trabajo familiar cotidiano dentro de una perspectiva de igualdad de género. El apoyo institucional para el ejercicio de la corresponsabilidad familiar repercute favorablemente en la satisfacción laboral (29). De acuerdo con Gil-Monte, empleos en que es excesiva la carga laboral, con horarios variables o impredecibles, sin considerar las necesidades personales del trabajador, “pueden provocar conflictos en la vida profesional y privada del trabajador, con efectos perjudiciales para su salud” (p. 239) (30). En la actualidad, hay disponible evidencia suficiente para asumir que la carga laboral y las responsabilidades familiares se relacionan de manera positiva con el conflicto familia-trabajo (31).

Qué se recomienda para minimizar riesgos laborales

Al preguntar a las participantes sobre lo que recomiendan a las enfermeras que laboran en el sector hospitalario para minimizar los riesgos laborales en el embarazo, surgen varias acciones que se resumen de la siguiente manera: conocer sus derechos y deberes laborales; informar oportunamente a sus empleadores que están embarazadas; limitar sus funciones a aquellas que no generen riesgos; sugerir cambios que se adapten a sus necesidades como trabajadoras embarazadas; tomar conciencia del propio estado de salud y practicar el autocuidado. Este es el punto de vista de Sandra:

Cuando uno se quiere embarazar, están manejando ahora una asesoría preconcepcional, sería muy bueno que uno antes de embarazarse buscara esa asesoría, mirar qué factores de riesgo tiene su trabajo para poder evitarlos antes de embarazarse (...) Conocer cuáles son sus derechos y deberes como empleadas, a donde se pueden dirigir en caso de tener un accidente laboral y que sus superiores sepan que están en embarazo (...) hay personas que se han sentido coartadas en esa parte y han tenido que seguir haciendo actividades que no deberían estar haciendo, pero me parecería que por el área de talento humano o salud ocupacional que puedan brindar una orientación [sic].

Por su parte, Julia, recomienda “Primero, realizarse los controles prenatales, segundo la utilización de elementos protectores; usar medidas que favorezcan el desempeño en el trabajo, no indisponerse” [sic].

Es imperioso, según lo expone Zapata (32) llevar a una consciencia de las implicaciones que tienen los roles desempeñados por las enfermeras en condiciones deficitarias y exigir que sus circunstancias laborales sean evaluadas, así como el impacto de las mismas en su salud y en el rendimiento para buscar el “ejercicio eficiente de la enfermera como sujeto de derecho y respeto por el valor intrínseco de su vida en la organización” (p. 42).

Es de notar que en Colombia se creó en 2013 el Programa nacional de equidad laboral con enfoque diferencial de género del Ministerio de Trabajo con el fin de prevenir y erradicar “todas las formas de discriminación, inequidad y violencia contra las mujeres en su lugar de trabajo y la promoción de su participación en el mercado laboral” (p. 2). La sensibilización y capacitación a las entidades empleadoras para cumplir las disposiciones relacionadas con las condiciones de las mujeres en el ámbito laboral es uno de los objetivos del programa donde es prioritaria la protección de las trabajadoras en estado de embarazo (33).

Discusión

Las experiencias laborales durante sus embarazos de las diez enfermeras que participaron del presente estudio fueron complejas y dejaron cuestionamientos acerca de la calidad de vida laboral de las enfermeras hospitalarias durante sus gestaciones. Estas profesionales se vieron enfrentadas, en varios casos, a embarazos de alto riesgo, aspecto que afecta significativamente su calidad de vida personal y laboral y que además las pone en peligro de muerte.

El ámbito hospitalario, tal cual lo describe la literatura científica, constituye un escenario que puede llevar a una alta vulnerabilidad de las trabajadoras de la salud durante sus embarazos, no solo por los múltiples riesgos biológicos y químicos, presentes en el ambiente, sino por los riesgos psicosociales derivados del estrés y las jornadas laborales extenuantes (12 y 17) . Los riesgos psicosociales fueron reportados por un buen número de participantes quienes experimentaron en su diario vivir laboral situaciones de estrés y de agotamiento emocional y físico lo que se asocia con una especial vulnerabilidad en el embarazo (23-24, 34). A pesar de la implementación de normas de bioseguridad, en varios casos las enfermeras estuvieron enfrentadas a situaciones de riesgo químico y biológico en el desempeño de sus trabajos (16-17). Las participantes informaron sobre riesgos ergonómicos asociados a las funciones ejecutadas, en especial al movimiento de cargas, bien sea para la movilización de pacientes o de los carros de medicamentos; de acuerdo con Castro *et al.* (35) las consecuencias de tipo osteomuscular son estudiadas de manera frecuente en relación con el embarazo; las malas posturas o la postura que se implementa por mucho tiempo y el manejo de cargas causan este tipo de patologías.

Lo anterior nos lleva a pensar que en el medio hospitalario aún no se tiene conciencia de las implicaciones de los riesgos laborales presentes en este ámbito sobre la salud de las gestantes trabajadoras y de sus hijos por nacer, lo que representa una paradoja al tratarse del contexto de la salud. Se requiere, por tanto, generar cambios significativos en lo relacionado con la protección de la maternidad en ese contexto, que se sustenten en la normativa vigente y se acompañen de la instauración de nuevos paradigmas en lo relativo a la igualdad y equidad de género en el medio laboral.

Como lo expone Goyes (36) a pesar de las normas existentes en Colombia en torno a la protección de las mujeres y sus embarazos en el ámbito laboral aún es amplia la distancia entre la normatividad y la vida cotidiana, dada la persistencia de la cultura patriarcal. El Programa nacional de equidad laboral con enfoque diferencial de género (33) tiene en el contexto de la salud y de los empleadores en este campo una importante misión por cumplir.

Algunos aspectos ayudaron a las enfermeras a disminuir riesgos y favorecieron la vivencia de una experiencia laboral armónica, de acuerdo con sus narrativas: como primera medida, se menciona el apoyo de aquellas instituciones que permitieron ajustes en sus actividades para protegerlas de riesgos en sus embarazos y, en segundo lugar, la colaboración de sus compañeros de trabajo. Como bien lo establecieron Cañón y Galeano (21) el apoyo de los empleadores resulta ser un factor

determinante de la calidad de vida laboral en personas que trabajan en el ámbito de la salud.

De otra parte, las participantes minimizaron los riesgos de tipo químico y biológico poniendo en práctica medidas de bioseguridad y limitando el desempeño de labores de riesgo. Igualmente, pusieron en práctica estrategias de autocuidado como el ejercicio y el descanso con fin de reducir edemas y lumbalgias que fueron relativamente frecuentes en ellas. En cuanto a la conciliación de su vida personal con su vida laboral, la posibilidad de contar con soporte de parte de sus parejas y con apoyo de miembros de su familia fue definitiva, a pesar de lo cual la doble jornada laboral que vivieron varias de ellas en sus embarazos requiere ser cuestionada. Como lo expone Alex (34) constituye un dilema frecuente entre las enfermeras que laboran en el ámbito clínico hallarse en edad reproductiva y tener que encontrar un equilibrio entre su trabajo y su vida familiar y entre el servicio a los demás y su propia seguridad.

Conclusiones y recomendaciones

Ser enfermeras hospitalarias y estar en situación de embarazo, para las participantes en este estudio, implica estar expuestas constantemente a riesgos psicosociales, biológicos, químicos y ergonómicos de diversa índole dadas las circunstancias propias de su labor. Frente a esta realidad, las participantes encuentran como alternativas generar ajustes en las funciones a ser desempeñadas durante la etapa del embarazo, para minimizar riesgos, así como poner en práctica acciones de autocuidado que incluyen la implementación de estrategias de bioseguridad. Al observar que en un buen número de casos los últimos embarazos de las entrevistadas fueron de alto riesgo, resulta decisivo que se presenta una seria afectación de su calidad de vida durante sus gestaciones.

No todas las entidades favorecieron la protección de los embarazos de las enfermeras consultadas. Con miras a generar cambios en esta situación, resulta imperioso el trabajo gremial en torno al mejoramiento de las condiciones laborales de las enfermeras hospitalarias, orientado a generar, con apoyo del Estado, transformaciones estructurales que repercutan de manera positiva en el mejoramiento de su calidad de vida laboral y en la protección de sus embarazos. Se requiere continuar, desde las organizaciones de enfermería, generando una reflexión en el país en torno a las condiciones laborales de las y los profesionales de la disciplina en Colombia, destacando la protección del embarazo y la maternidad como aspectos de importancia crucial en relación con los derechos laborales de las enfermeras. Es imperioso

considerar de manera especial a aquellas profesionales de enfermería que trabajan en el ámbito hospitalario, con el fin de incidir en la generación de lineamientos políticos y normativos especiales, acorde con la actividad laboral que desempeñan. De igual modo, resulta determinante incluir una mirada de género y de derechos en el análisis de la problemática laboral de las enfermeras que trabajan en el ámbito hospitalario, destacando la importancia de conciliar la vida laboral y personal. Se requiere de políticas públicas que intervengan decididamente para transformar la situación de las mujeres trabajadoras, con miras a fortalecer la corresponsabilidad entre mujeres y hombres, lo que implica una mayor participación de los varones en el embarazo y en la vida familiar.

Es importante continuar insistiendo, desde los programas de salud laboral, en la necesidad de que las organizaciones y entidades de salud implementen estrategias de prevención de riesgos laborales destinados a las enfermeras gestantes y otras trabajadoras de la salud que prestan servicios en instituciones hospitalarias. De igual manera, es imperativo fomentar y estimular las buenas prácticas laborales en torno al cuidado del embarazo en las enfermeras y otras trabajadoras de la salud y propender por la aplicación de las políticas y normativas creadas al respecto de la protección a las mujeres trabajadoras por el Estado colombiano.

Los resultados de este estudio sugieren la necesidad de realizar investigación epidemiológica sobre la posible relación entre exposición a riesgos laborales y complicaciones del embarazo en enfermeras hospitalarias que permita conocer las dimensiones de la problemática y la incidencia de los diferentes factores de riesgo. De igual modo, es imperioso reconocer y estudiar a profundidad los riesgos laborales de tipo psicosocial en las experiencias de enfermeras que laboran en el ámbito hospitalario durante sus embarazos.

Agradecimientos

A las participantes por sus valiosos aportes al estudio realizado. A las estudiantes de la promoción 2014-II de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque que apoyaron el desarrollo de este trabajo.

Referencias bibliográficas

1. González MF. Salud laboral y género. Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales.

- Med Segur Trab [Internet] 2011 [citado 13 junio 2016];57:89-114. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion5.pdf>
2. Gómez V, Jiménez A. Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. Polis Revista Latinoamericana [internet] 2015 mayo [citado 11 junio 2016];14(40):377-96. Disponible en: <http://polis.revues.org/10784>
 3. Organización Internacional del Trabajo- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y ONU Mujeres. Trabajo decente e igualdad de Género [internet] 2013 mayo [citado 28 octubre 2017] Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@sro-santiago/documents/publication/wcms_233161.pdf
 4. Casas L, Valenzuela E. Protección a la maternidad: una historia de tensiones entre los derechos de infancia y los derechos de las trabajadoras. Revista de derecho (Valdivia) [internet] 2012 julio [citado 30 de mayo de 2016];25(1):77-101. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502012000100004&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-09502012000100004
 5. Delgado N, Aguado D, Casado M. Embarazo, trabajo y salud laboral. MC Salud Laboral. 2011;18:13-5.
 6. Organización Internacional del Trabajo- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Trabajo y familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social [internet] 2009 [citado 28 octubre de 2017]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_111376.pdf
 7. Salihu HM, Myers J, August EM. Pregnancy in the workplace. Occupational Medicine 2012;62(2):88-97.
 8. Cortes de Téllez R, Ramírez AL, Restrepo MP, Vargas BC. Declaración del Consejo Técnico Nacional de Enfermería sobre el deterioro de las condiciones laborales del profesional de enfermería en Colombia. Actual enferm. 2010;13(3):27-35.
 9. Cortés-Flores Ana Olivia, Fuentes-Orozco Clotilde, López-Ramírez María Karina Lizbeth, Velázquez-Ramírez Gabriela Abigail, Fariás-Llamas Oscar Alejandro, Olivares-Becerra Juan José *et al.* Medicina académica y género: La mujer en especialidades quirúrgicas. Gac. Méd. Méx [Internet]. 2005 Ago [citado 31 enero 2015] ; 141(4): 341-344. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000400016&lng=es.

10. Williams PM, Fletcher S. Health effects of prenatal radiation exposure. *Am Fam Physician*. 2010 1;82(5):488-93.
11. Morales-Suárez-Varela M, Kaerlev L, Zhu J, Llopis-González A, Nohr E. *et al*. Risk of Infection and adverse outcomes among pregnant working women in selected occupational groups: A study in the Danish National Birth Cohort. *Environmental Health*, 2010 nov;9(1):70.
12. Abad MA, Aramburu C. Síntesis de la evidencia científica relativa a los riesgos laborales en trabajadoras embarazadas (periodo 2000-2010). Madrid: Departamento de Investigación e Información. INSHT [sitio Web] 2011 [citado 20 de julio de 2015] 81 p. Disponible en: http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Sintesis_evidencia_cientifica_%20trab_%20embarazadas.pdf
13. Boivin JF. Risk of spontaneous abortion in women occupationally exposed to anaesthetic gases: a meta-analysis. *Occup Environ Med* 1997 Aug; 54(8): 541-8.
14. McDonald AD, McDonald JC, Armstrong B, Cherry N, Delorme C, D-Nolin A, *et al*. Occupation and pregnancy outcome. *Br J Ind Med* 1987;44(8):521-6.
15. Pompeii LA, Savitz DA, Evenson KR, Rogers B, McMahan M. Physical exertion at work and the risk of preterm delivery and small-for-gestational-age birth. *Obstet Gynecol* 2005 dic;106(6):1279-88.
16. Matte TD, Mulinare J, Erickson JD. Case-control study of congenital defects and parental employment in health care. *Am J Ind Med*. 1993 julio;24(1):11-23.
17. Quansah R, Jaakkola JJ. Occupational exposures and adverse pregnancy outcomes among nurses: a systematic review and meta-analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Oct;19(10):1851-62.
18. Selevan SG, Lindbohm ML, Hornung RW, Hemminki K. A study of occupational exposure to antineoplastic drugs and fetal loss in nurses. *N Engl J Med* 1985 nov;313(19):1173-8.
19. Castillo I, Torres N, Ahumada A, Cárdenas K, Licona Sh. Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 2014 enero;30(1):34-43.
20. Rotenberg L, Silva-Costa A, Griep RH. Mental health and poor recovery in female nursing workers: a contribution to the study of gender inequities. *Rev Panam Salud Pública*. 2014 mar;35(3):179-85.
21. Cañón Buitrago, SC; Galeano Martínez, G. Factores laborales psicosociales y calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud de Assbasalud E.S.E Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina (Col)*, 2011;11(2):114-26.

22. Resolución 008430, Ministerio de salud de Colombia. (Octubre, 1993).
23. Marrero Santos ML, Román Hernández JJ, Salomón Avich N. Estrés psicosocial laboral como factor de riesgo para las complicaciones de la gestación y el bajo peso al nacer. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet] 2013 [consultado 28 febrero 2016];39(Suppl 1):864-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662013000500006&script=sci_arttext
24. Pinto-Dussan MC, Aguilar-Mejía O, Gómez-Rojas JD. Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades cognitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana. *Univ. Psychol*, 2010;9(3):749-59.
25. Lafaurie MM, Castañeda K, Castro DM, Laverde DM, Balaguera IY, López M *et al.* Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. *Rev. Col. Enf.*, 2011;6(6):15-28.
26. Viñeta M, Gallego MJ, Villanueva GP. Manejo de citostáticos y salud reproductiva: revisión bibliográfica. *Med. Secur. Trab.*, 2013;59(33):426-43.
27. Wicker S. Viral infections, occupational risk for pregnant health-care personnel? *Procedia in Vaccinology*, 2012;6:156-8.
28. Maganto JM, Etxeberria J, Porcel A. (2010). La corresponsabilidad entre los miembros de la familia, como factor de conciliación. *Education Siglo XXI*, 2010;28(1):69-84.
29. Besarez F, Jiménez A, Riquelme E. Apoyo organizacional hacia la familia, corresponsabilidad y satisfacción laboral según tipo de políticas organizacionales de equilibrio trabajo-familia. *Trab. Soc.* 2014;23:526-35.
30. Gil-Monte P. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 2012;29(2):237-41.
31. Tapia Ballesteros P, Saracosti Schwartzman M, Castillo Cárdenas L. Balance entre familia y trabajo: Un análisis comparativo de Chile y España desde una Normativa Internacional hacia Regulaciones Laborales. *Revista Ius et Praxis* [Internet] 2016 [citado 22 noviembre 2016];22(1):493-526 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/iusetp/v22n1/art14.pdf>
32. Zapata Silva I. Implicancias de los riesgos laborales percibidos por las enfermeras en el valor concedido al cuidado y al cuidador en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2016. *Revista científica Ciencias de la Salud* [Revista en Internet] 2016 agosto [citado 20 noviembre 2016];9(1):37-43. Disponible en: http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/545/568

33. República de Colombia. Ministerio de Trabajo. Marco normativo aplicable al Programa Nacional de Equidad Laboral con Enfoque Diferencial de Género (PEL), [Internet] 2012 [consultado 28 octubre 2017] Disponible en: http://www.ridsso.com/documentos/muro/207_1436305375_559c47df21d49.pdf
34. Alex, MR. Occupational Hazards for Pregnant Nurses. *AJN*, 2011;11(1):28-37.
35. Castro J, Garcés CA, Zabala M. Embarazo y condiciones de riesgo ergonómico en los ambientes laborales. [Trabajo de grado Especialización en Medicina del Trabajo y Laboral] 2009. [citado 03 septiembre 2017]. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1059/1/Embarazo%20condiciones%20riesgo%20ergonomico%281%29.pdf>
36. Goyes I. Mujer, maternidad y trabajo en Colombia. Universidad de Nariño. [Internet] 2012 [Consultado 20 febrero 2015]. Disponible en: <http://ciesju.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2012/12/Mujermaternidad-y-trabajo-en-Colombia.pdf>

Políticas internacionales y normatividad colombiana que favorecen la educación en sexualidad y prevención de la maternidad y paternidad en adolescentes

Blanca Cecilia Vanegas⁴, Marcela Pabón⁵ y Rita Cecilia Plata⁶

Resumen

Este capítulo presenta los resultados de un estudio documental realizado con el propósito de profundizar en el conocimiento de las políticas internacionales y la normatividad colombiana existentes que favorecen la educación en sexualidad y la prevención de la maternidad y paternidad en la adolescencia, establecidas a partir de la década de 1990 hasta el 2015. Se consultaron documentos de política en organismos internacionales que han liderado eventos mundiales o regionales, en los que se establecieron acuerdos y parámetros a seguir, acerca de la temática fijada para este

4 Enfermera. Especialista en Educación Sexual y en Enfermería Perinatal. Profesora titular, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: vanegasblanca@unbosque.edu.co

5 Médica. Especialista en Psiquiatría y en Docencia Universitaria. Profesora asociada, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: pabonmarcela@unbosque.edu.co

6 Enfermera. Magíster en Salud Sexual y Reproductiva. Magister en Psicología Comunitaria. Especialista en Docencia Universitaria. Decana, Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: platarita@unbosque.edu.co

estudio. También se consultaron entidades del Estado colombiano que establecen leyes, decretos o resoluciones en el tema. Del análisis de la información recogida sobre las políticas internacionales y la normatividad colombiana surgió una categoría sobresaliente que da relevancia a los derechos humanos y a los derechos sexuales y reproductivos, enfatizando en el respeto y protección de los derechos de la mujer y de la población adolescente.

Se hace énfasis en la importancia de una visión integral de la sexualidad; el fomento de la autonomía en la toma de decisiones para un manejo responsable de la sexualidad; la equidad de género, formación en valores, los conocimientos sobre reproducción humana y protección anticonceptiva, como aspectos esenciales para la educación en sexualidad. Estos resultados pueden ser considerados como pilar fundamental, en acciones de promoción y prevención para contribuir en la solución de esta importante problemática.

Palabras clave: *adolescencia y embarazo; políticas y adolescencia; políticas y sexualidad, políticas y educación sexual.*

Abstract

This chapter presents the results of a documentary review that was done in order to deepen the knowledge of international policies and existing Colombian law that promote sexual education and prevention of motherhood and fatherhood in adolescence, established from the 90s until 2015. International organizations that led global or regional events were consulted, in which agreements and parameters were established on the subject of this study. Colombian state entities that establish laws, decrees or resolutions on the subject were also consulted. From the analysis of the information collected, on international policies and Colombian law, arose an outstanding category that gives relevance to human rights and sexual and reproductive rights, emphasizing on the respect and protection of the women rights and adolescent population. It emphasizes the importance of an integral vision of sexuality; promoting autonomy in decision-making for responsible management of sexuality; gender equality, education in values, knowledge about human reproduction and contraceptive protection, as essential aspects for sexuality education. These results can be considered as a fundamental pillar in promotion and prevention to help in solving this important issue.

Keywords: *adolescence and pregnancy; policies and adolescence; policies and sexuality, policies and sexual education.*

Introducción

En diversos países del mundo, durante las últimas décadas, la maternidad y paternidad en adolescentes se han convertido en motivo de preocupación, por ser eventos que cada vez ocurren con mayor frecuencia y en edades más tempranas. Esta situación ocasiona muchas veces consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que afectan a la joven madre y a su hijo o hija, a la pareja y con frecuencia a la familia y a la sociedad.

Al respecto, las Naciones Unidas afirman que “casi una cuarta parte de las jóvenes entre 15 y 24 años han sido madres antes de los 20 años de edad”. (p. 76) (1). En Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, realizada por Profamilia, si bien el embarazo en adolescentes se redujo en 2 puntos con respecto a la Encuesta del 2010 (de 19,5 % a 17,4 %) se confirma un inicio más temprano del rol reproductivo (2). Esta organización señala que

el porcentaje de adolescentes, mujeres y hombres, de 15 a 19 años que ha tenido un hijo o hija confirma el inicio más temprano del rol reproductivo en las mujeres que en los hombres. El 13,6 % de las mujeres y el 1,5 % de los hombres de 15 a 19 años ha tenido un hijo o hija (p. 41) (2).

La maternidad y paternidad en la adolescencia, a menudo genera una serie de situaciones psicosociales desfavorables, tales como el abandono de los estudios y el inicio de una vida laboral sin la debida preparación para ello. Esto puede llevar a bajos ingresos y a condiciones de desventaja social, perpetuando así un círculo de pobreza difícil de superar.

Por otra parte, en un estudio realizado por Vanegas *et al.* se encontró que para

los participantes hombres, la paternidad en esta etapa es asumida como un error: se consideran muy jóvenes, aún inmaduros, inexpertos y sin la debida preparación para enfrentar esta situación, además vislumbran problemas familiares, dificultades económicas y el abandono de sus estudios (p. 112) (3).

Un informe elaborado por la Universidad de Los Andes, en Colombia, señala que las consecuencias del embarazo en la población adolescente se traducen en constantes sociales y económicas que retrasan el desarrollo de nuestro País: repetición de los ciclos de pobreza, deserción o dificultades para continuar en el sistema educativo, baja productividad e ingreso temprano a la vida laboral (p. 1) (4) [sic].

Ante el problema que genera la maternidad y paternidad en la adolescencia, entidades y organizaciones nacionales e internacionales, en las últimas décadas han originado acuerdos, políticas, proyectos y programas para su prevención y atención.

En cuanto a las políticas, es importante reconocer que antes de 1990, el interés se centró en la disminución del crecimiento demográfico. A partir de esta década se empezaron a incluir otros temas, relacionados con la educación en sexualidad y la problemática del embarazo en adolescentes, con diversos enfoques que progresivamente fueron adquiriendo una visión más integral y señalando la participación del hombre como persona importante en esta situación y en su prevención.

En Colombia, durante la década de 1960, en la formación básica escolar, se incluyeron algunas temáticas, acordes con las políticas internacionales del momento, que hacían énfasis en el control de la natalidad

Posteriormente, en la década de 1980, el Ministerio de Educación Nacional, con el apoyo del UNFPA, en desarrollo del Proyecto de Educación en Población, editó una serie de manuales que permitieron abordar el asunto desde el aula, teniendo en cuenta variables de población como fecundidad, mortalidad, migraciones, tamaño y tendencias, estructura por sexo y edad de la población, con la bondad adicional de haber sido diseñados para los sectores urbanos y rurales (p. 4) (5).

En 1993, se celebró en Viena la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, en donde tuvo lugar la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, que fue revisada y aprobada por la asamblea general de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en el 14º Congreso Mundial de Sexología en Hong Kong (5). Esta conferencia marcó un hito en la promulgación de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos y en la obligación que tienen los estados de acatarlos. A su vez, en Colombia, el Ministerio de Educación Nacional (1993) expidió la Resolución 3353 para establecer la obligatoriedad de la

educación sexual desde preescolar hasta las etapas media vocacional y formuló el Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES) (6).

Más adelante, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo (Egipto) en septiembre de 1994, con la participación de 179 países, se constituyó en uno de los hechos trascendentales para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, tanto para Colombia como para otros países del mundo que participaron en el evento. Uno de los acuerdos fundamentales en esta conferencia hace referencia a que la salud y la educación deben ser consideradas como prioridades en los programas de acción de todos los países

las ideas de la Conferencia Internacional de 1994 representaron un importante avance; plantearon que la cobertura y la calidad de los servicios de salud para mejorar los niveles de salud reproductiva debían complementarse con procesos educativos en los que las personas pudieran apropiarse de conocimientos, habilidades, actitudes y valores, que aseguraran el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos”(p. 1) (6).

En los acuerdos internacionales se refleja un interés especial para que se incluya a la población adolescente en las políticas públicas de los países participantes, con el propósito de mejorar su salud sexual y reproductiva y facilitar su participación responsable, libre y autónoma en la toma de decisiones frente al manejo de su sexualidad. Fue así como en Colombia, siguiendo este marco de referencia, se impulsó el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de la población en general y se empezó a dar mayor importancia a esta temática en la adolescencia, como se describe a continuación.

La Ley General de Educación (Ley 115 del 8 de febrero de 1994) en el artículo 14, literal e) hace referencia a

En todos los establecimientos oficiales o privados que ofrezcan educación formal es obligatorio en los niveles de la educación preescolar, básica y media, cumplir con (...) la educación sexual impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad” (pp. 4-5) (7).

Del mismo modo, el Decreto 1860 del 3 de agosto de 1994 del Ministerio de Educación Nacional establece en el artículo 36 que “la enseñanza prevista en el artículo 14 de la Ley 115 de 1994 se cumplirá bajo la modalidad de proyectos pedagógicos” (p. 14) (8).

Ante el interés de apoyar el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) en 2003 el Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del UNFPA, dio a conocer la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para Colombia, con el objetivo de

mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas (p. 10) (9).

Una de las metas está dirigida a “reducir el embarazo en adolescentes en un 26 %” (p. 11) (9).

En 2006, el Congreso de la República de Colombia aprobó la Ley 1098 denominada Código de la Infancia y la Adolescencia propuesto por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (10). Más adelante, en 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social con apoyo del Fondo Nacional de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y Profamilia, promulgó la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (11) que surge como una actualización de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003.

La Política de 2014 se estructuró “a partir de los postulados del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021” (11) que propuso “definir la sexualidad como una dimensión prioritaria para las acciones en salud pública y [...] abordarla desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos” (p. 15) (11) y no solo desde la dimensión biológica. La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos tiene como propósito “orientar el desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos” (p. 56) (11).

El Grupo Salud Sexual y Reproductiva Enfermería UNBOSQUE se ha interesado en hacer aportes que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida en la población adolescente. Para este fin, desarrolla una línea de investigación en adolescencia, en la que se aborda la salud sexual y reproductiva de este grupo poblacional, enfatizando en la prevención de la maternidad y paternidad en esta etapa. Por tal motivo, el grupo consideró imprescindible profundizar en el conocimiento de las políticas nacionales e internacionales emanadas al respecto con el fin de tenerlas

en cuenta, como pilar fundamental, en acciones de promoción y prevención que contribuyan a la solución de este problema.

Metodología

El estudio tuvo un abordaje cualitativo, de revisión documental, enfocado en la profundización del conocimiento de las políticas internacionales y la normatividad colombiana que favorecen la educación en sexualidad y la prevención de la maternidad y paternidad en la adolescencia, establecidas a partir de la década de 1990 hasta 2015. Fue así como se recopiló información detallada, relevante y de tipo descriptiva con el fin de proporcionar “al lector una puesta al día sobre conceptos útiles en áreas en constante evolución” (p. 6) (12).

En el proceso se realizó una primera fase de búsqueda de información, que consideró la exploración de declaraciones internacionales, acuerdos y normas que favorecen la educación en sexualidad y prevención de la maternidad y paternidad en adolescentes, para lo cual se realizaron búsquedas en las páginas institucionales de organismos internacionales y nacionales. Se usaron para la búsqueda de información los descriptores (DeCS): adolescencia y embarazo, políticas y adolescencia; políticas y sexualidad; educación y sexualidad. Los resultados de la búsqueda se organizaron según los siguientes criterios: 1) componentes que favorecen la educación en sexualidad y prevención de la maternidad y paternidad en adolescentes; 2) la fuente u origen de la política, acuerdo o norma y 3) la fecha de surgimiento. En la fase de análisis y descripción de los hallazgos se extrajeron los aportes esenciales de cada política, acuerdo o norma que favorece la educación en sexualidad y prevención de la maternidad y paternidad en adolescentes partiendo de los parámetros establecidos; se codificó la información y se agruparon los códigos por similitud para generar una categoría predominante y otros aspectos directamente relacionados con ella.

El presente trabajo, por no realizar ningún tipo de procedimiento con seres humanos, no requirió consideraciones éticas específicas; pero sí se tuvo en cuenta el respeto por los derechos de autor.

Principales hallazgos

Es importante resaltar que, entre los eventos trascendentales internacionales liderados por organismos internacionales, se consultaron: la Conferencia Mundial de

Derechos Humanos (13), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (14); la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing (15); la Declaración del Milenio (16) y la Declaración de Derechos Sexuales (17).

En las entidades generadoras de normatividad nacional se consultaron diversas leyes y documentos de política relacionados con el tema de estudio, tales como la Ley General de Educación (7); la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (9); la Ley 1098 o Código de la Infancia y la Adolescencia (10); la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (11), entre otros.

Los resultados muestran que, desde la década de 1990 hasta 2015, tanto políticas nacionales como internacionales, relacionadas con el tema, han resaltado la importancia de la educación en los derechos humanos y en los derechos sexuales y reproductivos.

Es de resaltar que, en casi todos los documentos, se hace referencia al respeto y protección de los derechos de la mujer y de la población adolescente. Asimismo, se mencionan otros aspectos a tener en cuenta en la educación y formación para la prevención de la maternidad y paternidad en la adolescencia, tales como la visión integral de la sexualidad, el fomento de la autonomía en toma de decisiones para un manejo responsable de la sexualidad, la equidad de género, formación en valores, el conocimiento de la reproducción humana y la protección anticonceptiva.

Los derechos sexuales y reproductivos aparecen como un tema prioritario en la mayoría de los documentos revisados, convirtiéndose en un aspecto clave para la educación en sexualidad que favorece la prevención de la maternidad y paternidad en la adolescencia.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (18) se ha convertido en el pilar que sustenta las políticas internacionales y la normatividad colombiana acerca de los derechos sexuales y reproductivos.

Así plantea este tema la UNESCO:

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos (Art. 1) [...] sin distinción alguna (Art. 2) (p. 11). La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales (Art. 26) (p. 20) (18).

Por su parte, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señala la necesidad de promover y proteger en la población adolescente el ejercicio de “los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos” (p. 5); el UNFPA destaca el derecho a tomar decisiones relacionadas con la reproducción, en que las personas se vean “libres de discriminación, coerción y violencia” (p. 9) (19).

Se evidencia, además, que diversas políticas internacionales y de normatividad colombiana se ocupan de manera especial del respeto y garantía de estos derechos para la mujer. Así lo señala la Declaración de Beijín: “Garantizar a todas las mujeres y las niñas todos los derechos humanos y libertades fundamentales, y tomar medidas eficaces contra las violaciones de esos derechos y libertades” (Numeral 23) (p. 4) (15).

Como otros aspectos relevantes, el UNFPA plantea el derecho que tienen las personas a “disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (p. 37) (14). Al respecto, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) promotora de la declaración de los derechos sexuales y reproductivos propone defender

la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas [...] lograr un mundo en donde las mujeres, los hombres y la gente joven en todas partes tengan el control sobre sus propios cuerpos y, por lo tanto, de sus destinos [...] sean libres de decidir si ser padres o no serlo; libres de decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos; libres de procurar tener una vida sexual sana, sin el temor de embarazos no deseados (p. 2) (17).

En la legislación colombiana priman conceptos enfocados hacia la promoción, garantía y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; se observa gran interés en promulgar normas dirigidas específicamente a proteger y garantizar estos derechos en la adolescencia. Dichas orientaciones, casi siempre tienen una visión integral, que debe fomentarse desde la niñez, como se evidencia en la Constitución Política

Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar (Art. 15) (p. 5) [...] al libre desarrollo de su personalidad (Art. 16) (p. 4) [...] Inculcar al niño el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales [...] Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, [...] abuso sexual

(Art. 44) (p. 10) [...] El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral (Art. 45) (p. 10) (20).

Se observa también que, tanto la Constitución Política de Colombia, como la mayor parte de los decretos y resoluciones sobre el tema, destacan la importancia de la equidad de género y de fomentar la autonomía de las personas para que puedan tomar decisiones responsables y libres en el ejercicio de su sexualidad. Así lo señala la Constitución Política

Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, [...] y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo (Art. 13) (p. 3) [...] La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación (Art. 43) (p. 9) (20).

Cabe destacar que el Ministerio de Educación Nacional se constituyó en la entidad que desde 1993, con la Resolución 3353, dio inicio a la educación para la sexualidad en Colombia (21). Por otra parte, se observa que la Ley 115 de 1994, Ley General de Educación, además de otorgar el carácter de obligatoriedad de la educación en sexualidad durante la formación básica escolar, orientó hacia el desarrollo integral de los educandos, mediante acciones estructuradas encaminadas, entre otros, a: “Formar la personalidad y la capacidad de asumir con responsabilidad y autonomía sus derechos y deberes” (Art. 13 numeral a.) (p. 4) (7).

Dentro de los hallazgos nacionales es relevante señalar la ley 1098, Código de la Infancia y la Adolescencia, que ha sido trascendental para Colombia en los últimos años; en ella se establece la obligación que tienen la familia, la sociedad y el Estado, de “formar a los niños, niñas y adolescentes en el respeto por los valores fundamentales de la dignidad humana, los Derechos Humanos” (p. 39) (10).

Lo anterior refleja la importancia de continuar haciendo esfuerzos para tomar medidas contundentes y efectivas a través de procesos educativos que garanticen la promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos, con especial énfasis en la equidad de los derechos de niños, niñas y de la población adolescente.

En los hallazgos de las políticas internacionales y normatividad colombiana surgen orientaciones que señalan la importancia de la educación con una visión integral en sexualidad, afirmando que debe ofrecerse a lo largo de la niñez y ado-

lescencia, de acuerdo con las necesidades individuales. Se le da trascendencia a la participación activa y cotidiana de los progenitores y demás educadores para formar individuos responsables, con conocimientos y capacidades para tomar decisiones asertivas. Se destaca que esta formación favorece, en la adolescencia, la toma de decisiones responsables para el manejo de la sexualidad, lo que contribuye a la prevención de la maternidad y paternidad en esta etapa. (14, 17, 20).

Al respecto, Vanegas *et al.* afirman que:

la educación integral en sexualidad se imparte desde la cotidianidad, a partir del momento en que la persona nace y forma parte de la educación integral que trasmite la familia como primer núcleo social. Ésta, a su vez, es apoyada, a lo largo de la vida por educadores, profesionales en salud y educación y demás adultos que forman parte del contexto en que se desarrolla la persona. La familia forma parte indispensable en este proceso formativo debido a que son los progenitores quienes, de manera directa o implícita, imparten las normas, valores y roles a cada uno de sus integrantes, lo cual ayuda a guiar la conducta de las personas que conforman el grupo familiar (p. 171) (22).

En efecto, la educación con una visión integral de la sexualidad posibilita, a lo largo de la vida, la adquisición de conocimientos, valores, prácticas de autocuidado, actitudes de autovaloración personal, sentido de libertad, autonomía, entre otros y concretamente en la adolescencia, la toma de decisiones libres, responsables y autónomas, en diferentes situaciones y específicamente en el manejo de la sexualidad.

Resulta significativo que en algunas políticas internacionales y en la normatividad colombiana se determinan orientaciones dirigidas a fomentar, desde la educación en la cotidianidad, la autonomía para toma de decisiones libres e informadas para un manejo responsable, satisfactorio y sano de la sexualidad que facilite en la población adolescente tener control sobre sus propios cuerpos, sobre la construcción de su proyecto de vida, y por consiguiente sobre sus destinos. (7, 14, 17, 21).

También se revelan orientaciones para educación en sexualidad que evidencian de manera clara el interés por la equidad de género; se recalca que, como parte de los derechos sexuales y reproductivos, es fundamental promover las relaciones de respeto mutuo, libertad e igualdad entre hombres y mujeres, tanto en el trato, como en el acceso a servicios y oportunidades; además se observa especial énfasis en tener presente la diversidad cultural y la participación activa de adolescentes para lograr

este propósito. Estas orientaciones están sustentadas especialmente en las declaraciones internacionales derivadas de las conferencias de El Cairo (14) y Beijín (15), en las que se reconoció la especial vulnerabilidad de las mujeres en lo relativo a su salud sexual y reproductiva. La Conferencia Internacional sobre Población de El Cairo (14) expuso la necesidad de “promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo en su contra y asegurarse que sea ella quien controle su propia fecundidad” (p. 10). Por su parte, la IV Conferencia de la Mujer (Beijín) destacó que la desigualdad entre hombres y mujeres y la violencia a las mujeres incide negativamente en su salud, creando situaciones como la mortalidad materna y otras problemáticas relevantes como el embarazo a temprana edad.

De igual manera, llama la atención que tanto las políticas internacionales como las nacionales destacan la urgente necesidad de incluir al hombre adolescente en acciones de prevención para el manejo responsable de la sexualidad. (7, 14-17, 19, 21). Así lo expone el Fondo de Población de las Naciones Unidas: es importante promover los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad entre hombres y mujeres, fomentar la responsabilidad del hombre y la autonomía de la mujer (14).

En la normatividad colombiana se observa que en diversas disposiciones e instrumentos normativos se aborda el tema de formación en valores (7, 21), como aspecto importante en la prevención de la maternidad y paternidad en la adolescencia, mientras en las políticas internacionales revisadas, es un tema que se aborda muy poco.

Al respecto, Vanegas *et al.* afirman que

la formación en valores hace referencia a guías o pautas de conducta que, de forma manifiesta o tácita, son transmitidas en diferentes contextos por cada sociedad a lo largo de la vida de las personas para que las incorporen a su forma de pensar y a su comportamiento cotidiano. Esto permite, ante determinada situación, evaluar la diferencia entre el bien y el mal o colocar en orden de importancia los hechos o las cosas de acuerdo con la propia conciencia (p. 167) (22).

De igual modo, las autoras afirman que “la formación en valores ayudará a niños, niñas y adolescentes a ser librepensadores y a tomar decisiones autónomas y acertadas para su propio bien y el de los demás” (p. 168) (22), tema fundamental en la educación para la sexualidad y prevención de la maternidad y paternidad en la adolescencia.

En las políticas internacionales revisadas también se incluyen orientaciones sobre la importancia de la educación en reproducción humana y protección anticonceptiva para adolescentes, recalcando que hombres y mujeres deben tener acceso, tanto a la información como a la utilización de los métodos anticonceptivos. Se trata de un tema que, según las políticas internacionales, debe ser abordado, desde la prevención, de acuerdo con las necesidades de este grupo poblacional con el fin de evitar que adolescentes lleguen a una maternidad y paternidad temprana (15).

Cabe destacar que se observa un interés especial en que los progenitores y demás personas clave, que participan en la educación integral para la sexualidad, reconozcan que en la adolescencia existe la posibilidad de tener vida sexual activa; por tanto, se requiere un apoyo especial que facilite considerar, dentro de la educación, la protección anticonceptiva. Al respecto señala lo siguiente el Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia (23)

Lograr que los padres y madres, y la sociedad en general, acepten que los/las adolescentes tienen una vida sexual, dando respuesta a su necesidad de confianza e información. En ese marco, promover y fortalecer el rol de padres y madres como informantes y educadores clave en sexualidad [...] (p. 143) Se debe hacer Promoción de la sexualidad saludable y segura incluyendo el uso de la anticoncepción (p. 139) [sic].

En los hallazgos de la normatividad colombiana, surgen determinaciones similares; y además se señalan como aspectos prioritarios a tener en cuenta en la educación: la prevención de la violencia sexual y doméstica; la autonomía en la toma de decisiones —ante la presión de pares— para el inicio de relaciones sexuales; la posibilidad de retraso en la edad de inicio de las relaciones sexuales genitales y el fortalecimiento de la construcción del proyecto de vida, así como la protección anticonceptiva y los acuerdos que al respecto se deben llevar a cabo con la pareja, en caso de decidir libremente el inicio de las mismas (21).

Conclusiones

Gran parte de la información recogida, desde la década del 1990 a 2015, confirma la trascendencia que tuvieron la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer sobre las políticas

internacionales y nacionales, además de constituirse en pieza clave para fundamentar las demás políticas internacionales y la normatividad colombiana.

En efecto, estos dos eventos cambiaron la visión que se tenía sobre población y desarrollo al dejar de centrar la atención en el crecimiento de la población, para dar relevancia a los derechos fundamentales de las personas, incluidos los derechos sexuales y reproductivos y en especial los de la mujer, niñas y adolescentes. A partir de estas dos conferencias surgieron compromisos de los estados relacionados con la inclusión de la perspectiva de género en la salud, la educación y demás esferas del desarrollo humano, lo que repercute de manera decisiva en la prevención de la maternidad y paternidad en la adolescencia.

Con respecto a la normatividad colombiana, también se destaca la importancia que se ha dado a los acuerdos llevados a cabo en los dos eventos internacionales mencionados, así como a la Constitución Política de Colombia, los que han servido como base para la formulación de leyes y otros instrumentos relacionados con el tema.

Es importante reconocer que la maternidad y paternidad en la adolescencia son situaciones generadas desde una compleja gama de fenómenos psicosociales que pueden tener relación con el contexto en que se ha desarrollado la persona desde la niñez.

Vale la pena recalcar acerca de la urgente necesidad de promover la responsabilidad del hombre en el manejo de la sexualidad, así como eliminar la discriminación y violencia contra las mujeres desde la niñez y fortalecer su autonomía, libertad y participación social.

Finalmente, en consideración a que este estudio forma parte de la línea de investigación en adolescencia que se desarrolla en la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque, sus resultados, además de enriquecer dicha línea, se constituyen en un aporte para enfermeros y otros profesionales de la salud y educación en los diversos contextos donde ejercen su profesión. Se debe velar por la promoción y protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos y facilitar espacios para que se reconozcan, adopten y ejerzan, como lo plantea la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, establecida en Colombia en 2014 (11).

Referencias bibliográficas

1. Organización de Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar. Santiago de Chile: editorial; 2008. p. 76.
2. Asociación pro bienestar de la familia colombiana (Profamilia) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Resumen Ejecutivo [Internet]; 2016. [citado 28 febrero 2017]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/Libro%20RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
3. Vanegas BC, Pabón M, Plata RC. Condiciones psicosociales que contribuyen a la maternidad y la paternidad en la adolescencia. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2014;9(9):108-17.
4. Universidad de los Andes. Boletín Congreso Visible. El embarazo en la adolescencia [Internet]; 2010 [consultado 30 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.congresovisible.org/agora/post/el-embarazo-en-la-adolescencia/275/>
5. Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía [Internet]; 2008. [citado 23 julio 2015]. Disponible en: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172204_recurso_1.pdf.
6. Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia. Programa de Educación para la Sexualidad. Antecedentes. [Internet] 2008 sept. [citado 16 agosto 2015]. Disponible en: <http://www.mineduccion.gov.co/1621/article-172453.html>
7. Ley 115 de 1994, Por la cual se expide la Ley General de Educación. Congreso de la República de Colombia [Internet]; 1994 [citado 7 de octubre de 2015] Disponible en: http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf
8. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1860 del 3 de agosto de 1994, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 115 de 1994, en los aspectos pedagógicos y organizativos generales. *Diario Oficial* 41 473, 5 de agosto de 1994 [Internet]; 1994 [citado 4 julio 2015]. Disponible en: www.mineduccion.gov.co/1621/articles-86240_archivo_pdf.pdf

9. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. República de Colombia [Internet]; 2003 [citado 3 octubre 2015];1:68. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>
10. Congreso de la República de Colombia. Ley 1098 de 2006. Código de la Infancia y la Adolescencia. Procuraduría General de la Nación [Internet]; 2006. [citado 22 julio 2015] Disponible en: [https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Visi%C3%B3n%20Mundial_Codigo%20de%20Infancia%202011\(1\).pdf](https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Visi%C3%B3n%20Mundial_Codigo%20de%20Infancia%202011(1).pdf)
11. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS), Fondo Nacional de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Internacional para la Migraciones (OIM), Profamilia [Internet]; 2014. [citado 10 julio 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf> Consultado el 16 de julio de 2015.
12. Guirao JA, Olmedo A y Ferrer E. El artículo de revisión. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria [Internet]. 2008 [citado 21 de abril de 2015];1(6):1-25. Disponible en: http://www.uv.es/joguigo/valencia/Recerca_files/el_articulo_de_revision.pdf
13. Naciones Unidas. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena-Austria. 14 a 25 de junio de 1993 [Internet] 1993 [citado 12 septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/OHCHR20/Pages/WCHR.aspx>
14. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo. Informe final [Internet] 1994 [citado 13 agosto 2015];1-92. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
15. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing; 4-15 de septiembre de 1995. Organización de las Naciones Unidas [Internet] 1995 [citado 17 agosto 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
16. Organización de Naciones Unidas (ONU). Asamblea General. Resolución aprobada por la Asamblea General. Declaración del Milenio [Internet] 2000

- sept. [Citado 12 de agosto de 2015];1-10. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
17. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Derechos Sexuales: Una declaración de la IPPF. Federación Internacional de Planificación de la Familia [Internet] 2008 [citado 8 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_spanish.pdf
 18. UNESCO. Oficina Regional de Educación para América Latina y El Caribe. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Santiago, Chile. 2 de diciembre de 2008. [Citado 14 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018M.pdf>
 19. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue. Política Andina sobre salud sexual y reproductiva para adolescentes, con énfasis en la prevención del Embarazo [Internet] 2009 [citado 16 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Politica%20Andina%20SSR%20Adolescentes%2021Nov12%20Bog.pdf>
 20. República de Colombia. Constitución Política de Colombia [Internet] 1991 [citado 26 de octubre de 2015]. (pp. 3, 4, 9-10). Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>
 21. Presidencia de la República de Colombia. Resolución 3353 de 2 de julio de 1993. Por la cual se establece el desarrollo de programas y proyectos institucionales de Educación Sexual en la Educación Básica del país. Ministerio de Educación Nacional de Colombia [Internet]. 1993 [citado 27 octubre 2015]. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:d5_XIKjM-Nb8J:master2000.net/recursos/menu/64/1022/mper_arch_18501_Resoluci%25C3%25B3n%25203353%2520de%25201993%2520Ed%2520sexual.doc+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co
 22. Vanegas BC, Pabón M, Plata RC. Dimensiones de educación integral en sexualidad para la prevención del embarazo en la adolescencia. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2013;(8):161-74.
 23. Plan Andino de prevención del Embarazo en la Adolescencia. Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina Lima: Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue ORAS-CONHU. 2009. (pp. 139-143).

Paternidad en jóvenes y transición a la igualdad de género

María Alejandra Salguero-Velázquez⁷

Resumen

El objetivo del presente capítulo es analizar las prácticas de paternidad en hombres jóvenes, para identificar cambios culturales en la relación de pareja como la negociación de la sexualidad y uso de anticoncepción, acompañamiento del embarazo; y participación en el nacimiento y crianza. El tiempo compartido y la relación conjunta con la pareja y el hijo, posibilitan formas de sentir, experimentar y construir identidad como padre de manera cercana, afectiva y comprometida. Sin pretender generalizar, se pueden identificar significados que van más allá de la responsabilidad centrada en la proveeduría económica, la autoridad y disciplina, planteando un proceso de re-significación en la paternidad y masculinidad, pues una forma de ser padre implica una forma de ser hombre, de manera que las nuevas prácticas de paternidad incorporan un otro relacional —la pareja y el hijo(a)— en la vida e identidad de los hombres jóvenes. Sin hablar de cambios totales, si podemos referir procesos de transición hacia la igualdad de género, donde se requiere una discusión amplia en temas de política pública sobre varones, masculinidades y paternidades.

Palabras clave: *paternidad, masculinidad, jóvenes, igualdad de género*

7 Doctorado en Sociología, Licenciatura y maestría en Psicología. Profesora titular de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Líneas de investigación: Género, Identidades Masculinas, Paternidad y Familia. Correo electrónico: alevs@unam.mx

Abstract

The objective of this chapter is to analyze fatherhood practices in the young men, to identify cultural changes, especially involvement in relationship as negotiation of sexuality and contraceptive use; shared decision on continuity and accompaniment of pregnancy; participation in the birth and upbringing where shared through the joint relationship enable ways to feel, experience and construct identity as parent nearby, affective and committed not only with the child also with the couple, constructing a co-responsibility as partner and father. Without to generalize, it's possible identify meanings that go beyond the responsibility focused on economic provider, authority and discipline, historically considered as fatherhood. It could be a process of re-signification about fatherhood and masculinity, as a way of parenting involves as man, new parenting practices incorporate a re-signification where the other relational - the couple and the child - are present in the life and identity of young men. Without speak of total changes, we can refer transition process towards gender equality, where a wide discussion on issues of public policy on men, masculinities and fatherhood is required.

Keywords: *fatherhood, masculinity, youth, gender equality*

Los jóvenes en el trabajo por la igualdad de género

Los retos del movimiento feminista y los estudios de género en el trabajo con hombres, masculinidades y paternidad implican visualizar desigualdades sociales con el fin de desarrollar sociedades más inclusivas e igualitarias.

Para abordar la igualdad y equidad desde la construcción sociocultural del género tendría que incorporarse, en términos relacionales, la participación no solo de las mujeres sino también de los hombres, ya que es en ese carácter relacional donde se construyen interacciones que en ocasiones incorporan desigualdad social.

Temas como el género, igualdad y equidad son parte del discurso social y debate público; la Unesco (1) incorporó el tema de las masculinidades para una cultura de paz. Hoy sigue siendo relevante no solo por la violencia que se manifiesta en algunas relaciones desiguales, sino también por las múltiples formas de socialización y aprendizajes de género del ser hombre, donde la violencia no es solo en la relación con el otro, sino consigo mismo al no incorporar prácticas de cuidado de salud

física, emocional, afectiva, psicológica, lo cual debiera considerarse como un acto de justicia social (2-3). Se vuelve importante incorporar la discusión y análisis sobre lo que significa ser hombre, las maneras tan difíciles y complejas de socialización y aprendizaje para tener una identidad de hombre.

Ser hombre se aprende y se vuelve a aprender

La vida de los hombres, así en plural, porque hay múltiples maneras de serlo, se entreteje en la trama de significaciones que se configuran de acuerdo con el lugar donde viven, las creencias que sustentan y las formas de vida. La construcción histórica del género fue develada por Simone de Beauvoir (4), al señalar que no se nace mujer, sino que se llega una a serlo; sentó las bases para considerar que no se nace hombre, llegan a serlo a partir de los recursos materiales y simbólicos del medio social, económico, político, étnico, educativo, familiar, y del momento particular de la trayectoria de vida.

Respecto a los hombres, se puede decir que transitan por procesos de aprendizaje continuo de estereotipos de género muchas veces caracterizados por agresividad, violencia, autoridad, ejercicio del poder (5, 6). Este proceso de aprendizaje se incorpora mediante el lenguaje, las actitudes y las formas de actuación. Cada grupo social, a través de sus diferentes instituciones, elabora cosmovisiones sobre lo que “los hombres son o deberían ser” a partir de su historia y sus tradiciones nacionales, populares, comunitarias y generacionales; incorporan ideas, prejuicios, valores, interpretaciones, normas, deberes y prohibiciones sobre la vida de los hombres. Desde temprana edad, como hombres, aprenden a identificarse con ciertos atributos de género, sin embargo también en su trayectoria de vida incorporan algunos cambios en los valores, normas y actuaciones.

Investigando sobre la vida de los hombres, y desde su propia voz lo que significa ser hombre, encontramos una diversidad de significados muchas veces contradictorios, los cuales van cambiando en la trayectoria de vida, circunstancias y recursos. Los significados no son fijos, se van construyendo y reconstruyendo. Para algunos “ser hombre” es el que toma la iniciativa, el que se forja metas, el que provee económicamente —aun cuando la pareja también sea proveedora—, el que asume la responsabilidad y cuidado de la familia, la esposa y los hijos, el que debe resolver todo. Estos aprendizajes integran un largo proceso de relación no solo con su padre, sino con su madre, hermanos, compañeros del colegio y amigos, algunos incluso llegan a comentar que de quien aprendieron a ser hombre fue de sus parejas (6, 7).

Lo anterior invita a reflexionar más allá del modelo hegemónico que marca las pautas de identidad, muchas veces estereotipadas, de lo que se consideraría ser hombre, activo, autónomo, sin expresar emociones y sentimientos, fuerte, viril, heterosexual, responsable de una familia y buen padre, y que difícilmente se pueden alcanzar (5, 8-11)

La masculinidad en abstracto no se puede analizar, habría que considerarla como proceso, situándola en los contextos donde los hombres participan, en un movimiento procesal y no como una cosa fija y configurada de una forma en particular. Así como el feminismo planteó la imposibilidad de hablar de la femineidad o la mujer, dado que existe una diversidad de condiciones, como la clase, edad, orientación sexual, que configuran diversas identidades, lo mismo se podría decir de las masculinidades y los hombres; lo que tendríamos que analizar son las diversas identidades a través de las cuales se articula una manera de ser hombre y de ser persona (12).

Es en esas otras identidades como ser padre, donde cobra sentido el ser responsable en su trabajo y con su familia, construyendo una manera de ser hombre, de ser persona, involucrado no solo en la realización de actividades, sino en la implicación emocional, corporal, temporal con los hijos, con la pareja, en el trabajo, lo que posibilitará llegar a ser un determinado tipo de hombre-pareja-padre-trabajador; no como unidades independientes sino como un todo integrado, luchando y esforzándose por llegar a ser ese hombre, como una manera de devenir, nunca como algo dado (12, 13).

Paternalidad en jóvenes

Por qué incorporar y hablar de paternidad en hombres jóvenes, porque al rescatar su experiencia podríamos dar cuenta de posibles cambios en los significados y prácticas sociales. Su rol de paternidad no está al margen de la relación de pareja y la conformación familiar donde se puede compartir un proyecto de vida o asumir trayectorias distintas que se traduce en diversas conformaciones familiares.

Moreno (14) considera que dichos cambios, promovidos desde las instituciones gubernamentales, en menor medida, y desde la sociedad civil (especialmente desde los movimientos feministas) son más aparentes; otros no se han visibilizado lo suficiente. De igual manera, los cambios en los significados sobre las relaciones genéricas, como el cuestionamiento de las desigualdades de género y los derechos de las mujeres, tuvieron una gran influencia de las transformaciones sociales y cul-

turales planteadas por el movimiento feminista y la Conferencia Mundial de la mujer en 1975 (10, 15, 16).

Un cambio sociocultural que no se puede ignorar son las prácticas de paternidad en los jóvenes, estas representan un proceso de transición hacia la igualdad de género al tener que negociar formas de relación y significados distintos a los que históricamente han aprendido y vivido como hombre-padre-pareja

Los procesos de cambio y transformación son diversos, para algunos se fueron incorporando a partir de la relación con la familia de origen, donde aparecían discursos sobre la igualdad de género que se concretaban en la participación de los hombres en las actividades de casa, son jóvenes cuyos progenitores trabajaban fuera del hogar y tuvieron que aprender a cocinar, limpiar la casa, lavar su ropa, cuidar de ellos mismos o sus hermanos. En otros casos fue a través de la relación de pareja donde negociaron formas equitativas de distribución de actividades y tiempos sobre todo cuando asumen la posibilidad de ser padres. Este proceso de cambio ha incidido mucho más en los jóvenes que han pasado del modelo de padre ausente de la crianza, proveedor pero no cuidador, a un modelo de padre comprometido. El referente social hoy día es un hombre que participa, se compromete y dedica tiempo al desarrollo de sus hijos.

Investigaciones en América Latina como las de Dória *et al.* (17), Fuller (18) y Viveros (19) encuentran que para los hombres es un proceso de transformación de identidad, el cambio a un nuevo período de vida que es la adultez, una responsabilidad que implica la renuncia a su autonomía individual y un mayor compromiso tanto material como moral con la pareja y los hijos.

En México, Nava (20), Rojas (21), Jiménez (22), Salguero *et al.* (7) y Salguero (23, 24) coinciden en que ser padre es un proceso complejo y diverso que cambia y se transforma a partir de múltiples influencias como podrían ser el momento de conformación de la familia y los procesos de negociación que se gestan al interior de ella; implica un cambio radical de la vida, los hijos se incorporan en el proyecto de vida que van construyendo con la pareja, significa responsabilidad pero también una experiencia emocional y un aprendizaje permanente que se disfruta. Un estudio de Haces (25) hecho en el municipio del Valle de Chalco (México, DF.) señala cómo significan la paternidad hombres y mujeres, evidenciando que en ocasiones hay confrontación de los hombres con sus parejas por las exigencias de una mayor participación; igualmente se considera que en la generación de los jóvenes se comienza a cuestionar la figura tradicional del padre y la madre, observándose deslizamientos

encaminados a transformar estas figuras estereotipadas, como también lo señalan Gutmann (5) y Salguero *et al.* (7).

De Jesús *et al.* (26) investigaron la vivencia y significado de la paternidad en la trayectoria de vida de hombres jóvenes en Monterrey (México). Sus resultados coinciden con los de Stern (27) en el sentido de que no solo las condiciones socio-culturales, sino las expectativas en la relación de pareja, sexualidad y reproducción configuran una posición de los jóvenes respecto al embarazo de la compañera. Ante la noticia del embarazo, la familia, los amigos y el contexto que los rodea terminan aceptándolo. Algunos dejan la escuela y tienen que buscar un trabajo que les permita cumplir con la responsabilidad de esa nueva etapa de vida.

Actualmente nos enfrentamos a diversas y complejas formas de ser joven. En algunos casos la prolongación de la esperanza de vida, combinada con oportunidades de continuar en niveles educativos superiores y con menores oportunidades de alcanzar un puesto de trabajo con ingresos acordes a la manutención propia va configurando nuevas formas de habitar la juventud. Los estilos de vida se dan de forma paralela con otras trayectorias de vida donde se producen intersecciones entre las actividades escolares, la maternidad-paternidad, y el consumo de bienes propios de la cultura juvenil: recitales, salidas nocturnas, entre otros; estilos que se consideran atípicos o fallidos.

Considerar la paternidad como un evento que trastoca la trayectoria llegando a considerarla fallida en los jóvenes que se encuentran estudiando, tiene que ver con la normatividad de las prácticas sociales, las cuales incluyen criterios, procedimientos y regulaciones de edad, particularmente la paternidad se considera como posible en ciertos momentos, generalmente cuando los hombres son adultos, han terminado una carrera profesional y formalizan la relación de pareja. Nada más complejo que eso, pues es en la juventud donde el mundo social se amplía, donde conocen amigos con quienes se comparte la mayor parte del tiempo, donde se establecen relaciones afectivas y amorosas que pueden formalizar o no una relación de pareja, experimentando intimidad, afectos y vida sexual; generalmente el uso de anticoncepción lo incorporan dependiendo del tipo de pareja (formal o informal), y en las parejas formales es al inicio de la relación, pues a medida que avanzan, se van conociendo más y tienen confianza, negocian y acuerdan de manera implícita o explícita dejar de usar el condón, siendo el método anticonceptivo que generalmente incorporan.

Reconocer la diversidad de formas de ser joven y vivir la relación de pareja, la sexualidad, la noticia de embarazo y la paternidad requiere de un enfoque detallado

de las diferencias individuales, actividades, compromisos y recursos disponibles que permite configurar la trayectoria de vida de los jóvenes y su construcción de identidad como padres.

Significados de la paternidad en jóvenes

En la juventud los hombres somos hasta cierto punto desobligados, y ya cuando tenemos la paternidad, nos cambia, se va dando un cambio hacia la madurez como algo que te va a llevar a ser más, como te dijera . . . , más estable (Eduardo, 21 años) [sic].

En esta sección se integran algunos resultados del proyecto de investigación PAPIIT IN/RN306813, que se llevó a cabo entre 2013 y 2014 y cuyo objetivo fue documentar el significado y vivencia de la paternidad en jóvenes universitarios. Participaron jóvenes que durante la trayectoria universitaria habían pasado por un proceso de embarazo con su pareja y aceptaron ser padres. Se retomaron 4 casos (Ismael, Carlos, Eduardo, Enrique) con edades entre 17 y 23 años, quienes se encontraban estudiando el pregrado o el grado universitario, vivían con sus padres y llevaban una relación estable de más de un año con la pareja.

La investigación cualitativa tuvo en cuenta estudiantes de una vocacional y una universidad pública de México, para mantener la confidencialidad de sus historias se cambiaron sus nombres y se firmaron los consentimientos informados. Sus experiencias de vida muestran la diversidad de trayectorias en el proceso de construcción de la paternidad e invitan a la reflexión.

Se puede identificar a través de los relatos de entrevistas una visión crítica respecto al modelo de normatividad sobre la adultez, donde los jóvenes elaboran un significado distinto, no ausente de conflictos y contradicciones, sino enfrentando ese tránsito y reconstrucción de identidad no solo como estudiante, sino como hijo, pareja y padre.

Las trayectorias de los jóvenes dan cuenta de un proceso donde la perspectiva de futuro juega un papel importante en la construcción de identidad como estudiante y profesional. En general su expectativa era apegarse a la trayectoria normativa, terminar la carrera y después formar una familia, en ese momento no incorporaban la posibilidad de un embarazo. Sin embargo, la relación de pareja tuvo una mayor ponderación debido a la atracción y experiencias eróticas que les llevaron a explorar y vivir su sexualidad, comentando que planeaban y buscaban las condiciones para la

intimidad y el encuentro erótico, iniciaban con un “faje” y terminaban teniendo relaciones sexuales. La sexualidad era una manera de conocerse y reafirmar su unión. Aun cuando les aterrizzaba la posibilidad de un embarazo, dado que las parejas femeninas también estaban estudiando y tenían como meta terminar sus respectivas carreras, vivían su sexualidad sin incorporar de manera formal algún método anti-conceptivo, recurriendo al coito interrumpido o el ritmo, lo cual tiene relación con el discurso religioso y moral sobre todo en familias con prácticas religiosas o que provienen de provincias.

Para Ismael de 17 años, quien estaba estudiando en México la vocacional equivalente al pregrado, “la noticia del embarazo, representó un broncononón apareciendo la pregunta recurrente ¿qué vamos a hacer?”, pues no se consideraban aptos para ser padres, pero sobre todo, porque su perspectiva de futuro y la expectativa de llegar a ser un profesional se veía interrumpida. Los jóvenes entrevistados esperaban reprimenda y sanción de sus familias quienes esperaban que terminaran la carrera universitaria; desde la perspectiva de sus padres asumir en ese momento la responsabilidad de un hijo implicaba “destruir la vida”.

Ante la noticia del embarazo son los padres varones quienes plantean a sus hijos que busquen la manera de interrumpir el embarazo. Pero ante la imposibilidad por el tiempo transcurrido, terminan aceptando y apoyándolos para que vivan con la pareja, tengan al hijo y continúen estudiando.

En el caso de Ismael obtener una beca económica fue sumamente significativo y de gran ayuda en el proceso de construcción de la relación familiar, pues la entregaba como signo de responsabilidad y compromiso a la pareja y su hija recién nacida.

Participar como padre proveedor le permitía construir una postura de hombre responsable, lo cual fue valorado por los padres de Renata (su pareja), otorgando el consentimiento para formalizar la relación, casarse y formar una familia, siempre bajo la consigna de que continuaran ambos estudiando, y sin descuidar los roles tradicionales de género, ella encargada del cuidado de su hija y él como proveedor económico del hogar. Un dato interesante es la permanencia y continuidad en los estereotipos de género, pero a su vez de desplazamientos tendientes a un cambio, pues sus padres, que cuidaban de su hija por la mañana, delegaban el cuidado de la niña a Ismael cuando él llegaba a casa.

Un significado que prioriza y da sentido a la identidad como padre es la responsabilidad, el poder cumplir como proveedor, dar el gasto o la raya [su ingreso

económico] como él comenta, lo hace sentir realizado, situándolo como un hombre responsable de su pareja y su hija. Construir identidad como padre requería que tuviera un trabajo para cumplir con la responsabilidad. La paternidad cambió su vida, le llevó a reconfigurar sus otras identidades por ejemplo, cuidar su trabajo porque eso permite cubrir los gastos de la familia, pero también cuidar su imagen como un hombre responsable que no va a tomar con sus amigos ahora tiene que cuidar a su familia.

El proceso de construirse como persona fue algo más que entrar a un nuevo período de la adultez, es en el entramado de relaciones y formas de participación en diferentes contextos donde fue reconfigurando sus identidades como estudiante para poder concluir sus estudios profesionales, como pareja y padre al afrontar la responsabilidad familiar. Este despliegue de identidades integra un largo proceso de aprendizaje generacional a través de la relación con su padre y su abuelo, donde la responsabilidad es un aspecto articulador de la identidad como hombre, proveer y cuidar la familia y el hogar, como menciona Ismael: “la responsabilidad es algo que hígole, te llega y te noquea así completamente, o sea, tú dices ‘no, ya tengo que hacer esto’, ya tu tiempo no es tuyo”.

La identidad como padre se volvió más importante y reconfiguró su participación en otros ámbitos, implicaba transitar a la adultez a través de la responsabilidad de la proveeduría, casarse y ser un jefe de familia, pero también del cuidado y la imagen de él mismo como hombre ante los demás.

El proceso de construcción de la identidad paterna y los significados que los jóvenes le atribuyen son diferentes a partir de las trayectorias, la relación de pareja, el apoyo familiar, los conflictos y maneras de solución.

Carlos: Cuando me enteré que iba a ser papá, me cambié el chip muy rápido.

El caso de Carlos es el de un joven quien conoce a Laura en la universidad e inicia una relación apoyándose en la realización de actividades escolares, asistiendo a eventos culturales, entendiéndose y compaginando su vida a través de diversos proyectos; las expectativas de vida eran similares, terminar la carrera universitaria, conseguir un buen empleo y formar una familia. Carlos estaba enamorado y propuso formalizar la relación de noviazgo.

“Lo que importaba era estar juntos”, tenían la posibilidad de usar una de las casas de Laura que no estaba habitada, acordando ir todos los viernes. La primera

relación sexual se concretó después de un año de noviazgo, si bien era importante para ambos, lo que resultaba atractivo eran las actividades que realizaban juntos como comer, ver la televisión o quedarse dormidos como si vivieran juntos aunque fuera durante algunas horas.

Al igual que en el caso anterior, los encuentros sexuales eran negociados, representaba y significaba una manera de ampliar y profundizar su relación de pareja. Un dato interesante, pues lo que se ha documentado desde los estudios de masculinidad es que son los varones los que propician los encuentros sexuales para su propio beneficio y placer, lo cual contrasta con los casos de los entrevistados donde hay todo un proceso de negociación tanto implícita como explícita para la sexualidad y uso o no de anticoncepción. Al principio usaban condón, previo acuerdo en pareja de que el responsable era él, sin embargo, con el tiempo ambos decidieron retirarlo, considerando que la sensación durante la relación sexual no era la misma, y porque muchas veces “no pasaba nada”. El hecho de que ambos hayan decidido retirarlo deja ver el significado que ambos construyeron respecto a la poca probabilidad de un embarazo, y ante la duda recurrían a la pastilla del día siguiente.

La finalidad era estar juntos, disfrutar su sexualidad pero no un embarazo. Sin embargo, Laura le informa que había un retraso en su menstruación, esperaron un tiempo hasta que se hicieron una prueba y salió positiva, el embarazo provocó desconcierto “¡No manches!...” [Expresión de sorpresa en los jóvenes] y la pregunta recurrente “¿qué vamos a hacer?” Ambos plantearon la interrupción pero sin posibilidad por el tiempo transcurrido de más de tres meses.

Carlos aun cuando no esperaba ser padre, señala “cambié mi chip muy rápido, o sea, fue de ¡no manches! ¡Qué hice!..., pero luego, luego me ilusioné... fue de ¡Ah! voy a tener un hijo”. Lo que pareciera un cambio repentino, forma parte de un entramado de situaciones y formas de relación con la pareja al considerarla una relación formal. El no poder interrumpir el embarazo, y su aprendizaje sobre paternidad construido a partir de la cercanía con su padre a quien consideraba su súper héroe y ejemplo de vida, le llevaban a elaborar una postura y asumir su paternidad sin considerarla un impedimento en su trayectoria escolar, pues su expectativa era titularse y hacer una maestría.

Sin embargo, la vida en pareja resultó más complicada de lo que habían pensado, al no explicitar las responsabilidades se asumían de manera tácita los estereotipos de género tradicionales, ella se dedicaría al cuidado de la casa y del hijo en tanto que él tendría que buscar un trabajo que le permitiera cubrir con la proveeduría.

Significados construidos a partir de la relación vivida en la familia de origen. El que viviera en la casa de su padre, hacía que la mirada vigilante estuviera sobre el comportamiento de ella, señalando que “no se hacía responsable ni de sus cosas”, no cumplía con lo que socialmente se le asignaba en su papel de esposa y madre. Las dificultades y conflictos los llevaron a una separación. Carlos en su identidad como padre, decide entablar un juicio de reconocimiento debido a que Laura no le permitía ver a su hijo, el cual ganó y le dio posibilidad de seguir luchando por ser un buen padre, la expectativa es que cuando su hijo se dé cuenta pueda reconocerlo como un padre profesional exitoso, amoroso y cercano.

Eduardo: paternidad entre la escuela y el trabajo.

Analizar el significado de la paternidad en la trayectoria de Eduardo, quien cursaba la licenciatura de administración, permite identificar que aun cuando le gustaba la escuela, sus intereses estaban en otras prácticas como salir de fiesta o estar con sus amigos, por lo que no construyó una identidad fuerte como estudiante. Inicia una relación con Mariana quien era su compañera de clase, reservada y buena estudiante, formalizando un noviazgo con ella. En sus planes estaba terminar sus estudios universitarios y después casarse y vivir juntos. Aun cuando siempre decían que primero terminarían su carrera, fue la identidad como pareja y la vivencia de la sexualidad la que jugó un papel primordial y redirigió el curso de desarrollo de Eduardo. La noticia del embarazo significó desconcierto y no aceptación, sin embargo, terminan asumiendo la continuidad del embarazo, lo cual lleva a reestructurar la vida de ambos.

Formar familia implicaba hacerse responsable económicamente, a pesar de contar con el apoyo de sus padres para continuar estudiando se sentía mal por estar dependiendo de ellos, en el proceso de valoración el significado de “no ser mantenido” y “no deberle nada a nadie” tuvieron un mayor peso, lo cual tiene una fuerte carga de género. Esto lo lleva a tomar la decisión de buscar un trabajo que le permita cubrir con la responsabilidad económica y abandonar la escuela. Mariana solidarizándose con él, lo que también tiene su respectiva carga genérica, hace lo mismo.

La identidad paterna de Eduardo se construye alrededor de un modo particular de ser proveedor, donde el sentido de responsabilidad adquiere un papel preponderante y redirige el curso de las identidades, menciona que le satisface aportar económicamente y como hombre cumplir con la responsabilidad familiar, llevándolo a abandonar sus estudios para dedicarse a trabajar.

Ser persona y padre es un proceso continuo; actualmente existe una marcada insistencia de su madre para que continúe con sus estudios profesionales, llevándolo a una revaloración y reelaboración de postura, plantea como opción cursar la universidad a distancia, permitiéndole estudiar y seguir trabajando. Este proceso de reflexión y posicionamiento lo elabora a partir de la experiencia en su actual empleo como auxiliar administrativo, donde una vez concluidos sus estudios universitarios y obteniendo el título de licenciado en administración se posicionaría en lugar superior y con mejor salario, lo que le permitiría cumplir mejor con la responsabilidad familiar. Es un caso donde se puede evidenciar que, aun contando con el apoyo económico de los padres, los significados históricamente asignados e incorporados en el proceso de aprendizaje en torno a la responsabilidad como hombre hacen que Eduardo trace trayectorias e identidades distintas y otorgue mayor peso a la responsabilidad de la proveeduría para cumplir como padre responsable de una familia.

Enrique: lo que importaba era estar juntos y vivir la sexualidad, pero con la paternidad es distinto.

En este cuarto caso hablaremos de Enrique quien conoció a María en la universidad, eran compañeros de grupo, realizaban actividades escolares y empezaron a interactuar de manera cercana. La relación en diferentes escenarios de práctica como la escuela, los trabajos escolares, las fiestas, y diversas señales afectivas los llevó a formalizar su relación a través del noviazgo. La idea era estar juntos el mayor tiempo posible, llevándolos a explorar prácticas eróticas y vivir su sexualidad; cuando no tenían clases usaban sus horas libres para estar juntos en “los pastos de la universidad” siendo espacios que se van apropiando los jóvenes para expresar su afectividad, erotismo y sexualidad.

Después de un año de relación había mayor atracción, los “fajes y cachondeos” [encuentros eróticos] aumentaron en frecuencia e intensidad, Enrique menciona que aun cuando él quería tener relaciones sexuales decidió esperar hasta que ella lo deseara y decidiera. La razón por la que esperó hasta que ella accediera fue porque iba a ser su primera vez, deseando que ella se sintiera segura y estuviera cómoda, lo cual pone en cuestionamiento el estereotipo tradicional de que los hombres buscan a toda costa tener relaciones sexuales sin importar el momento ni la persona. Enrique esperó, negoció y planeó su primer encuentro con María lo que muestra el carácter relacional de la sexualidad en la pareja.

Se identifican algunos estereotipos de género asociados a la masculinidad como la preocupación por el buen desempeño sexual con la finalidad de “asegurar” y continuar posteriormente los encuentros sexuales; pero a su vez, se identifican cambios en esos estereotipos al mostrar una preocupación por hacer sentir bien a la pareja, lo cual habla del carácter negociado. La experiencia sexual se construye de manera conjunta con la pareja, identificando y compartiendo gustos e intereses, conociéndose a partir de lo que comentan, plantean, exploran, participan y disfrutan en los encuentros eróticos y sexuales.

Al inicio de la relación incorporaron el uso del condón como medio de anti-concepción, dejándolo de manera sistemática bajo la idea de “no pasa nada” hasta que ella notificó su embarazo, llevándolos a un proceso de cambio y resignificación no solo en su vida familiar y académica, sino sexual, negociando en todo momento antes, durante y después del embarazo. La utilización de un método de anticoncepción, a diferencia de la primera vez, fue bajo la consideración de que no querían tener otro hijo lo que implica una valoración y reflexión previa sobre las experiencias vividas, tomando en consideración la economía además del tiempo para el cuidado y atención de los hijos. El empleo de un método anticonceptivo deja de ser un acto azaroso para convertirse en una acción preventiva de un futuro embarazo, lo cual les permite disfrutar su sexualidad.

El proceso de negociación de la sexualidad es constante, pues por la presencia del hijo no es posible intimar en cualquier momento, se ritualiza la vida familiar, jugar con el niño, darle su leche y esperar que se duerma. En ocasiones están tan cansados por las actividades de trabajo y de la casa que prefieren platicar o compartir su tiempo sin tener relaciones sexuales.

El carácter negociado de la sexualidad en pareja pone en cuestionamiento la visión tradicional de la pareja conyugal como algo dado y establecido. Nada más alejado a eso; la relación de pareja en cualquiera de sus dimensiones incorpora el carácter relacional posibilitando el construirse día con día en los diferentes escenarios de práctica como son la sexualidad y la paternidad.

Los datos presentados a través de los cuatro casos, dan cuenta de procesos mucho más complejos lo que nos lleva a considerar a los jóvenes como personas autónomas y responsables. Se construyen como personas transitando por diversos escenarios como familia, escuela, trabajo, relación de pareja y paternidad, haciendo un despliegue de identidad distinto pero a su vez articulado como hijos-estudiantes-parejas-padres. Esta heterogeneidad permite la construcción de diversas expe-

riencias, no sin tensiones entre las diversas lógicas de interacción con las familias de origen, la pareja, la escuela, el trabajo y los hijos donde los jóvenes se construyen y reconstruyen a sí mismos como padres y como personas en un tránsito hacia la igualdad de género.

Cambios en los significados y prácticas culturales tendientes a la igualdad de género

Las cuatro trayectorias de vida de los participantes nos permiten identificar algunos elementos, como negociar constantemente con la pareja las decisiones a tomar, que pueden considerarse importantes en el proceso de transición hacia la igualdad de género.

La sexualidad negociada

Un aspecto que aparece de manera recurrente y que marca las trayectorias de los jóvenes es la vivencia de la sexualidad, donde la pareja juega un papel fundamental, de ahí que lo que se muestra en los cuatro casos es que la sexualidad es negociada, aun cuando en la literatura se mencione que la sexualidad en los hombres es instintiva e irresistible, y que el dominio y control en las relaciones sexuales a través de sus conquistas afirma su masculinidad y hombría. Al incorporar el carácter relacional se coloca la mirada en la pareja o el hijo(a) quienes juegan un papel importante que da forma y dirección a través de diversos y complejos procesos de negociación. Incorporar el carácter relacional, da posibilidad al aprendizaje conjunto, donde el desempeño sexual no depende de alguien en particular (28), sino que forma parte de un proceso donde el deseo y grado de implicación depende de ambos y donde se reconoce que puede haber cambios en función de los diferentes momentos de la trayectoria de vida.

La corresponsabilidad en el proceso de embarazo y la paternidad

Aun cuando no estaba en sus planes, el asumir la corresponsabilidad está relacionado con lo que han construido con la pareja, la formalización de la relación y el que se visualicen a futuro les lleva a corresponsabilizarse en el difícil proceso, pues aun cuando señalan que es un “broncononón” y se preguntan “¿qué vamos a hacer?”,

asumen la corresponsabilidad, informando a sus padres y enfrentando el regaño y la llamada de atención, pues la expectativa era que terminaran una carrera profesional. Los jóvenes afrontan el proceso, reestructuran y resignifican su postura ante la noticia de que serán padres.

La paternidad en los jóvenes forma parte del proceso de transición hacia la adultez (19-20, 29) y se incorpora en ocasiones de manera abrupta en el proyecto de vida de los jóvenes, lleva a resignificar su identidad o identidades, como el ser hijo, estudiante, pareja, padre (12-13). Una vez que asumen la corresponsabilidad del embarazo se incorporan en una aventura que les lleva como menciona Carlos “a cambiar su chip muy rápido”, acompañan a la pareja a las revisiones ginecológicas, incorporan el deseo de estar presentes en el parto, buscan un empleo que les permita obtener dinero para pagar un hospital privado, ya que en el sector público no es posible; incorporan la responsabilidad de la proveeduría, pero a su vez, organizan sus tiempos para poder estar con la pareja y su hijo, involucrarse en su desarrollo a través del juego no importa que lleguen cansados del trabajo. Manifiestan una preocupación sobre el futuro de sus hijos, sobre cómo los verán cuando sus hijos estén más grandes, quieren que se sintieran orgullosos de ellos como padres y que tengan presente la cercanía, el cariño, el acompañamiento como padre-hijo. Ser padres les da sentido y significado a las actividades que llevan a cabo. A diferencia de lo que la literatura ha dicho respecto a los varones, que generalmente no participan en la crianza y desarrollo, en el caso de los entrevistados, la mayoría le otorga un lugar importante y significativo. Coincido con Figueroa (30-31) cuando plantea que la paternidad integra el conjunto de relaciones posibles que pueden darse entre un progenitor y sus hijos sin reducirlo a la dimensión biológica. Las relaciones pueden ser de afecto, de cuidado y de conducción, a la vez que existen relaciones de sostén económico, de juego y diversión conjunta, así como de búsqueda de autonomía. La paternidad es un proceso con momentos reales y momentos virtuales, momentos que han ocurrido y momentos que pueden ocurrir y algunos que, a pesar de su posibilidad, nunca se presentan. Dicho proceso no puede imaginarse al margen de la construcción de la masculinidad y dentro de ella en particular, de la forma en que se viven dinamismos como la sexualidad, la salud y la reproducción ya que influyen en los diferentes significados que se le puede dar a la paternidad.

Estrategias para promover paternidades más comprometidas

Resulta fundamental mostrar los costos de las prácticas genéricas que excluyen, estigmatizan y circunscriben a mujeres y hombres a espacios segmentados y niegan el ejercicio de derechos. Desafiar los patrones culturales del género es importante, en ese sentido, es necesario crear estrategias de intervención y políticas públicas. Campañas, foros y debates públicos, trabajo en talleres, formación de redes de colaboración a nivel local, regional e internacional; modificar leyes y normas jurídicas con aplicación en campos como la identidad masculina, salud sexual y reproductiva, paternidad y familia, división sexual del trabajo, relaciones íntimas y violencia de género (32)

Reconocer que la educación es una dimensión importante sobre la que se puede incidir para generar cambios, ya que tal como lo consideran García *et al.* (33) es el factor que contribuye a transformar el pensamiento respecto a la necesidad de involucrarse en el cuidado y crianza de hijos, así como el compartir las actividades en el hogar, que lleva a una mayor flexibilización de roles entre hombres y mujeres.

Algunas ideas para generar la reflexión

Promover una socialización de género equitativa en todos los niveles educativos. Incluir en los programas educativos, desde preescolar hasta universitario, contenidos de género donde se incorpore el respeto a la diferencia, la posibilidad de construir identidades de género equitativas que no generen dicotomías ni estigmaticen los ámbitos de participación para mujeres y hombres, donde se incorpore la responsabilidad de todas y cada una de las acciones de la persona con la finalidad de fomentar un pensamiento crítico en los estudiantes. Un aspecto a integrar son los temas relacionados con la sexualidad, el cuidado y la salud reproductiva, fomentando una reflexión crítica sobre las normas de género, los significados históricamente construidos sobre el ser mujer o hombre, ser madre o padre.

Relación escuela-familia

En los ámbitos escolar y familiar es donde más se podrían afirmar pero a la vez cuestionar las bases y estereotipos de identidad en los hombres. Incorporar el trabajo conjunto entre la institución escolar y las familias con la finalidad de hacer trans-

versales los contenidos de género y equidad tanto en la escuela como en la familia. Esto podría ser a través de un programa de charlas de café, grupos focales, cambio de roles, entre otros, donde se aborden temas relacionados con los procesos de formación y socialización de género, resaltando las desventajas generadas a partir de la visión dicotómica y confrontada de los estereotipos de género. Si se reflexiona desde los docentes y padres de familia sobre las desigualdades de género, los daños y perjuicios en el proceso de construcción como personas, podría considerarse una semilla en el largo proceso de aprendizaje con vías a la sensibilización en la equidad de género, y donde los hombres perciban los beneficios de una mayor participación en la vida familiar.

Campañas de sensibilización a la sociedad en general para transformar los roles de género

Ayala (34) plantea la participación ciudadana a partir de la educación popular que lleve a la toma de conciencia sobre los temas de género de los hombres. Un ejemplo fue “La campaña de paternidad” llevada a cabo en 1997, cuyo objetivo fue el reconocimiento de la figura paterna experimentada por los niños, y jóvenes y la vivencia de los hombres padres que tuvo resultados importantes en la generación de trabajo en redes para orientar a los padres en materia de resolución no violenta de conflictos.

Generar espacios de conversación e intercambio de la experiencia de vida masculina

Poder conversar libremente sobre las diversas percepciones que tienen sobre la cotidianidad masculina, sin sentirse amenazados, serían algunas acciones para la promoción de una paternidad corresponsable, igualitaria, comprometida, sentida, deseada y acompañada a lo largo de la trayectoria de vida de los hijos; al igual que incorporar el tema de la relación de pareja basada en el buen trato y cuestionadora de los estereotipos de género.

En México, el trabajo con hombres se ha llevado a cabo desde diversas organizaciones y asociaciones civiles (AC) como Salud y Género, AC con sedes en las ciudades de Querétaro y Jalapa; el Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, AC (Coriac), que abrió camino para la formación de Viento a Favor en la ciudad de Oaxaca; Corazonar, Abriendo Senderos hacia la Reconciliación, AC; Movimiento

de Hombres por Relaciones Equitativas y Sin Violencia (Mhoresvi); Hombres por la Equidad, AC. en el Distrito Federal y la Academia Mexicana de estudios de Género de los Hombres (AMEGH), a partir de la década de 1990 se plantearon como finalidad promover y realizar acciones de cambio personal, institucional y social, tendientes a la generación de formas constructivas, creativas y afectivas de ser hombre y ser padre.

La paternidad se incorpora como una dimensión central en la vida de los hombres, en ese sentido, se debe cuestionar, analizar y trabajar los procesos de socialización y aprendizaje de género que afectan la identidad de los hombres como padres. De ahí que resulte de fundamental importancia el trabajo con hombres en la transformación de identidades para lograr relaciones más equitativas, un mayor involucramiento de los hombres como padres se ve reflejado en el desarrollo social, emocional e intelectual de los hijos (35-36). La presencia del padre no solo tiene implicaciones en el desarrollo del infante, sino también en la salud física y emocional de la madre y del propio padre en familias donde se ha construido una buena relación, donde han negociado y acordado las formas de participación (37-38).

Instrumentos legales y políticas públicas

¿Se puede hablar de política pública en términos de derechos para los hombres? La respuesta sigue pendiente en la agenda feminista de género. Se han documentado algunas tensiones que viven los hombres jóvenes al no existir políticas públicas que atiendan problemas actuales como licencias laborales, esquema de flexibilización temporal y espacial del trabajo, lo cual sigue requiriendo análisis (39).

Parte de los compromisos establecidos en la Conferencia internacional de Población y de Desarrollo, celebrada en El Cairo (1994) y la IV Conferencia Mundial de la mujer, en Pekín (1995) sirvieron para llamar la atención hacia los papeles de los hombres en las familias y establecieron plataformas internacionales para involucrarlos en la promoción de la equidad de género, incluyendo una mayor participación de ellos en sus roles como padres. Insistir en las responsabilidades de la crianza de los hijos y los quehaceres domésticos; promover la participación activa en la paternidad responsable.

Sin duda el tema en la agenda política pone de manifiesto la importancia de los cambios en los roles paternos como un asunto social y no meramente privado de las familias. En el contexto centroamericano, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) plantea que los cambios en la estructura y dinámica familiar en los últimos decenios se expresan en importantes cuestionamientos al modelo

tradicional de ejercer la paternidad. El tránsito de una figura paterna centrada exclusivamente en la contribución económica y el ejercicio vertical de la autoridad, hacia una concepción de paternidad que incluye relaciones basadas en el afecto y la cercanía con los hijos ocurre lentamente y enfrenta resistencias culturales, psicológicas y sociales. En ese sentido ha propiciado la realización de estudios sobre paternidad para generar iniciativas en las políticas públicas estructurales en las áreas de educación, salud y trabajo (40).

No obstante, en México, existe una resistencia gubernamental para aceptar temas relacionados al género, los hombres y la paternidad. Se cuestiona su relevancia social por lo que los marcos normativos contribuyen a perpetuar un modelo tradicional.

Legalmente el marco argumentativo alude a “la costumbre y la tradición de la familia mexicana” sin considerar la diversidad de conformaciones familiares. No refiere los compromisos internacionales que México ha suscrito en materia de paternidad responsable (derechos de la infancia y de las mujeres). El sustento de argumentación jurídica, lejos de responder a criterios internacionales en tanto compromisos adquiridos por el Estado, tiende a conservar lo que se asume como costumbre o tradición. Infortunadamente, las reformas que hasta la fecha se han incorporado a la legislación mexicana son limitadas y aisladas, siguen prevaleciendo sesgos de género en los códigos civiles estatales en materia de paternidad responsable.

En términos legales, la paternidad responsable se restringe a las obligaciones alimentarias y reconocimiento de filiación. La incorporación de los hombres en su ejercicio como padres, más allá de la proveeduría económica, su implicación en cuanto al cuidado, atención y relación afectiva con sus hijos e hijas son aspectos no contemplados en ninguno de los apartados jurídicos mexicanos. Representan algunos de los temas más importantes en el ámbito de la procuración de justicia en nuestro país, ya que las fallas y ausencias en los mecanismos que garantizan estos deberes constituyen una violación a los derechos de los niños y una de las variantes de violencia económica y emocional que con mayor frecuencia padecen las mujeres mexicanas (41).

En la medida que los hombres en su ejercicio como padres no sean vistos más allá de la proveeduría, y que en sus ámbitos laborales no tengan prestaciones relacionadas con el cuidado de la familia, seguirá siendo difícil lograr que los hombres se involucren con sus hijos y la responsabilidad recaerá en las mujeres.

Un aspecto pendiente es la conciliación trabajo y familia, en el caso de los hombres que son padres, aún se encuentran muchas desigualdades para equiparar

la ley en cuanto a protección de la paternidad. Sin embargo, los jóvenes en la práctica de ser padres, modifican el rol y modelo tradicional a través de sus formas de participación como padres en la relación con sus hijos y parejas, aunque con dificultades porque no cuentan con derechos laborales en cuanto a tiempos para interactuar y atender a sus hijos.

Licencia por paternidad, cuidados paternos, guardería: una cuestión de derechos

Se podría considerar como un derecho de los padres solicitar una licencia y cuidar a sus hijos cuando nacen o cuando son mayores. Involucrarse en las tareas con la pareja, sobre todo los primeros meses en que los recién nacidos necesitan una atención total. Aun y cuando se acordó en la Cámara de diputados conceder una licencia de paternidad por 10 días con goce de sueldo, no existe una obligación ni en la Constitución ni en la Ley Federal del Trabajo para reconocer este derecho a los padres y el periodo por el que se otorga. Hasta ahora, algunas instituciones conceden dicha licencia con tiempos variables entre 3 y 10 días.

La relevancia de esta ley estriba en el reconocimiento oficial de que los hombres también tienen derecho a disfrutar del nacimiento de sus hijos, pues pareciera que solo se reconoce la obligación de trabajar y ser proveedores de la familia.

Falta incorporar en la Ley Federal del Trabajo una licencia por cuidados paternos que permita a las parejas decidir organizarse en cuanto a tiempos y actividades cuando se ve afectada la salud del hijo en caso de enfermedad o cuando se trate de alguna intervención quirúrgica que requiera tiempo de convalecencia y recuperación de la salud del hijo.

En México el derecho a guarderías es para mujeres de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo. Hace falta impulsar medidas que concedan el derecho a los varones a contar con el servicio, pues aun cuando existe en las instituciones o empresas donde laboran, bajo la lógica feminizada del cuidado, son las madres y no los padres quienes tienen derecho.

La importancia de una licencia de paternidad, cuidados paternos y derecho al servicio de guardería formarían parte de una paternidad responsable, un gran avance en materia de la legislación laboral en el caso de los hombres, con vías a la equidad de género en cuanto a oportunidades y ejercicio de derechos (42-43)

Derecho a una paternidad sin riesgos, libre y disfrutable

La discusión, en términos de derechos, cuestiona las desigualdades de género vividas por los hombres al ser excluidos de eventos importantes en el proceso de reproducción y paternidad, centrando el rol de proveedor y las dificultades que enfrentan ante la pérdida del empleo, generando problemas de salud física y psicológica que se reflejan en el estado de ánimo, emociones y sentimientos ligados al estrés y la depresión. Los padres por cumplir con la proveeduría dedican prácticamente todo el día y en ocasiones parte de la noche al trabajo dejando de lado sus tiempos de descanso y la posibilidad de compartir con la pareja y los hijos (44-45), lo cual resulta más complicado en los jóvenes que son padres.

En términos institucionales, es indispensable promover la generación de políticas públicas orientadas a promover el involucramiento, participación y cercanía de los padres con los hijos. Es necesario continuar el esfuerzo iniciado desde los distintos actores y sectores de la sociedad, modificar estereotipos de género, construir identidades paternas más comprometidas, responsables y participativas, las cuales no solo tienen implicaciones en la vida de los hijos e hijas, sino en la relación de pareja, y en la propia vivencia como hombre y padre, disfrutar, reconociendo y aprendiendo nuevas formas de ver el mundo a través de la relación compartida con los hijos día con día, momento a momento a lo largo de su trayectoria de vida.

Por ejemplo, el dilema al que se enfrentan los jóvenes al asumir la responsabilidad de formar familia es elegir entre la pareja y el hijo o continuar con la universidad, ambas opciones se significan de manera diferente; la mayoría pone en primer término la responsabilidad familiar, llevándolos a la búsqueda de un empleo para cumplir su papel de proveedores. Los jóvenes se enfrentan a la necesidad de conseguir un trabajo que les permita costear los gastos económicos que derivan de la decisión de continuar con el embarazo y hacerse responsables de la pareja y el hijo. A menos que se cuente con una beca y el apoyo económico de los padres que sirva de soporte para continuar sus estudios y cumplir con la proveeduría como en el caso de Ismael (quien obtuvo una beca económica de la institución donde cursaba sus estudios profesionales) y de esa manera pudo continuar con su formación y cubrir con la responsabilidad de la proveeduría

Ella me decía ‘oye este, no voy a tener para pañales’ y así como me llegaba mi beca, yo le decía ‘tómala’. Lo que sea, yo juntaba dinero y le daba a ella, empezó ya un compromiso y parte de mi responsabilidad como padre.

La falta de apoyo institucional para los jóvenes que se convierten en padres los lleva, en algunos casos, a abandonar definitivamente sus estudios y a enfrentarse a la dificultad que representa trabajar, estudiar y ser padres al mismo tiempo. Ser padre cuando al mismo tiempo se tiene que ser estudiante, pareja e hijo, para los jóvenes resulta lo más complicado. Implica un despliegue de identidad en diferentes contextos, lo cual requiere un reordenamiento de vida. Aun cuando los padres jóvenes tienen presente el enorme peso de la responsabilidad económica y la proveeduría, también se interesan por la relación y el tiempo que puedan pasar con sus hijos, participar activamente en la educación y establecer una relación emocional. Las redes sociales de apoyo, en muchos casos las familias, resultan fundamentales para que sus hijos estudiantes universitarios-parejas-padres puedan dar continuidad a su vida y superen algunos de los conflictos que se presentan. Familias interesadas porque sus hijos continúen y terminen sus estudios proporcionan apoyo económico, moral, emocional, un lugar dónde vivir, cuidado y crianza de los nietos, y ayudan a sus hijos para que puedan continuar su vida académica, lo cual coincide con el planteamiento de Feldman (46).

Algunas propuestas para la agenda política de los hombres con vías a la equidad de género, son que se visualice el papel de los hombres jóvenes en el ámbito de la paternidad, donde se hagan valer los derechos tales como horarios flexibles tanto en la universidad como en los ámbitos laborales; permisos para cuidados paternos; acceso a guarderías a los hijos de los padres universitarios en la misma escuela o en el trabajo; becas escolares que les permitieran cumplir con la responsabilidad del papel de proveeduría. Hay apoyos para madres solteras como los que brinda Conacyt, pero no existe este tipo de apoyo para los hombres, en quienes recae el peso de la proveeduría, lo que sigue siendo una desigualdad de género.

Las propuestas anteriores permitirían resolver algunos dilemas por los que atraviesan los jóvenes que son padres: “formar familia y hacerte responsable económicamente o continuar estudiando” permitiéndoles cumplir con la proveeduría, continuar su trayectoria escolar y disfrutar la convivencia y cuidado de los hijos.

Consideraciones finales

Involucrar a los hombres en procesos de cambio para asegurar una sociedad más igualitaria no es una tarea fácil, porque implica tocar los significados históricamente contruidos sobre la masculinidad, alguno se sienten que se atenta contra su identidad como hombre.

Se requiere un trabajo desde diferentes sectores, gubernamental con el apoyo para la elaboración de políticas públicas que integren la satisfacción de algunas necesidades a las que se enfrentan los hombres como los permisos por cuidados paternos, licencias de paternidad, apoyo de servicio de guarderías en las empresas, becas escolares para los jóvenes que durante la trayectoria escolarizada se enfrenten a un embarazo y la vivencia de la paternidad.

La información a través de los diversos medios de comunicación que muestre diversas formas de ser hombre-padre-pareja de manera equitativa y armónica, donde se puedan ir deconstruyendo las normas de género que tanto han afectado la vida de muchos hombres y mujeres.

Los compromisos que tendrían que asumir los jóvenes y no tan jóvenes en la lucha por la igualdad de género son muchos y a veces parecieran contradictorios aunque no lo sean, como pensar en que si se apoya y visualiza a los hombres podría atentar los avances de las luchas feministas.

Fomentar iniciativas que promuevan la corresponsabilidad en la crianza de los hijos, la negociación de las relaciones sexuales, el uso de anticoncepción con la finalidad de incorporar la planificación de los hijos de manera responsable resulta de fundamental importancia.

Referencias bibliográficas

1. Unesco. Roles masculinos y masculinidades desde el punto de vista de una cultura de paz. Informe de la Reunión del Grupo de Expertos, Oslo, Noruega, 24-28 de septiembre. Oslo: Unesco; 1997.
2. Tena O, Jiménez L. Algunos malestares en la experiencia de los varones: ¿podemos ir reflexionando sobre sus derechos sexuales y reproductivos?. Figueroa JG, Salguero A (Coord.) ¿Y si hablas de...sde tu ser hombre? Violencia, paternidad, homoerotismo y envejecimiento en la experiencia de algunos varones. México: El Colegio de México; 2014 pp. 331-360.
3. Figueroa J G, Nájera J. El uso de las autopsias verbales para analizar algunos suicidios de varones progenitores. *Acta Universitaria*, 2015, 25(NE-3): 19-25. DOI:10.15174/AU.2015.848
4. De Beauvoir. S. El segundo sexo. Los hechos y los mitos, tomo 1; La experiencia vivida tomo II, Buenos Aires: Ediciones Siglo veinte; 1977.
5. Gutmann M. Ser hombre de verdad en la Ciudad de México. Ni macho ni mandilón. El Colegio de México. México; 2000.

6. Salguero MA. Identidad masculina. Elementos de análisis en el proceso de construcción. México: Universidad Autónoma de México, FES Iztacala, 1.^a Reimpresión; 2014.
7. Salguero MA, Pérez G. Dilemas y conflictos en el ejercicio de la maternidad y la paternidad. México: UNAM, FES-Iztacala; 2011.
8. Seidler V. La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social. México: Coedición PUEG, UNAM, Ciesas, Paidós; 2000.
9. Clatterbaugh K. What is problematic about masculinities? *Men and Masculinities*, 1998;1(1):301-30.
10. Amuchástegui, A. ¿Masculinidad(es)? Los riesgos de una categoría en construcción. En: Careaga G, Cruz S (Coord.), *Debates sobre Masculinidades*, México: PUEG, UNAM, 2006, pp. 159-181
11. Duncanson C. Hegemonic Masculinity and the Possibility of Change in Gender Relations. *Men and Masculinities*, 2015;18(2):231-248.
12. Salguero MA. Masculinidad como configuración dinámica de identidades. En Juan Carlos Ramírez y José Carlos Cervantes (coordinadores) *Los hombres en México. Veredas recorridas y por andar. Una mirada a los estudios de género de los hombres, las masculinidades*. México: Cucea, PIFI; 2013, pp. 37-53.
13. Pérez G. ¿Qué es el desarrollo psicológico? Una propuesta desde una perspectiva sociocultural. En: Pérez G, Yoseff JJ (Coord.) *El desarrollo psicológico desde un enfoque sociocultural*; 2011, pp. 4-25.
14. Moreno S. La Paternidad corresponsable también se aprende. *Hombres Igualitarios. La Revista digital de AHIGE*, 2015 6(81):1-10.
15. Chant S, Craske N. *Gender in Latin America*. London: Latin American Bureau, 2003.
16. Salles V, Tuirán R. Cambios demográficos y socioculturales: familias contemporáneas en México. En: Schmukler B (Coord.), *Familias y Relaciones de Género en Transformación*. México: Edamex/Population Council; 1998, pp. 83-126.
17. Dória E., Oliveira M C, Muzskat M. The family man: Conjugalidad and fatherhood among middle-class Brazilian men un the 1990s. Oliveira C (Coord.) *Os Homens, esses desconhecidos... (Masculinidad e Reproducao)*. Sao Paulo, Brasil. (mimeo); 1999.
18. Fuller N. Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. Norma Fuller, *Paternidades en América Latina*, Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial; 2000, pp. 35-90.

19. Viveros M. Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo, perspectivas teóricas y analíticas. Fuller N. (Coord) *Paternidades en América Latina*, Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial; 2000, pp. 90-128.
20. Nava R. Sobre los elementos que intervienen en el ejercicio paterno. *Salud Reproductiva y Sociedad*. México: El Colegio de México; 1998, pp. 23-26.
21. Rojas O. La paternidad y la vida familiar en la ciudad de México, un acercamiento cualitativo al papel desempeñado por los varones en los ámbitos reproductivo y doméstico. Tesis Doctorado en estudios de población. El Colegio de México, A. C., Centro de estudios demográficos y de desarrollo urbano; 2000.
22. Jiménez M L. La reproducción de los varones en México. El entorno sexual de la misma, estudios de casos. Tesis Doctorado en Sociología. FCPyS, UNAM. México, 2001.
23. Salguero M A. Significado y Vivencia de la Paternidad en el Proyecto de vida de los varones. Tesis Doctorado en Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México, 2002.
24. Salguero MA *Fathering in México*. Roopnarien JL (Ed.) *Fathers across cultures. The importance, roles and diverse practices of dads*. California: Praeger, ABC-CLIO, LLC; 2015, pp. 63-91.
25. Haces A. La vivencia de la paternidad en varones del Valle de Chalco En: Figueroa JG, Jiménez L, Tena, O (Coords.) *Ser padres, esposos e hijos: Prácticas y valoraciones de varones mexicanos*. México: El Colegio de México, 2006. pp. 121-155.
26. De Jesús D, Cabello L. Paternidad adolescente y transición a la adultez: una mirada cualitativa en un contexto de marginación social. *Iberoforum, Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*; 2011, 6(11):1-27.
27. Stern C. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*; 2004, 39:129-158.
28. Núñez G. Vínculo de pareja y hombría: “atender y mantener” en adultos mayores del Río Sonora, México. En: Amuchástegui A, Szasz I. (Coords.) *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. México: El Colegio de México; 2007, pp. 141-184.
29. De Keijzer B. Los derechos sexuales y reproductivos a partir de la dimensión de la masculinidad. Ponencia presentada en la V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. El Colegio de México, (mimeo); 1995.

30. Figueroa J G. Algunos elementos del entorno reproductivo de los varones al reinterpretar la relación entre salud, sexualidad y reproducción. *Mujer Salud/ Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe RSMLAC*; 2000 (3):60-72.
31. Figueroa J G. ¿Es posible la democracia en la familia?, *Fem*; 2001, 25 (217):25-30.
32. Ramírez JC, Cervantes JC. Estudios sobre la masculinidad y políticas públicas en México. Apuntes para una discusión. En: Ramírez, J.C y Cervantes, J. C. (Coord.) *Los hombres en México. Veredas recorridas y por andar*. México: Cucea- AMEGH, 2013. pp. 201-222.
33. García B, Oliveira O. El ejercicio de la paternidad n el México urbano. En: Ariza M. y Oliveira O (Coord.) *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales; 2004, pp. 283-318.
34. Ayala G. De la educación a la política pública. En: Careaga G, Cruz Sierra S (Eds.), *Debates sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía*; México: PUEG-UNAM; 2006, pp. 337-352.
35. De Keijzer B. Para negociar se necesitan dos. Procesos de interacción en la pareja con énfasis en la crianza: Una aproximación crítica desde lo masculino. En: Figueroa JG (Coord.) *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. Miguel Ángel Porrúa (Ed.), México: Programa Universitario de Investigación en Salud, PUEG; 2001, pp. 259-276.
36. Barker G., Verani F. La participación del hombre como padre en la región de Latinoamérica y el Caribe: una revisión de literatura crítica con consideraciones para políticas. Rio de Janeiro: Promundo—Save the Children, 2008.
37. Figueroa JG. La presencia de los varones en los procesos reproductivos; algunas reflexiones. En: Susana Lerner (Ed.) *Varones, sexualidad y reproducción*. El Colegio de México, México; 1998 pp. 163-189.
38. Pruett, K. *El rol del padre. La función irremplazable*. Buenos Aires: Vergara; 2001.
39. Monge G, González G. Igualdad de género, pobreza, políticas de conciliación entre los ámbitos productivos y reproductivos y presupuestos públicos: un estudio de caso sobre Costa Rica. Estudio presentado en la Reunión internacional de expertas/os sobre cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público: Una mirada desde el género, México: UNFPA/GTZ; 2005.

40. Cepal. Propuesta de indicadores de paternidad responsable. Educación reproductiva y paternidad responsable en el Istmo Centroamericano. Santiago de Chile: Cepal, 2002.
41. CEAMEG. Colección Género y Derecho. H. Cámara de Diputados, México [Internet]; 2007 [Consultado 27 enero 2017] Disponible en: www3.diputados.gob.mx/camara/CEAMEG
42. Salguero MA, Frías H. Reflexiones en torno a la paternidad responsable y la crianza de los hijos. En: Figueroa, J. G. (Coord.) Elementos para un análisis ético de la reproducción. México: Porrúa; 2001, pp. 275-302.
43. Jiménez ML. Dando voz a los varones. Sexualidad, reproducción y paternidad de algunos mexicanos. México: UNAM, CRIM, 2003.
44. Jiménez, ML, Tena O (Coords.). Reflexiones sobre masculinidades y empleo, México: CRIM-UNAM, 2007.
45. Figueroa Perea JG. Paternidad, mortalidad y salud: ¿es posible combinar estos términos? Estudios sobre Varones y Masculinidades para la generación de políticas públicas y acciones transformadoras. Montevideo: U de la R, 2011.
46. Feldman L. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychology*. 2008;(7):739-751.

Aspectos relacionados con el inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes colombianos: insumos para la prevención

Edgar Alexander Rincón Silva⁸

Resumen

El presente capítulo aborda el inicio de las relaciones sexuales penetrativas o coitales; un evento de importancia personal y social que puede afectar la salud sexual y reproductiva y el bienestar general del individuo, especialmente si ocurre a temprana edad. Se presentan algunos datos que permiten dimensionar el problema en Colombia y se exponen aspectos relacionados con las relaciones sexuales de inicio en la adolescencia y sus posibles repercusiones en la salud sexual y reproductiva como el embarazo no planeado, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el aborto inseguro. Aborda algunos de los determinantes o aspectos relacionados con el inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años, en los niveles personal, familiar y social. Trata aspectos como la menarquía temprana, las relaciones afectivas asimé-

8 Historiador, magíster en Salud Sexual y Reproductiva, docente en la Fundación Educativa de Montelíbano. Interesado por la divulgación de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género en entornos educativos con población joven. Correo electrónico: a.rinconsilva@gmail.com

tricas y las conductas de riesgo; en el nivel familiar, las separaciones de los padres y la falta de comunicación y de supervisión o acompañamiento al adolescente; y en el nivel social, las inequidades y violencias estructurales, incluyendo la incidencia de las construcciones sociales del género en este fenómeno. Finalmente se presentan algunas reflexiones en torno a la violencia sexual y su prevención.

Palabras clave: *adolescentes, conducta sexual, género, sexualidad, primera relación sexual*

Abstract

The present chapter addresses the beginning of penetrative sexual intercourse (also known as sexual debut), an event of personal and social importance that can affect sexual and reproductive health and the general well-being of the individual, especially if it occurs at an early age. For this reason, data will be presented that will allow us to assess the problem in Colombia and will discuss aspects related to sexual relations that occur in adolescence and their possible repercussions on sexual and reproductive health, such as unplanned pregnancy, sexually transmitted infections (STI) and unsafe abortion. It will address some of the determinants or aspects related to the onset of sexual intercourse before the age of 15, at the personal, family and social levels. Personal aspects such as early menarche, asymmetric affective relationships and risk behaviors will be discussed; at the family level, separation of parents and lack of communication and supervision or accompaniment to the adolescent; And at the social level, inequities and structural violence, including the incidence of social constructs of gender in this phenomenon. Finally, some reflections on sexual violence and its prevention will be presented.

Keywords: *adolescence, sexual behavior, gender, sexuality, first Intercourse*

Primeras relaciones sexuales coitales, un tema de importancia

El inicio de la vida sexual es considerado en diferentes entornos culturales como un momento de especial importancia para la vida de las personas. Históricamente,

ha sido posible encontrar referencias al tema en las leyes, la literatura, la religión o la música (en los cuales se le reconoce también como “la primera vez” o la pérdida de la virginidad). En algunos contextos se le asocia con rituales de paso a la adultez o se le vincula especialmente con la unión marital (1). En general se le considera un momento importante en lo individual, lo social y lo psicológico, recordado con intensidad, aunque a menudo esté marcado por temor, nerviosismo o inseguridad. No siempre esta vivencia se asocia con el placer del orgasmo, especialmente en las mujeres (2–4). Este evento marca el inicio de la biografía sexual y es una de las experiencias que dentro de la sexualidad abre el camino para relacionarnos con otros a través del placer, el erotismo y el afecto (5). La mayoría de las personas inicia su vida sexual durante la adolescencia, es decir durante el periodo de vida entre los 10 y 19 años. Esto implica que el inicio de las relaciones sexuales puede afectar la salud y el bienestar de las personas en un momento de profundos cambios y transformaciones de gran influencia para su vida adulta (6).

Para los adolescentes, las primeras relaciones sexuales coitales o penetrativas también son entendidas como un evento memorable o importante (de transición, no siempre placentero, pero sí gratificante) que puede marcar positivamente su vida e involucrarlos en nuevos roles y facetas de su sexualidad, como las relaciones de pareja, el autocuidado y la exploración positiva del erotismo. El manejo de las primeras relaciones sexuales sin precocidad, de manera autónoma, responsable e informada, pero sobre todo consensuada y en el marco de relaciones sin violencia o coerción, puede favorecer su salud sexual y reproductiva, su desarrollo emocional y la construcción de relaciones igualitarias a lo largo de su vida (2, 5, 7).

Se considera que el inicio de las relaciones sexuales es precoz o temprano cuando ocurre antes de los 15 años (8), edad en que se considera que los adolescentes no se han desarrollado física, mental y emocionalmente para tomar decisiones conscientes sobre la actividad sexual (9). Es natural que la mayoría de estudios que abordan la sexualidad adolescente toquen el tema del inicio precoz de las relaciones sexuales por ocurrir en la adolescencia temprana (10 a 14 años) y tener serias implicaciones en el desarrollo biopsicosocial que se está presentando en esta etapa y en la consolidación del proyecto de vida (10).

En general, los estudios han revelado que el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad es un fenómeno que entraña numerosos riesgos y se asocia positivamente con el embarazo adolescente, mayor presencia de ITS, vulneración de

derechos y afectaciones de diversa índole (9, 11, 12). Estos hallazgos han hecho que se considere como relevante su estudio vinculado a la promoción y la prevención de la salud sexual y reproductiva.

Otro aspecto asociado con las relaciones sexuales a edad temprana es la edad legal de consentimiento prevista en la legislación de los países. La edad mínima de consentimiento sexual es la edad en que una persona es considerada capaz de acceder con autonomía a la actividad sexual. El objetivo de establecer una edad mínima de consentimiento es proteger a los adolescentes de los abusos y de las consecuencias que pueden no ser plenamente conscientes en el momento de iniciar la actividad sexual temprana (12). En el caso de Colombia, la edad de consentimiento legal es de 14 años según el artículo 208 del Código penal colombiano (Ley 599 de 2000) (13).

Se debe considerar que el tema de la primera relación sexual en adolescentes ha sido objeto de estudio de numerosas investigaciones y publicaciones de tipo cuantitativo y cualitativo (a nivel global y en Colombia) que abordan el tema desde la perspectiva heterosexual con datos que reflejan, casi exclusivamente, las primeras experiencias coitales entre hombres y mujeres. Esto ocurre tal vez porque estas constituyen la norma social y no han sufrido el ocultamiento o la persecución de las relaciones homosexuales (14).

Los estudios cuantitativos sobre el tema ayudan a obtener perfiles del comportamiento de los adolescentes, especialmente en cuestiones como la edad más frecuente de inicio de sus relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos en el “debut sexual” y permiten generar asociaciones entre algunos fenómenos o variables sociodemográficas y el inicio temprano o tardío de las relaciones sexuales. Los estudios cualitativos, permiten profundizar en aspectos tan importantes como el contexto psicosocial, los significados que los adolescentes atribuyen a esta experiencia y las circunstancias que frecuentemente rodean dicho momento (15).

Algunas cifras y tendencias

De manera global se reconocen tendencias específicas en el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes que permiten comparar las variables asociadas al fenómeno y diseñar planes de acción y prevención. Se reconoce de manera general que las mujeres adolescentes son mucho más proclives a iniciar sus relaciones sexuales en el contexto de una unión conyugal, especialmente en los países de Asia; mientras que la mayoría de los varones inician sus relaciones sexuales siendo solteros. En cuanto a

la edad no es tan frecuente el inicio antes de los 15 años, especialmente en los países de Asia y los varones se inician sexualmente más temprano que las mujeres en América (tendencia contraria en los países de África). Respecto de la zona de vivienda, las mujeres que habitan en zonas rurales son más proclives a iniciar sus relaciones sexuales de manera temprana que las mujeres de zonas urbanas. Tendencia contraria en el caso de los varones, inician más temprano los que habitan en zonas urbanas (16).

Los estudios no solo han permitido crear ciertos perfiles de comportamiento e intereses de la población frente a la primera relación sexual, también han permitido analizar el impacto de inequidades sociales y del subdesarrollo en las experiencias de los adolescentes en su primera relación sexual. Por ejemplo, aunque el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad no parece exclusivo de países pobres (porque es posible encontrar datos de más del 50 % de adolescentes iniciadas sexualmente en ambos extremos del desarrollo, como Reino Unido y Malí) el uso de anticonceptivos en las primeras relaciones sexuales sí parece directamente relacionado con el desarrollo: mientras en América Latina y el Caribe la mayoría de las jóvenes no usó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, en Europa occidental la amplia mayoría de las jóvenes se inició usando medios anticonceptivos (17).

En Colombia, se repiten las tendencias globales mencionadas. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2015 arrojó que el 17 % de las entrevistadas con edades entre los 20 y 24 años tuvo su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad y que el inicio de relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años aumentó de un 40,9 % a un 65 % en las mujeres, y de un 72,9 % a 81,2 % en los hombres. Se revela igualmente que el 17,4 % de las adolescentes están o han estado embarazadas, y al menos la mitad no quería realmente tener un hijo (50,5 % quería tener su hijo más tarde o no lo quería). Se acepta igualmente que es más frecuente el inicio temprano de relaciones sexuales en las mujeres sin educación, en contextos de pobreza y en aquellas que viven en áreas rurales. La ENDS 2015 ratifica igualmente que los hombres inician en promedio su vida sexual a edades más tempranas que las mujeres (18-19).

En general puede considerarse para Colombia que los hombres se inician más temprano que las mujeres en la sexualidad, que la edad frecuente de inicio de relaciones sexuales en adolescentes rodea los 13 o 14 años para ellos, y los 15 y 16 años para ellas. Así lo indican diversos estudios realizados en ciudades como Armenia (20), Tuluá (21), Medellín (22-24), Bogotá (25-26), Valledupar (27), Santa Marta (28), Barranquilla (29), entre otros, patrocinados por entidades como la Procuradu-

ría General de la Nación (30), el Sistema de las Naciones Unidas y el Ministerio de la Protección Social junto con el Fondo de Poblaciones (31).

Relaciones sexuales tempranas y su relación con la salud sexual y reproductiva

Desde la perspectiva de la salud se busca promover la postergación de las relaciones sexuales tempranas en la población adolescente para prevenir los fenómenos adversos para la salud sexual y reproductiva y para el desarrollo de su proyecto de vida los cuales se han asociado positivamente a las relaciones sexuales precoces: embarazo adolescente, mayor prevalencia de infecciones de transmisión sexual y mayor probabilidad de abortos en condiciones inseguras (31-32).

Los estudios coinciden en general en apuntar que el inicio de las relaciones sexuales a edad temprana es un determinante de embarazo en la adolescencia, especialmente porque se ha demostrado que en América Latina y el Caribe, hay una alta tendencia a no usar métodos de protección en las primeras relaciones sexuales. De hecho, los estudios han encontrado que, a más corta edad de inicio, menor probabilidad de uso del preservativo por incapacidad económica, barreras sociales al uso de anticonceptivos, barreras de acceso a servicios de salud sexual especialmente si se es menor de 14 años y poca capacidad de negociación del uso del condón con la pareja, sobre todo en relaciones afectivas asimétricas (28, 31, 33).

Por ejemplo, un estudio realizado en Bogotá reveló que solo el 15 % de los jóvenes en la capital usaron condón en su primera relación sexual (25). Otro estudio, esta vez en Medellín realizado en 2013 reveló que el 58,2 % de los adolescentes participantes no utilizaron condón en su primer encuentro sexual (34).

Las cifras de embarazo en la adolescencia como consecuencia del inicio de relaciones sexuales tempranas y sin protección son verdaderamente preocupantes a nivel global y local. Es un problema que afecta principalmente a los países en vías de desarrollo como el nuestro. América Latina y el Caribe es hoy la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África Subsahariana. Pero proyecciones recientes plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá estable durante el período 2020-2100. En nuestra región, una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años, siendo casi un 20 % de estas menores de 15 años (35, 36).

Nuestro país comparte las cifras preocupantes de la región. Según el DANE, en el 2016 nacieron 5525 bebés de adolescentes entre los 10 y 14 años y 129 548 de madres entre los 15 y 19 años, datos que sugieren que alrededor del 20 % de los nacimientos registrados en ese año ocurrieron en adolescentes (37). Algunos estudios señalan además que en nuestro país entre 2005 y 2009 se presentaron 33 355 casos de embarazos en menores de 15 años, incluyendo el caso de una menor de 9 años embarazada en 2008 en Bucaramanga (el más temprano registrado). Las estadísticas han mostrado igualmente que el número de embarazos en la adolescencia aumentan al acercarse a los 15 años. Las regiones que presentan mayores cifras de embarazo en adolescentes menores de 15 años son Antioquia, Valle, Bogotá, Córdoba y Bolívar (31). Estas cifras indican que un importante número de adolescentes iniciaron relaciones sexuales tempranas, incluso en edades en las cuales se podría considerar que sus embarazos ocurrieron en el contexto de un abuso sexual (recordar edad legal de consentimiento), elemento que entraña una problemática adicional para los sistemas de salud, la sociedad y la justicia, y nos invita a reflexionar sobre el cuidado y la información que se brinda a los adolescentes.

El inicio de las relaciones sexuales y el embarazo en la adolescencia están asociados a uniones tempranas, en ocasiones avaladas o promovidas por prácticas culturales. Dar en matrimonio a las niñas de corta edad es una práctica particularmente difundida en el África Subsahariana y en el Asia Meridional. En América Latina es común que haya uniones con mujeres adolescentes entre los 16 y 18 años (38). En Colombia, por ejemplo, son comunes dentro de la etnia Embera Chamí las uniones a edades tempranas (12 a 15 años), lo que se convierte en un predictor de inicio temprano de relaciones sexuales y de embarazo adolescente en este grupo (39).

A pesar de esto, hay consenso en que, aunque ocurra en el contexto de unión legal, el embarazo en la adolescencia es definitivamente un fenómeno que debe prevenirse. Esto se afirma porque se ha demostrado que el embarazo a temprana edad puede ocasionar importantes afectaciones a la salud y al proyecto de vida de las adolescentes y sus parejas, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad. La madre adolescente puede presentar con mayor frecuencia trastornos hipertensivos de la gestación, poca ganancia de peso, anemia, parto pretérmino, lesiones durante el parto secundario a la desproporción céfalo pélvica, deserción escolar, alteraciones en los procesos familiares, en el desempeño del rol materno e incluso la muerte. En cuanto al niño, el embarazo en adolescentes predispone a un aumento de la morbilidad, la cual está relacionada con bajo peso, prematuridad, aumento de la

morbimortalidad perinatal y en los primeros años de vida, y mayor cantidad de abuso físico, entre otros. La literatura coincide en apuntar que el embarazo adolescente se asocia también con la reproducción de ciclos de pobreza, aumento de las madres solteras y en algunos casos dificultad para rehacer la vida en pareja (40, 41). Por supuesto, estos eventos adversos para la salud y el bienestar de la madre adolescente y su hijo aumentan los costos para el sistema de salud y las familias, aunque son fenómenos perfectamente prevenibles.

En cuanto a la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), es claro que un inicio más temprano de las relaciones sexuales posibilita tener a lo largo de la adolescencia un mayor número de encuentros sexuales y con diferentes parejas, aumentando las posibilidades de tener relaciones sexuales desprotegidas, sobre todo si tenemos en cuenta que la prevalencia del uso de condón en la primera relación sexual es baja. El aumento del riesgo de ITS en mujeres que tienen relaciones sexuales precoces se debe, en parte, a una predisposición biológica del cuello uterino inmaduro si se le expone a la infección. Un estudio de Estados Unidos de 2015 señala que, por ejemplo, las probabilidades de tener una ITS para un joven de 18 años que tuvo relaciones sexuales a los 13 años fueron más del doble que las de un joven de 18 años que tuvo relaciones sexuales por primera vez a los 17 años (9, 11).

En nuestro contexto, un estudio de realizado sobre adolescentes escolarizados de Medellín entre 2010-2013 (publicado en 2016), encontró como resultado que los factores de riesgo más frecuentes para ITS fueron: comenzar las relaciones sexuales antes de los 15 años (59,9 %) y no utilizar condón (58,2 %). Las frecuencias halladas en cuanto a ITS en las mujeres fueron las siguientes: VPH 28,1 %; C. trachomatis 11,4 %; vaginosis bacteriana 42,7 % y candidiasis 14,1 %. En el 6,2 % de los hombres se halló uretritis no gonocócica (34).

Los elementos aquí expuestos, nos indican igualmente que los adolescentes que inician más temprano sus relaciones sexuales tienen más probabilidades de infectarse con VIH o desarrollar cáncer de cuello uterino en la adultez, especialmente si viven en entornos donde las prevalencias son altas y la prevención o el uso del condón no son generalizados. Esto resulta ser un elemento importante si se considera que cerca de 98 % de los casos reportados de VIH en Colombia corresponden al mecanismo de transmisión sexual y en 2013, el porcentaje de adolescentes infectados correspondía casi a 4 % del total de infectados y en la población entre 20 y 24 años llegaba al 12 % (42).

Al respecto, en 2013 se publicaron hallazgos del estudio Comportamiento sexual y prevalencia del VIH en hombres que tiene sexo con hombres (HSH) en Colombia (43). Según se divulgó, la alta proporción va ligada a la edad a la que comienzan las relaciones sexuales. En Cali, casi la mitad de los hombres entrevistados (47,6 %) tuvo su primera relación sexual a los 14 años o menos y 8,3 % de los entrevistados no usó condón en esa primera relación. La entrevista fue aplicada a 2562 personas en siete ciudades. En cuanto a la prevalencia de VIH por edades, en Cali en los menores de 25 años fue de 16,3 %. Lo preocupante, anuncian los medios, es que Cali es la ciudad con más menores de 25 años de Colombia con VIH seguida de Barranquilla, con 8,3 %. Esto implica que se debe trabajar también con los adolescentes LGTBI pues el inicio de sus relaciones sexuales, evento poco estudiado, también entraña riesgos para su salud sexual y reproductiva (44), especialmente porque en nuestro país la epidemia está concentrada en mujeres en situación de prostitución y hombres que tiene sexo con hombres.

Frente al tema del aborto se estima que cada año a nivel global se practican alrededor de tres millones de abortos inseguros en adolescentes entre 15 y 19 años (45). Los abortos inseguros contribuyen sustancialmente a las muertes maternas y a problemas crónicos de salud. El estudio del Instituto Alan Guttmacher publicado en 2011 estimó que en Colombia ocurren un promedio de 400 000 abortos inducidos y unos 911 897 embarazos no deseados por año, cifras superiores al promedio en América Latina y el Caribe. La causa principal de los abortos que se practican en nuestro país es el embarazo no deseado. El mismo estudio reveló que las regiones con mayor cantidad de abortos clandestinos son Bogotá, el Pacífico y la Costa Atlántica. Ambas realidades (aborto clandestino y embarazo no deseado) se pueden vincular con el inicio temprano de relaciones sexuales y el bajo uso de métodos anticonceptivos (46).

Al respecto, recientemente la Universidad Externado de Colombia divulgó una encuesta realizada en Bogotá donde el 46 % de menores de 15 años que quedan en embarazo abortan y, además, 59 % de jóvenes no usa métodos anticonceptivos. Otro dato publicado estaba relacionado con la reincidencia: del total de menores que afirmaron haber abortado, el 10,2 % por ciento aseguró haberlo hecho dos veces. Además, la edad pico en los abortos en menores de 15 años en Bogotá es a los 14 años, con un 34,3 % (47).

Por supuesto los datos nos muestran que la problemática del aborto, ligada al embarazo no deseado, puede reducirse si se trabaja para favorecer la toma de deci-

siones informadas, autónomas y responsables en los adolescentes, que les permitan retrasar el inicio de sus relaciones sexuales penetrativas a una edad en la cual haya un mayor desarrollo de autonomía, conocimiento y empoderamiento y se eliminen barreras de acceso a los anticonceptivos.

Al respecto, Campo-Arias *et al.* establecen que postergar el inicio de relaciones sexuales conlleva importantes implicaciones en la salud pública, ya que se reducen los embarazos no deseados, las muertes por abortos intencionados, el consumo de sustancias tóxicas y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH (48). Algunos estudios realizados en Estados Unidos sugieren que la prevención de relaciones sexuales tempranas puede favorecer la salud y el desarrollo del individuo, pues asocian el fenómeno del “debut sexual” precoz con dificultades posteriores para alcanzar el orgasmo, mayor número de parejas sexuales, sentimientos de culpabilidad, depresión, baja autoestima, mayor riesgo de abuso de sustancias en la adolescencia, de unirse a pandillas, huir de casa, abandonar la escuela, tener menos educación o encarcelarse en algún momento de su vida (9).

Estos últimos elementos no han sido abordados por los estudios consultados para el tema en Colombia. Algunos de los fenómenos descritos, como unirse a pandillas o el uso de sustancias psicoactivas, no deben ser considerados un efecto del inicio de las relaciones sexuales tempranas sino de los factores familiares y sociales que pudieron influir para que los adolescentes tuvieran relaciones sexuales coitales antes de los 15 años (como la pobreza o la falta de supervisión de sus padres). En últimas, no se trata de satanizar el tema o de quedarse en la perspectiva de riesgo y adultocéntrica en la que florezca una representación negativa frente a los adolescentes que inician relaciones sexuales, viéndolos únicamente como un problema y un desafío para el orden establecido; pero sí de proponer una reflexión sobre esta realidad y entender por qué la postergación del inicio de las relaciones sexuales puede ser una decisión acertada.

Aspectos relacionados con el inicio temprano de relaciones sexuales

Numerosos estudios han relacionado diversos aspectos con la alta frecuencia de relaciones sexuales en la adolescencia, especialmente antes de los 15 años (determinantes y motivaciones). En el presente apartado se exponen los determinantes a nivel personal, familiar, social y estructural, para luego dar paso a las motivaciones específicas que aducen los adolescentes para llegar al coito.

En el nivel personal, los estudios han mencionado la asociación entre relaciones sexuales tempranas y la reducción de la edad de aparición de la menarquía. La edad de la menarquía se ha reducido alrededor de los 11-12 años, este hecho significa que la adolescente puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales sin protección a muy temprana edad, por esta razón se le considera también como un factor determinante del embarazo adolescente (49-50). Un estudio de 2015 revela que la mayoría de las madres adolescentes que fueron entrevistadas tuvieron su menarquía antes de los 12 años, lo que muestra que forman parte de la tendencia mundial al adelantamiento de este proceso biológico: la menarquía se ha adelantado en la mayoría de países, incluida Colombia (51).

Este hecho puede relacionarse con las relaciones sexuales tempranas, especialmente en contextos con poca educación y recursos, dado que las niñas solo son informadas e instruidas en relación con los elementos de higiene y la incorporación del sentido común del “cuidado”, sin crear capacidades para la toma de decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad ahora que están entrando el periodo fértil de su vida. Seguramente por su edad temprana no se discuten los derechos reproductivos ni los derechos sexuales y tampoco existen elementos para que las niñas aprendan sobre el abuso y la violencia sexual en la escuela (51). La menarquía, un evento relacionado directamente con la sexualidad y la posibilidad de la reproducción, podría servir como espacio para dialogar con las adolescentes sobre las relaciones sexuales coitales, sus implicaciones para la vida y las ventajas de posponerlas, sobre la manera de tenerlas de forma segura y prevenir en el futuro un embarazo no deseado.

Otro elemento de carácter individual que ayuda a predecir el inicio de relaciones sexuales es el noviazgo en la adolescencia temprana y en el marco de relaciones asimétricas de edad y poder, hecho que dificulta la capacidad de negociación del inicio de las relaciones sexuales y el uso de protección. Al respecto, un estudio de Vargas *et al.* expresa que el noviazgo se establece como una experiencia significativa que favorece el inicio de la actividad sexual (52), especialmente en los hombres que reportan permisividad social pues a través del noviazgo y las relaciones sexuales pueden reafirmar su masculinidad. Otro estudio mencionó que las adolescentes sin parejas estables tenían menos tendencia al inicio de relaciones sexuales (53). El estudio de Rincón-Silva en 2013 (54) reveló igualmente que las adolescentes se sentían más cómodas y tendían a iniciar su vida sexual en el marco de una relación afectiva: el noviazgo favoreció el coito porque en el espacio de la relación afectiva se reforzó la imagen positiva de la pareja y su confianza en ella. También legitimaba socialmen-

te su intención de tener relaciones sexuales pues se interpretaba como un acto de amor en el marco de una relación aceptada socialmente (15, 55-56).

Ahora bien, en el contexto de las relaciones afectivas se debe considerar especialmente riesgoso si hay presencia de asimetrías de edad y poder. Las adolescentes entrevistadas en diversos estudios tuvieron en su mayoría relaciones afectivas a edades tempranas con hombres mucho mayores que ellas. Se agrega también que al revisar la base de datos de embarazos en menores de 15 años del quinquenio 2005-2009, solamente 1 % las parejas de las madres adolescentes menores de 15 años del país eran pares entre 11 y 14 años. De hecho, casi en la mitad de los casos se trataba de hombres de 15 a 20 años, y un 36,2 %, entre 21 y 30 años (31). Se reitera que estas asimetrías en las relaciones afectivas implican para los adolescentes un elemento muy importante: poca capacidad de negociación del inicio de relaciones sexuales y del uso de protección frente a la pareja adulta que cuenta con más recursos y experiencia para dar una sensación de confianza, independencia y seguridad mucho mayor que otro de sus pares con los mismos miedos, incertidumbres y dependencia económica.

Otro aspecto importante relacionado con las asimetrías en las parejas de las adolescentes es el de la violencia de género y la violencia sexual. Legalmente, aunque las adolescentes no lo vean así, los testimonios y las cifras revelan una alta incidencia de abuso sexual con menores de 14 años en el país, naturalizado y encubierto por relaciones afectivas que el contexto tolera, consiente o promueve (incluido el entorno familiar). Este elemento opera con unas construcciones y patrones de género que recalcan la sumisión de las mujeres y el liderazgo para los hombres.

Finalmente, dentro de los aspectos personales relacionados con el inicio de relaciones sexuales los estudios consultados señalan también los siguientes aspectos: baja autoestima, abandonar la escuela, salidas frecuentes (billares, centros comerciales), asistir a fiestas, consumir de licor y probar drogas en la adolescencia, sin que ninguno sea especialmente afirmativo (21, 30, 47). Los dos últimos aspectos han sido señalados por otros estudios como elementos que, presentes en el inicio de la vida sexual, han marcado una reducción de la percepción del riesgo y de la voluntad del individuo para tomar decisiones consientes, resultando que los individuos evalúan la primera experiencia coital como negativa y poco placentera.

En el nivel familiar, los estudios concuerdan en que la familia puede constituirse como un elemento protector si ofrece a los adolescentes un ambiente de confianza, hay ingresos suficientes, se facilita el diálogo con los padres —en especial

con la madre—, se presenta supervisión o acompañamiento, se tienen altas expectativas sobre el futuro y no ha habido abandono de alguno de los padres o separación. También mencionan algunos estudios como factor protector la religiosidad en el hogar si es acompañada de la voluntad y el involucramiento activo del adolescente en las actividades de la comunidad religiosa (de la iglesia) a la cual pertenecen los padres (30, 53).

Sobre el nivel educativo de los padres hay diferencias en estudios consultados. Algunos señalan que los padres con mejor nivel educativo se han asociado a menor inicio de relaciones sexuales tempranas (9, 57); otros afirman que el alto nivel educativo compele a los padres a buscar el mercado laboral para desarrollar su carrera y dejan más tiempo a los adolescentes solos acercándolos al riesgo y resaltan en cambio que, en hogares donde la madre por su bajo nivel educativo se dedica a las tareas del hogar, hay supervisión y compañía constante a los adolescentes (58). Todas estas afirmaciones sobre la familia tal vez nos llenen de pesimismo. Aparentemente no resulta fácil ofrecer un entorno protector en nuestro país porque las dinámicas familiares han venido cambiando y las familiares nucleares, a pesar de los reclamos de algunos sectores conservadores de la sociedad, no son ya tan frecuentes. También porque es difícil encontrar a padres y madres que pasen suficiente tiempo con sus hijos e hijas, en parte motivados por las presiones económicas que deben cargar las familias y que obligan a ambos padres a vincularse al mercado laboral dejando a los hijos al cuidado de otros. Sin embargo, una de las claves por las cuales una familia puede ser un entorno protector, parece ser la capacidad de los padres o cuidadores de acompañar, orientar y supervisar a los adolescentes con afecto y preocupación. Este es precisamente un tema que diferentes autores han estudiado al abordar el papel de la familia en el inicio de relaciones sexuales o el embarazo adolescente.

La supervisión parental o acompañamiento tiene que ver con el conocimiento con el que cuentan los padres acerca de las actividades del hijo. Este conocimiento tiene lugar como resultado de los esfuerzos de los padres por dialogar y ejercer control frente a lo que hacen sus hijos, y a su vez, porque los hijos también comparten información de forma voluntaria con ellos sobre sus salidas y sus amigos especialmente. El conocimiento de estos dos factores permite predecir comportamientos de riesgo en los jóvenes, servirles de apoyo y orientarlos oportunamente para la toma de decisiones acertadas y la construcción de un proyecto de vida personal (30).

El aspecto de la supervisión es reforzado por Vargas y Barrera (52) y Rincón-Silva (54). Al acercarse al tema de las relaciones románticas en adolescentes y

el inicio de la vida sexual se percibió que el lugar más frecuente donde se presentó el inicio de la vida sexual fue en la casa de uno de los dos miembros de la pareja (especialmente de los varones), de día y aprovechando la ausencia de los padres o cuidadores. A propósito del inicio de relaciones sexuales más temprano en hombres y su relación con la supervisión familiar es posible asociar el fenómeno también con las nociones tradicionales de género que inculcan que en la familia las mujeres deben ser selectivas, postergar sus relaciones sexuales y conservar su virginidad, a diferencia del varón al cual se le brindan más libertades en materia sexual y se le favorece tener relaciones afectivas desde temprana edad (59-61). En el contexto de la familia, esto significa que gran parte de los mensajes paternos pueden acercar a sus hijos varones al riesgo, pues conllevan el doble estándar respecto al comportamiento sexual de los hijos y las hijas de acuerdo con los modelos de género impuestos (y reforzados socialmente); precisamente muchos varones adolescentes percibían en sus padres actitudes más permisivas respecto a su actividad sexual que con las mujeres (52).

La necesidad de la supervisión parental y de orientación a los adolescentes para desarrollar su sentido crítico frente a las representaciones sociales del género y de la sexualidad, se refuerza con estudios relacionados con la exposición que viven los adolescentes a un número creciente imágenes y contenidos sexuales (que incluyen una hipersexualización de los adolescentes en la música y los videos). Algunos autores señalan que una actitud más favorable hacia las relaciones sexuales en la adolescencia están asociadas significativamente con una mayor exposición a programas de televisión de contenido sexual, menor exposición a la televisión en compañía de los padres, uso del computador y televisión más de dos horas diarias, uso del celular por más de dos horas para contactarse con amigos, computador en la habitación y participación en grupos de jóvenes que implican salidas frecuentes (8, 30, 62).

También es posible asociar el inicio temprano de relaciones sexuales y el embarazo con dos elementos que pueden parecer contradictorios: por una parte, la tolerancia o permisividad a comportamientos de riesgo incluido consumo de licor o relaciones sexuales a corta edad (21), a la par de la reticencia de los padres a permitir que los adolescentes accedan a servicios de salud sexual y reproductiva, obtengan información y conozcan sobre el uso de anticonceptivos (51). Esto último es especialmente preocupante cuando los adolescentes inician relaciones afectivas, a veces con el consentimiento de sus padres, y manifiestan su interés por informarse sobre el uso de anticonceptivos. En esta dinámica, los adolescentes son vistos por los padres como niños cubiertos bajo una especie de asexualidad (pero en el caso del

embarazo, tratados como adultos); por supuesto, estas nociones están relacionadas con la visión de la sexualidad como un tabú y como una amenaza moral.

Otros estudios insisten en las familias nucleares como factor protector. Un hecho realmente complejo con todos los tipos de familias que encontramos en el contexto actual. Sin embargo, debe recalarse que se ha encontrado asociación entre la separación de los padres, abandono o ausencia de uno de los padres por muerte, antecedentes de madre-padre o hermanos que tuvieron hijos en su adolescencia y el inicio temprano de relaciones sexuales (y el consecuente embarazo adolescente) (30, 35, 49, 53). Estos elementos pueden asociarse a carencias afectivas que experimenta el adolescente en su familia y que son suplidas en la relación afectiva en la cual la relación sexual está vinculada al amor y la demostración del afecto.

Todas estas altas expectativas puestas en la construcción del entorno familiar saludable resultan preocupantes, dado que gran parte del trabajo relacionado con brindar orientación a los adolescentes sobre sexualidad, especialmente en su etapa temprana (10 a 14 años) corresponde a la familia, institución que no siempre está preparada o desea abordar el tema de manera asertiva. Adicionalmente, debe considerarse que los adolescentes han sido representados habitualmente desde el punto de vista del riesgo y bajo una perspectiva “adultocentrista” que subraya el ajuste o desajuste de sus formas de ser en relación con las normas del mundo adulto. Mara Viveros coincide con estas premisas al afirmar que en numerosos trabajos de investigación esta población ha sido enfocada como de alto riesgo, confiriéndoles un estatus de inmadurez y atribuyéndole una mera fuerza de amenaza al control social (63).

Factores sociales asociados al inicio temprano de relaciones sexuales

Se señalan comúnmente como factores sociales y estructurales asociados al inicio temprano de relaciones sexuales y embarazo adolescente: el vivir en precariedad, situación de pobreza o desplazamiento, baja oportunidad de escolaridad y encontrar barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (31, 32, 35, 64). Algunos de estos elementos que podemos considerar como violencias estructurales, se hacen más evidentes en el entorno rural, hecho que puede explicar que el inicio de relaciones sexuales en mujeres sea más temprano en este contexto (18). Allí la ausencia del Estado se traduce en dificultad para acceder a educación completa y de calidad, a servicios de salud y anticonceptivos oportunos y con ello, a poder imagi-

nar/desarrollar proyectos de vida cuyo eje principal no sea la unión marital temprana y la maternidad-paternidad. En este aspecto, las inequidades nos revelan que los adolescentes pobres de las ciudades tienen al menos mayor acceso a servicios de salud oportunos y educación que sus pares del campo.

Los estudios muestran también que, a nivel social, la influencia de los pares puede ser un elemento que empuje a los adolescentes a iniciar más temprano su vida sexual (15, 65). Algunos autores señalan la presión de pares como un determinante de inicio de las relaciones sexuales: en ciertos contextos tener una relación sexual puede constituir una obligación para los adolescentes, ya que el individuo se siente raro o el grupo de pares le hace sentir así, especialmente al varón, si no ha tenido esta experiencia o no hace parte de sus relatos comunes. Dos estudios mostraron que el inicio sexual está fuertemente ligado a la vida en grupo: para los adolescentes la iniciación sexual se presenta como un ingrediente fundamental y coherente de su socialización con los pares y es un elemento de éxito que garantizará popularidad o peso en su grupo, integración en las dinámicas discursivas que giran en torno a la sexualidad y una mejor evaluación de su vida sexual por parte de sus pares. En el caso de las mujeres, la presión es ejercida comúnmente por su pareja, que insiste en llegar a la relación sexual como muestra de amor (4, 60).

Dentro de los factores sociales que pueden influenciar y enmarcar las conductas de los adolescentes se debe incluir las construcciones tradicionales de género. Las diferencias de género que circulan en los discursos y las representaciones sociales de la masculinidad y la femineidad pueden legitimar y promover relaciones de dominación-subordinación que minen la autonomía de la mujer o favorezcan la presión grupal que pone a prueba la masculinidad vinculándola al inicio temprano y riesgoso de la sexualidad. Las construcciones hegemónicas de género pueden incluso naturalizar violencias, favorecer la vulneración de derechos y afectar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Al respecto, diversos estudios consultados coinciden en señalar la influencia de las construcciones tradicionales de género en las cuales el varón aparece fuertemente asociado a la disponibilidad sexual y la actividad sexual. Ello se traduce, por ejemplo, en la tendencia por parte de los varones de iniciar más temprano su vida sexual que las mujeres, tener relaciones sexuales con más parejas o de asumir conductas de riesgo (48, 66).

Esta naturalización de los roles de género desiguales en los cuales al varón se le confiere el papel de poder y dominación (esperando que los hombres sean

agresivos y dominantes) y a la mujer se la asocia con la subordinación y sumisión en torno a la figura del varón, puede generar en los adolescentes la idea de que en una “relación seria” o estable, el hombre es quien toma la iniciativa y control sobre las decisiones sobre la sexualidad y la mujer debe asumir un papel sumiso y de total entrega y complacer a la pareja para no ser abandonada. Esta situación se exagera cuando existe una gran diferencia de edad con la pareja, puesto que las mujeres pueden omitir la negociación sobre el uso de protección y aceptar tener relaciones sexuales sin el condón para que el varón se sienta mejor (35, 67).

Las convenciones de género y las morales hegemónicas también hacen que el sexo seguro y el uso de métodos anticonceptivos se enfrenten a las ideas de feminidad y masculinidad (51). Mientras los guiones y representaciones impulsan a las mujeres a desear el amor romántico, el amor de la entrega total e incondicional (y sin protección) al “hombre ideal” que baja de su maravilloso pedestal de poder y se interesa por ellas; los hombres son impulsados a tener el máximo de parejas sexuales que puedan conseguir, incrementando el riesgo de ITS en la población joven, especialmente en las mujeres quienes por su condición biológica (en especial las menores de 18 años) presentan mayor susceptibilidad de infección de VIH que los hombres (67).

El tema de género puede ser más complejo si se considera que las construcciones tradicionales e injustas pueden intensificarse en contextos en los cuales el hombre se ha visto vinculado con roles tradicionales o por dificultades en el acceso a la educación o porque el contexto los refuerza: zonas de colonización temprana, de minería y ganadería o de conflicto armado en donde la división sexual del trabajo ha asociado a los hombres a las labores de la fuerza, el riesgo y el ejercicio del poder. Adicionalmente, en los entornos juveniles los contenidos que circulan en los medios pueden ayudar a reproducir y naturalizar las asimetrías de género. Por ejemplo, en el popular género musical del reggaetón el contenido de muchas de las canciones es de índole sexista: hace clara referencia al sexo (sin asociarlo con la protección, el afecto o el cuidado), la violencia y las asimetrías de género; en él la mujer asume un rol pasivo y sumiso, mientras que el hombre es quien porta el rol dominante y activo, aunque este género musical no es el único que ha contribuido al establecimiento del rol de la mujer como dominada, sumisa y objeto sexual (68).

A estos elementos se puede agregar la presión que ejercen las inequidades de género referentes al mandato social de la maternidad. Desde niñas a las mujeres se les vincula constantemente con la idea de la maternidad y las labores del hogar.

Al concebir el hogar como un espacio de reconocimiento a lo femenino se genera la idea de la maternidad como la principal opción posible para que las mujeres alcancen un proyecto de vida aceptado y valorado socialmente. Estas construcciones fomentan un contexto de permisividad y aceptación a la maternidad temprana que puede influenciar las decisiones de los jóvenes para iniciar temprano sus relaciones sexuales.

Todas estas construcciones sociales sobre lo que se espera de los hombres y las mujeres para reconocerlos como tales, pesan mucho más cuando se trata de menores de 14 años, especialmente si en sus contextos las representaciones hegemónicas dictan los comportamientos y prácticas habituales.

Motivaciones para el inicio de relaciones sexuales

Conocer cuáles son las motivaciones que argumentan los adolescentes para iniciar sus relaciones sexuales coitales puede ser un indicador importante para las labores de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención del embarazo adolescente.

En este tema también es posible encontrar diferencias de género, asociadas a las construcciones hegemónicas de la masculinidad y la feminidad ya expuestas. En el caso de las mujeres, los estudios afirman que su experiencia amorosa al iniciar relaciones sexuales tiende a ser limitada y las expresiones de afecto y los sentimientos hacia la pareja (estar enamorada) funcionan como motivos de la relación sexual (54, 56, 60). En otras palabras, los sentimientos de amor involucrados en la relación de pareja también son mencionados como motivos de inicio de las relaciones sexuales: la seguridad del amor, la confianza hacia la pareja, el cariño y reciprocidad que pueden encontrar las adolescentes en su relación afectiva validan el inicio de la experiencia sexual coital y se asocia con la sensación positiva de ser queridas, respetadas y escuchadas; especialmente porque el “debut sexual” en las mujeres está rodeado de nervios y miedos relacionados con la posibilidad del dolor físico y con la imagen corporal.

En el caso de los hombres los estudios muestran que más allá del amor está la ratificación de la capacidad sexual como componente de la masculinidad, como un motivador para la relación sexual, expresado en el deseo por superar el miedo a la primera vez (miedo a no presentar un desempeño sexual aceptable), aprovechar oportunidades que ofrece la pareja o las amigas y el deseo de probar. Para los

hombres el tener relaciones sexuales se convierte en un indicador de masculinidad, sin embargo estas conductas conllevan un alto nivel de riesgo: tener varias parejas sexuales, tener relaciones sexuales riesgosas, acudir a lugares de prostitución (práctica de iniciación menos habitual que en el pasado según Viveros (69)) o sentirse impulsado a iniciar más temprano sus relaciones sexuales (48, 54). Lo preocupante es que en ocasiones estas conductas no tienen una calificación negativa por parte del entorno.

Otra de las motivaciones que impulsan a los adolescentes a iniciar sus relaciones sexuales es la de sentirse atraídos físicamente por el otro. El interés por la sexualidad se acrecienta en la adolescencia donde los cambios hormonales motivan el deseo sexual, especialmente en los varones por la carga de testosterona (48) y se puede afirmar que el “gustar de alguien” se convierte en una de las motivaciones del inicio de la vida sexual sin que sea el único elemento que influya en la decisión. .

También, según varios estudios, la curiosidad puede ser uno de los motivos comunes para el inicio de la vida sexual en adolescentes, manifestado en deseos de saber lo que significa estar con un hombre o una mujer, cómo ocurre y qué se siente (de manera física o emocional) en la relación sexual con alguien amado (54, 56, 70).

El papel de la violencia

Uno de los elementos que ha generado diversas investigaciones y estudios es el hecho de que el inicio de las relaciones sexuales, especialmente a temprana edad, está generalmente marcado por la violencia, el abuso o la coerción, aspectos que son especialmente frecuentes en zonas de conflicto armado donde se viven diversos tipos de violencias sociopolíticas.

Este tópico es importante porque los estudios señalan que una gran proporción de adolescentes (especialmente mujeres) experimentan su primera relación sexual como un acto de poder y de dominación más que de consentimiento, placer, autonomía y libertad. En muchos casos las mujeres muestran incapacidad de negociar sobre las relaciones sexuales y el uso de la anticoncepción debido a que ellas siguen siendo socializadas en concepciones de roles sociales y sexuales de subordinación. Aunque también influye en la capacidad de negociación el temor a perder a la pareja, y la asimetría en la relación especialmente en términos de edad.

La revisión de Alarcón *et al.* señala que hay poca información sobre iniciación forzada o embarazo por violación, pero los escasos datos pueden resultar alarmantes

(71). Sin embargo, los estudios coinciden en que es más común el inicio en el marco de la violencia y la vulneración de derechos para las mujeres. En muchos casos la violencia o la coerción se traduce en el chantaje emocional e incluso en el ejercicio de la violencia propiciado por un desconocimiento de lo que implicaba iniciar la actividad sexual y sus consecuencias (15, 55).

En Colombia en 2016, de los 21 399 casos de exámenes médico-legales por presunto delito sexual, el 86 % correspondió a población entre los 0 y 17 años siendo la mayoría de las víctimas mujeres, especialmente en el grupo entre los 10 y 13 años (hecho al que se suma que desde el 2013 a 2015 las cifras de presunto delito sexual estuvieron en aumento y solo presentaron una disminución para 2016) (72). En un estudio publicado en 2016 sobre determinantes de embarazo adolescente en Colombia, se menciona igualmente que, del total de delitos sexuales, 30 % ocurren en circunstancias de violencia intrafamiliar y 50 % son cometidas por un familiar, siendo común que sea el padrastro en familias reconstituidas. Los análisis igualmente han determinado que 84 % de los nacimientos son de relaciones de mujeres entre 10 a 14 años con hombres mayores de 20 años y por tanto considerados delitos sexuales, muchas veces producto de relaciones asimétricas en el ejercicio de poder en la toma de decisiones sobre la sexualidad que pueden llevar fácilmente a plantear situaciones de chantaje para justificar el abuso sexual y para no denunciarlo (31).

Para nuestro contexto también debe considerarse la estrecha relación entre conflicto armado y violencias de género y sexual. Según Oxfam (73), entre 2001 y 2009, 489 687 mujeres fueron víctimas directas de violencia sexual en los 407 municipios del país con presencia de actores armados como la fuerza pública, guerrilla y paramilitares. Las mujeres afrocolombianas e indígenas se han visto especialmente afectadas por el desplazamiento y la violencia sexual en nuestro país, y las adolescentes han sido sometidas a certámenes de belleza obligatorios, a coerción y amenazas para permitir las presiones sexuales de dichos actores armados (74-75).

Es importante recordar que en Colombia se considera como acceso carnal abusivo toda relación sexual con menor de 14 años según la Ley 1236 de 2008. Aunque desde vigencia de esta Ley las relaciones sexuales con un menor de 14 años son consideradas un delito es común que los adolescentes que inician relaciones sexuales antes de los 14 años no tengan esta percepción y manifiesten que la relación sexual ocurrió bajo su consentimiento (51). Esto indica que muchas formas de violencia (chantaje emocional, coerción, presión, relaciones en el marco de abuso) son a menudo naturalizadas por los adolescentes, especialmente en relaciones afectivas

a temprana edad que permiten que el adolescente considere que está formando parte del mundo adulto y no de relaciones abusivas. Esto plantea interrogantes sobre el medio social en el cual se forman los adolescentes, su tolerancia a la existencia de relaciones con amplias diferencias de edades en las cuales puede ocurrir el abuso y un claro desconocimiento de las implicaciones legales de dichos encuentros. Infortunadamente se observa que hay amplias posibilidades de que los adolescentes lleguen a sus primeras relaciones sexuales sin gozar de verdadera autonomía, con poco control sobre la situación y cercanos a enfrentarse a relaciones poco placenteras y a profundas heridas.

Reflexiones para la acción

Se deben evitar las tendencias adultocéntricas, centradas en el riesgo y que perciben al adolescente como un problema y un desafío. Se debe buscar entender la dinámica real, el pensamiento y necesidades de los diversos grupos adolescentes sobre su sexualidad, para reconocer, hacer visible y aprovechar su gran capacidad creativa e innovadora, al mismo tiempo que se aborda la sexualidad adolescente no como una amenaza sino como una manifestación humana natural que puede ser vivida de manera saludable.

Es importante trabajar para informar a los adolescentes sobre las implicaciones que puede tener en sus vidas y en su bienestar físico, emocional y sexual el inicio de relaciones sexuales a temprana edad. No es aconsejable negar el fenómeno, dar la espalda o simplemente prohibir. Tampoco se debe asumir una postura permisiva o indiferente frente a sus conductas de riesgo habituales. Es importante abordar este tema sin tabúes y reconociendo al adolescente como sujeto de derechos con reconocimiento de su autonomía, pero teniendo en cuenta que necesita orientación, acceso, información y participación en los servicios sobre salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos de manera prioritaria para prevenir diferentes eventos adversos.

El momento de la menarquía, asumido socialmente como un momento de cambios relacionados con la sexualidad femenina, la fertilidad y el cuidado del cuerpo, debe concebirse como una oportunidad para dialogar con las adolescentes sobre las relaciones afectivas que podrán experimentar durante sus vidas, las presiones y chantajes a los cuales pueden verse expuestas para tener relaciones sexuales, las posibilidades reales del embarazo si se tienen relaciones sexuales sin protección y

los peligros para el bienestar que este fenómeno conlleva. Es importante empoderar a las niñas para apropiarse de sus cuerpos, de su sexualidad y de su proyecto de vida sin vincularlo primeramente con el matrimonio o la maternidad, y enseñarles que tienen el poder para tomar decisiones para el cuidado de su cuerpo y su sexualidad.

Frente a los niños, es importante abandonar ese doble estándar que incluso desde la familia reproduce modelos tradicionales de género, permisivos y cercanos al riesgo para ratificar la masculinidad. Es importante dialogar en el hogar y en la escuela sobre sus proyectos de vida, sobre las relaciones sexuales seguras y el efecto que podría tener el embarazo para ellos y sus parejas. Es importante dialogar sobre la importancia de la igualdad y la equidad para que no vean la violencia de género y la coacción sexual como algo normal. Deben ser convocados a desarrollar una mirada crítica sobre los efectos negativos de esas actitudes sobre las niñas, mujeres, familias y comunidades. Esto podría persuadirlos a cambiar sus actitudes y rechazar o abstenerse de comportamientos violentos y coercitivos.

Es importante que las familias sepan reconocer que la orientación y supervisión a los adolescentes, basada en el conocimiento de sus gustos, intereses y amigos es un elemento protector si se aborda con genuino interés y afecto. El diálogo constante y la buena relación con los adolescentes tienden valiosos puentes de confianza para el abordaje de temas sensibles como las relaciones sexuales tempranas, el uso de protección, las relaciones afectivas saludables y el embarazo en la adolescencia. Eventualidades como la separación, el abandono o la muerte, deben ser abordadas con franqueza evitando debilitar la relación de los padres con sus hijos.

De fondo surge el reto de transformar los imaginarios que guían la conducta sexual de los adolescentes. Por ello es importante trabajar para que se establezca una mirada crítica a los modelos y estereotipos de género presentes en la cultura y propender por su deconstrucción y resignificación. Esta constituye una tarea urgente para las instituciones educativas e incluye empoderar a las mujeres para que se protejan a sí mismas, y para que pidan y obtengan asistencia eficaz. Los programas que fortalecen la autoestima desarrollan habilidades para la vida y mejoran los vínculos con las redes y apoyos sociales pueden ayudar a los adolescentes a oponerse a las relaciones sexuales no deseadas, evitar relaciones afectivas asimétricas y la presión de los pares o sus parejas.

“Por demostrar el amor”, “por estar enamorados”, o por desear complacer a esa persona “especial” son algunos de los motivos por los cuales algunas adolescentes inician su vida sexual. Es importante abordar desde edades tempranas el tema del

amor, del noviazgo, las relaciones afectivas y de la amistad, y la forma en que estas relaciones pueden verse afectadas por estereotipos de género. El abordaje de estos temas debe incluir el desarrollo de habilidades para el diálogo, la negociación y el establecimiento de límites en las relaciones afectivas, así como el reconocimiento de las formas de violencia que pueden darse en este tipo de relaciones, los mecanismos para denunciarlas y de las consecuencias que puede tener para un adolescente involucrarse en una relación asimétrica en términos de edad, experiencia y poder. En esta línea, es importante propender porque los adolescentes reconozcan las características de una relación amorosa saludable y hagan un manejo positivo de sus emociones. Esto incluye abordar con ellos el tema del amor y sus significados y propender por una resignificación positiva de las relaciones afectivas en el marco del reconocimiento del otro como un sujeto de derechos que no está obligado a tener relaciones sexuales.

Se debe fortalecer el acceso de los adolescentes a los servicios amigables para jóvenes y los servicios de orientación y atención en salud sexual y reproductiva. Esto incluye posibilitar orientación a los menores de 14 años que tienen dudas sobre su sexualidad y que posiblemente consideran iniciar su vida sexual con sus parejas o ya lo han hecho y están expuestos a un embarazo no deseado y de alto riesgo que puede causar más daño a sus vidas que el uso de anticonceptivos. La orientación oportuna puede brindarles información para una toma de decisiones informada, libre y autónoma, postergar el inicio de relaciones sexuales o evitar un embarazo no deseado.

Es importante trabajar para la divulgación y el reconocimiento del significado, objetivo e implicaciones de la edad mínima legal de consentimiento para tener relaciones sexuales. Es evidente que muchos adultos no saben la existencia de estas leyes o no las comprenden porque culturalmente se ha tolerado el fenómeno de las relaciones afectivas y uniones asimétricas. Se debe visibilizar que, al evitar relaciones afectivas asimétricas, se previene el abuso, el inicio de relaciones sexuales sin el pleno desarrollo de la autonomía y la comprensión de sus consecuencias, y se favorece el desarrollo de proyectos de vida centrados en el alcance de sus propias metas y el uso de sus potencialidades para alcanzar sus metas, constituirse en sujetos de derecho capaces de superar los ciclos de pobreza o de violencia a los cuales hayan podido estar sometidos.

Referencias bibliográficas

1. Morris D. La mujer desnuda. Un estudio del cuerpo femenino. Barcelona: Círculo de lectores; 2006. p. 312.
2. Hyde J, DeLamater J. Sexualidad humana. México: Mc Graw Hill; 2006. p. 670.
3. Giraldo O. Nuestras sexualidades. Sexología del género y la orientación sexual. Cali: Litoencoa; 2002. p. 381.
4. Jones DE. Bajo presión: primera relación sexual de adolescentes de Trelew (Argentina). *Rev Estud Fem.* 2010;(2):339-58.
5. Vasilenko SA, Ram N, Lefkowitz ES. Body image and first sexual intercourse in late adolescence. *J Adolesc.* abril de 2011;34(2):327-35.
6. OMS. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. 2017 [citado 2 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
7. Chanes CW. Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles Poblac.* 2005;(45):143-76.
8. Silva RNA e, Wijtzes A, Bongardt D van de, Looij-Jansen P van de, Bannink R, Raat H. Early Sexual Intercourse: Prospective Associations with Adolescents Physical Activity and Screen Time. *PLOS ONE.* 2016 agosto 11;11(8):e0158648.
9. Association of Maternal & Child Health Programs. Life Course Indicator: Early Sexual Intercourse [Internet]. 2014. [citado 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.amchp.org/programsandtopics/data-assessment/LifeCourseIndicatorDocuments/LC-50%20Early%20Sexual%20Intercourse_Final_9-15-2014.pdf
10. Rafel Naranjo, Oliva Reyes, George García, Maricel León, María Naranjo. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. [Internet]. 2008 [citado 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(2\)_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(2)_01/p1.html)
11. Kaestle CE, Halpern CT, Miller WC, Ford CA. Young Age at First Sexual Intercourse and Sexually Transmitted Infections in Adolescents and Young Adults. *Am J Epidemiol.* 2005 abril 15;161(8):774-80.
12. Sedletzki V, Perrault N, Unicef. Las edades mínimas legales y la realización de los derechos de los y las adolescentes, Una revisión de la situación en América Latina y el Caribe. 2016 [Internet]. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/20160406_UNICEF_Edades_Minima_Esp\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/20160406_UNICEF_Edades_Minima_Esp(1).pdf)

13. Redpapaz.org. Leyes, edad de consentimiento sexual en Colombia [Internet]. 2015 [citado 16 noviembre 2016]. Disponible en: <http://prasi.redpapaz.org/index.php/que-dice-la-ley/leyes>
14. Gallego G. Primera experiencia homoerótica en varones en la ciudad de México. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* 2011;(2):913-28.
15. González A E, Montero V A, Martínez N V, Mena G P, Varas L M. Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010 enero;75(2):84-90.
16. Singh S, Wulf D, Samara R, Cuca YP. Diferencias Según sexo en el momento de la primera relación sexual: Datos de 14 Países. *Perspectivas Internacionales de Planificación Familiar.* 2000;14-22.
17. Cepal. Salud reproductiva de los jóvenes. En: *Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe Problemas, oportunidades y desafíos* [Internet]. 2000 [citado 16 noviembre 2016]. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/6135/lcg2113P_cap4.pdf
18. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud 2015 [Internet]. 2016 [citado 2 noviembre 2017]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
19. Tiempo CEE. Embarazo adolescente refuerza desigualdad en barrios de Medellín [Internet]. *El Tiempo.* 2016 [citado 14 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/colombia/medellin/embarazo-adolescente-en-comunas-de-medellin/16645657>
20. Duque C, Viviana D, Ariza-Gerena A, Gaona-Restrepo C, Medina-Pérez ÓA. Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. *Rev Arch Méd Camagüey.* 2015 dic;19(6):568-76.
21. M H, Paulin Y, T M, Alfonso L, T E, Marcela C, *et al.* Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013;78(3):209-19.
22. Córdoba-Muñoz JP, Zuluaga-Zuluaga NL, Manco-Rueda YA, Contreras-Osorio CA. Conocimientos y prácticas sexuales de mujeres en adolescencia tardía en dos instituciones educativas de Medellín, Colombia. *Curare* [Internet]. 2015 oct [citado 14 noviembre 2016];2(2). Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/cu/article/view/1479>

23. Romero HG, Castaño G, Colorado LJ, Rodas JD. Factors associated with sexual risk students in public and private schools in the city of Medellín (Colombia) 2011. *Investig Andina*. 2014 julio;16(29):1030-44.
24. Vinaccia S, Quiceno JM, Gaviria AM, Soto AM, Gil Llarío MD, Ballester Arnal R. Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. *Ter Psicológica*. 2007 julio;25(1):39-50.
25. Tiempo CEE. Jóvenes bogotanos inician su vida sexual sin usar preservativo [Internet]. *El Tiempo*. 2016 [citado 14 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/bogota/uso-del-preservativo-en-adolescentes-de-bogota/16741325>
26. Ministerio de la Protección Social. Informe mundial de avances en la lucha contra el sida. Colombia 2012 [Internet]. 2012 [citado 10 junio 2012]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/monitoringcountryprogress/progressreports/2012countries/file,68498,es..pdf>
27. Díaz Pérez A. Relaciones sexuales (actividad sexual) tempranas en adolescentes estudiantes de un colegio de secundaria de la ciudad de Valledupar/Colombia 2010. *Cienc Salud Virtual*. 2012 enero 11;2(1):61-77.
28. Ceballos GA, Campo Arias A. Prevalence of sexual intercourse in students of secondary between 10 and 12 years old in Santa Marta Colombia. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*. 2006 marzo;54(1):4-11.
29. Navarro, Edgar, Vargas, Rusvelt. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte*. 2004;(19):14-24.
30. Procuraduría General de la Nación, Instituto de Estudios de la Familia, Instituto de la Familia Universidad de la Sabana. Estilo de vida de los jóvenes y las necesidades de educación sexual. Bogotá: IEMP Ediciones [Internet] 2014 [citado 16 noviembre 2016] p. 92. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/articles-340716_archivo_pdf.pdf
31. Pacheco C, Mejía ML, Martínez A, Moreno D. Determinantes sociales de embarazo en menores de 15 años [Internet]. 2014 [citado 16 noviembre 2016] Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2015/02/SM-Determ-embarazo-menores-15-a%C3%B1os.pdf>
32. Ministerio de Salud. Conpes Social 147/2012: Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local Metodología para la identificación de adolescentes en mayor riesgo de embarazo [Internet]. 2014 [citado 16 noviembre 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/AJ-Conpes147-manual-identificacion.pdf>

33. García-Bernal R, Cortés-Yepes M, Rodríguez-Rodríguez AM, Sánchez-Salazar AM, Rojas-Velásquez WE, Giraldo-Palacio OF, *et al.* Transversalización de la prevención del VIH/Sida en proyectos de desarrollo alternativo en Colombia; Transversalização da prevenção do HIV/AIDS em projetos de desenvolvimento alternativo na Colômbia; Mainstreaming of HIV/Aids prevention in alternative development projects in Colombia. *Rev Gerenc Políticas Salud.* 2010 junio;9(18):34-47.
34. Villegas-Castaño A, Tamayo-Acevedo LS. Prevalence of sexually transmitted infections, and risk factor for sexual health of adolescents, Medellín, Colombia, 2013. *Iatreia.* 2016 marzo;29(1):5-17.
35. Unicef, Plan Internacional. Vivencias y relatos sobre el embarazo adolescente [Internet]. 2014 [citado 14 noviembre 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/UNICEF_PLAN_embarazo_adolescente_2015.pdf
36. Alfaro AC, O'Farril DC, García AGÁ, Gómez YS. Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. 2015 nov 13 [citado 14 noviembre 2016];31(3). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/68>
37. DANE, Estadísticas Vitales. Nacimientos por área de ocurrencia y sexo, según grupos de edad de la madre, total nacional (2016). [Internet] 2017 junio 30 [citado 31 agosto 2017]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016>
38. Unicef C de II. Matrimonios Prematuros [Internet]. 2001. Disponible en: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest7s.pdf>
39. Tobar, J (primero). Costumbres Embera Chami Bajo Putumayo [Internet]. 2010 [citado 14 noviembre 2016]. Disponible en: <http://emberachamiorito.blogspot.com.co/2010/10/costumbres.html>
40. Noguera N, Alvarado, H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Rev Colomb Enferm.* 2016 agosto 19;7(7):151-60.
41. López Rodríguez Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsico-social sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. *Rev Cuba Enferm.* diciembre de 2011;27(4):337-50.
42. Ministerio De La Protección Social. Boletín epidemiológico, situación del VIH/Sida, Colombia 2013 [Internet]. 2013 [citado 16 noviembre 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2012.pdf>

43. El País S.A. Cali, la ciudad con más VIH transmitido por relaciones sexuales entre hombres [Internet]. año [citado 16 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/cali/noticias/cali-ciudad-con-vih-transmitido-por-relaciones-sexuales-entre-hombres>
44. González AE, Molina GT, San Martín VJ. Comportamientos sexuales y características personales según orientación sexual en adolescentes chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* junio de 2016;81(3):202-10.
45. OMS. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes [Internet]. 2012 [citado 14 noviembre 2016]. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/adolescent-sexual-and-reproductive-health/pregnancy-prevention-0>
46. Prada E, Sing S, Remez L, Villareal C. Embarazo no deseado y aborto en Colombia New York: Guttmacher Institute; [Internet]. 2011 [citado 16 noviembre 2016] p. 36. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Colombia.pdf>
47. Tiempo CEE. El 46 % de menores de 15 años en Bogotá que quedan en embarazo abortan [Internet]. 2015 abr. [citado 16 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/bogota/aborto-en-bogota-46-de-menores-de-15-anos-abortan/15531480>
48. Campo-Arias, A. Relaciones sexuales en adolescentes colombianos y las implicaciones para la salud pública: una revisión de la prevalencia y algunas variables asociadas. *MedUNAB* [Internet]. 2009 [citado 15 junio 2012];12(2). Disponible en: [http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path\[\]=35&path\[\]=33](http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path[]=35&path[]=33)
49. Schwarzwalde R, Tax N. Daddy's Girl: How Fatherlessness Impacts Early Sexual Activity, Teen Pregnancy, and Sexual Abuse. Family Research Council; [Internet]. 2015 [citado 15 junio 2016]. Disponible en: <http://downloads.frc.org/EF/EF15L32.pdf>
50. Hernández MI, Unanue N, Gaete X, Cassorla F, Codner E. Edad de la menarquia y su relación con el nivel socioeconómico e índice de masa corporal. *Rev Médica Chile.* 2007 nov;135(11):1429-36.
51. Sánchez P, Iván C. Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *Rev Gerenc Políticas Salud.* 2015 dic;14(29):62-82.
52. Vargas E, Barrera F. Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Rev Colomb Psicol.* 2002;(011):115-34.

53. Ramiro MT, Bermúdez MP, Sierra JC, Buela-Casal G. Predicción del tipo de experiencia sexual en función de variables psicológicas y sociodemográficas en adolescentes panameños. *Ter Psicológica*. 2013 julio;31(2):175-86.
54. Rincón A. Primera relación sexual en adolescentes escolares de Montelíbano (Córdoba, Colombia): un análisis desde sus relatos. *Rev Colomb Enferm*. 2013 agosto;8:61-73.
55. Hirmas M, González J, Aranfa W, González, E. Motivo de inicio de actividad sexual en adolescentes desde una perspectiva de género: Cembra 2005-2006. *Rev Chil Salud Pública*. 2008;12(1):5-11.
56. Binstock G, Näslund-Hadley E. Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción y Lima: una aproximación cualitativa. *Debates En Sociol* [Internet]. 2011 sep [citado 16 noviembre 2016];0(35). Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debates-sociologia/article/view/2114>
57. Calero JL, Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. *Rev Cuba Salud Pública*. 2001;(1):50-7.
58. Palos PA, Ocampo DB, Delgado JRP. Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Rev Colomb Psicol*. 2006;(15):91-101.
59. Letellier C. La primera relación sexual en Venezuela. *Opción*. 2007;(052):45-60.
60. Borges ALV, Nakamura E. Social norms of sexual initiation among adolescents and gender relations. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009 febrero;17(1):94-100.
61. Pablos E, Solana E. Género y sexualidad adolescente. La búsqueda de un conocimiento huidizo. *Estud Sociológicos*. 2001;(001):209-26.
62. Trujillo EV, Barrera F, Burgos MC, Daza BC. La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: el papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. *Univ Psychol*. 2006;(001):69-84.
63. Viveros M. El gobierno de la sexualidad juvenil y la gestión de las diferencias. Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano. *Rev Colomb Antropol*. 2004;155-83.
64. Departamento para la Prosperidad Social. Piloto de promoción de salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo en adolescentes [Internet]. 2014[citado 15 junio 2016]. Disponible en: http://apps.dps.gov.co/documentos/10328_Piloto_en_Salud_Sexual_y_Reproductiva.pdf

65. Navarro-Pertusa E, Reig-Ferrer A, Heredia EB, Cascales RIF. Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género. *Int J Clin Health Psychol*. 2006;(1):79-96.
66. Sabo, D. Comprender la salud de los hombres [Internet]. 2000. Harvard Center for Population and Development Studies. Disponible en: <http://salud.ahige.org/pdf/comprenderlasaluddeloshombres.pdf>
67. Hartigan P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en salud. [Internet]. 2000. Harvard Center for Population and Development Studies [citado 15 agosto 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/English/AD/GE/Hartigan.pdf>
68. Martínez D. Música, imagen y sexualidad: el reggaetón y las asimetrías de género. *El Cotidiano en línea* [Internet]. 2014 [citado 15 junio 2016];186. Disponible en: <http://www.elcotidianoenlinea.com.mx/pdf/18607.pdf>
69. Viveros, M. Orientaciones íntimas en las primeras experiencias sexuales y amorosas de los jóvenes. Reflexiones a partir de algunos estudios de caso colombianos. En: *Varones adolescentes: género, identidades y sexualidades en América Latina*. Santiago de Chile; 2003. pp. 115-26.
70. Vargas-Trujillo E, Gambara H, Botella J. Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico. *Int J Clin Health Psychol*. 2006;(3):665-95.
71. Alarcón M, Rojas D. Aproximación a la Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes en América Latina. Análisis de las fuentes de secundarias. *Revista Paraninfo Digital* [Internet]. 2011 [citado 15 enero 2012];(12). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/093d.php>
72. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis 2016. Datos para la vida. Exámenes médico-legales por presunto delito sexual*. Colombia, 2016. [Internet]. 2017 junio [citado 25 agosto 2012]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/4023454/Forensis+2016+-+Datos+para+la+Vida.pdf/af636ef3-0e84-46d4-bc1b-a5ec71ac9fc1>
73. Oxfam Internacional. Informe de Oxfam Internacional. *La Violencia Sexual en Colombia. Un arma de guerra* [Internet]. 2009 [citado 15 abril 2012]. Disponible en: <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-sexual-violence-colombia-sp.pdf>
74. *El Tiempo*. Casos de abuso sexual del ex paramilitar alias «El Oso» fueron denunciados en audiencia pública. *Archivo Digital de Noticias de Colombia y*

- el Mundo desde 1990 [Internet].2008 oct. [citado 16 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4609516>
75. Tiempo CEE. Exrectora de colegio habría «feriado» estudiantes a paramilitares-Justicia [Internet].2016 abr. [citado 16 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/politica/justicia/exrectora-de-colegio-en-charala-santander-investigada-por-ofrecer-ninas-a-paramilitares/16559664>

Uso inconsistente del condón Hacia una explicación y comprensión del fenómeno

Lizeth Cristina Martínez Baquero⁹, Mildred Alexandra Vianchá Pinzón¹⁰,
Mónica Patricia Pérez Prada¹¹ e Isaac Uribe¹²

Resumen

La cultura y la influencia social determinan las conductas sexuales en los géneros, ubicando tanto a mujeres como a hombres en condiciones de vulnerabilidad. El presente capítulo mostrará los hallazgos de un trabajo de investigación realizado con 409 jóvenes universitarios de la región central de Colombia, que tuvo por objeto comprender las razones del no uso del condón a través de un método de investigación mixto secuencial explicativo (Campos, 2009). Los instrumentos utilizados fueron:

9 Directora de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Humanas y Educativas, Universidad de Boyacá. Integrante del grupo de Investigación ETHOS.

Correo electrónico: lcmartinez@uniboyaca.edu.co

10 Directora programa de Psicología, Universidad de Boyacá. Directora del Grupo de Investigación ETHOS. Correo electrónico: maviancha@uniboyaca.edu.co

11 Directora de Bienestar universitario, Universidad de Boyacá. Integrante del grupo de Investigación ETHOS. Correo electrónico: mpperez@uniboyaca.edu.co

12 Psicólogo. Doctor en psicología. Profesor, Universidad de Colima. Colima, México.

Correo electrónico: isaac_uribe@hotmail.com

Cuestionario de Factores psicosociales y culturales asociados a la conducta sexual protegida en jóvenes y adolescentes (Uribe, 2010) y dos grupos focales. Las variables objeto de estudio: Conductas y prácticas sexuales; búsqueda del placer sexual; comunicación asertiva; autoeficacia; percepción de riesgo; autocuidado; y creencias y actitudes. Los resultados sugieren que para los jóvenes el principal riesgo sexual lo constituye el embarazo, las conductas sexuales de riesgo como tener múltiples parejas y no usar el condón no están presentes indistintamente en hombres y mujeres; la percepción de confianza y comunicación asertiva con la pareja y otros grupos de referencia como los padres cobran relevancia y las creencias sustentadas en los arraigos sociales constituyen las variables sobre las que se sustenta la conducta de no uso del condón. El conocimiento generado a partir del proceso de investigación puede servir en la formulación de proyectos sociales que contribuyan a promover la salud sexual y reproductiva de los jóvenes de la región y del país.

Palabras clave: *sexualidad, asertividad, autoeficacia, autocuidado, conducta sexual, actitudes*

Abstract

The culture and the social interactions are determining factors related to sexual behavior in humans, which put men and women in similar situation in terms of vulnerability. This chapter presents the results of a research made with 409 young university students from the central region of Colombia, having as purpose to understand the reasons why don't use the condom. For that, we used the sequential explanatory research method (Campos, 2009). The research instruments used were: "Cuestionario de Factores psicosociales y culturales asociados a la conducta sexual protegida en jóvenes y adolescentes" (Uribe, 2010) and two focal groups. The variables considered in the research were: behaviors and sexual practices; assertive communication, self-efficacy; risk perception; selfcare; beliefs and attitudes. The results suggest that young consider pregnancy as the principal sexual risk; the sexual risk behavior as having sexual intercourse with many partners without protection (No condom) is present in men as it is in women; confidence perception and assertive communication with the partner and parents are very relevant for the young and their beliefs supported by their social relationships, are the principal variables that explain the use of condom. The knowledge resulting of this research could be it use for design

social projects and promote a sexual and reproductive health in the young from this region and in the whole country.

Keywords: *sexuality; assertivity, self-efficacy; self-care, sexual behaviors, attitudes*

Introducción

Las conductas y prácticas sexuales de jóvenes se han estudiado a partir de variables que parecen determinarlas, como son el género, la edad, la cultura, la personalidad y el nivel académico, entre otros. En este sentido, las conductas sexuales, son el resultado de múltiples sistemas sociales que convergen y ubican tanto a mujeres como a hombres en iguales condiciones de vulnerabilidad.

Por tanto, comprender y explicar las variables que se relacionan con la conducta sexual y configuran comportamientos de riesgo es el objetivo del presente apartado. Inicialmente se muestra una descripción general de la metodología abordada para el desarrollo de la investigación que da como resultado el presente capítulo, posteriormente se hace un abordaje teórico de las prácticas y conductas sexuales de riesgo, luego se profundiza en las variables asociadas al uso inconsistente del condón (comunicación asertiva; autoeficacia; percepción de riesgo; autocuidado; creencias y actitudes) a partir de los resultados obtenidos, y finaliza con un apartado de conclusiones.

Desde esta perspectiva, se mostrarán los hallazgos de un trabajo de investigación realizado con 409 jóvenes universitarios, de la ciudad de Tunja; 151 de ellos hombres y 258 mujeres, con un rango de edad entre los 17 y 30 años, quienes manifestaron haber iniciado su vida sexual y aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Se empleó un método de investigación mixto secuencial explicativo (1) en el que se hizo uso de técnicas cualitativas y cuantitativas para la recolección de información que fue analizada desde diversas teorías de la psicología, llegando así a una comprensión integral del tema.

Una de las etapas de la vida más trascendentales para los seres humanos es la juventud, en ese momento las personas atraviesan cambios que involucran diferentes áreas de la vida (2). Quizás, una de las más relevantes para los jóvenes es la sexualidad, ya que alrededor de esta se presentan transformaciones que llevan al sujeto joven a adaptarse tras los cambios corporales que experimenta. La sexuali-

dad implica el inicio de las relaciones sexuales, las cuales hacen parte de una forma íntima de vinculación entre las personas quienes además de interactuar con otros, buscan la construcción de su identidad revelada en el compartir para dar significado y sentido a su vida (3).

Respecto al tipo de relaciones sexuales que tienen los estudiantes se encontró que son principalmente de tipo heterosexual tanto para hombres como para mujeres, y son los hombres quienes tienen más relaciones de tipo homosexual con un porcentaje de 5,3 % en comparación con las mujeres que mostraron 4,3 %.

La sexualidad, se entiende entonces como la manera en que cada persona vive su propio sexo, más allá de la genitalidad (4); es el resultado de aspectos biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Incluye por tanto el género, las identidades de sexo, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa de variadas formas, que van desde prácticas, relaciones, pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes hasta los valores y los roles. Es por esto que cuando las personas vivencian su sexualidad, esta permea la esencia, emoción y acción de quienes son como sujetos (5). En este sentido aparecen diversos conceptos para explicar los comportamientos en relación con la actividad sexual entre los que se encuentran las prácticas y conductas sexuales.

Prácticas sexuales

Las prácticas sexuales son un concepto que explica el grupo de patrones de actividad sexual, consistentes y predecibles de individuos o comunidades que dan cuenta de cómo se relacionan los jóvenes dentro de un grupo para aumentar la protección y prevenir el embarazo, encierran el conocimiento científico y el de arraigo tradicional (6). Dichos patrones pueden tener connotaciones positivas o negativas en función de las consecuencias que le puedan acarrear a los integrantes de determinado grupo social (3).

Las prácticas sexuales para estos jóvenes dependen de dos aspectos fundamentales: a) la temporalidad de las relaciones, que puede ser permanente o esporádica y b) el nivel de “confianza” percibido por los miembros, cabe resaltar que dichas prácticas sexuales, giran alrededor de prevenir los embarazos; L117 participante hombre 1: “pues es que yo creo también, que, que, uno con la pareja, o sea L118 de pronto si por ese nivel de confianza o, no sé” [sic]

En relación con lo anterior las prácticas sexuales de estos jóvenes permiten evidenciar las formas de relacionamiento de ellos al interior de su grupo social, las cuales son compartidas y transmitidas entre los miembros en favor de la prevención y de la protección (3, 7).

Conductas sexuales

Las conductas sexuales están determinadas por el aspecto cultural que estipula lo aceptable y reprochable para los hombres y las mujeres (8), éstas hacen referencia a la capacidad innata de responder neurofisiológicamente con la excitación sexual ante estímulos táctiles, especialmente motores. No se trata de un impulso sino de una capacidad de respuesta. Las conductas que siguen se aprenden, sea por asociación con la excitación o por la excitabilidad táctil o por la información que se recibe de otros seres humanos (5).

Dentro de las conductas sexuales aparecen las de riesgo, estas suponen la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a la propia salud o a la de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de adquirir y transmitir enfermedades sexualmente transmisibles como el VIH, o por embarazos no deseados (9). Entre las principales conductas sexuales de riesgo, que identifican las investigaciones, se encuentran tener relaciones sexuales sin condón, o bajo los efectos del consumo de licor, vivenciar dicha experiencia con múltiples parejas y el no uso de anticonceptivos (10).

Un factor que predice de forma importante la conducta sexual de riesgo en estudiantes que han tenido conducta sexual es el rechazo al uso del condón, evidenciándose correlaciones significativas entre el sexo, las prácticas sexuales de riesgo y el rechazo del uso del condón (11). Así las cosas, se establece que el uso del preservativo masculino es una de las prácticas menos empleadas por las personas en las relaciones sexuales, a pesar de que este es considerado el principal método para prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluida el VIH y los embarazos (12).

Al preguntar a los jóvenes sobre el uso del condón en los últimos 30 días se identificó que 37,2 % de los participantes no lo ha usado durante el último mes, y de este porcentaje, 24,7 % corresponde a mujeres y 12,5 % a hombres. Adicionalmente, se encuentra que tan solo 21 % de los participantes emplea siempre el condón en las relaciones sexuales y este porcentaje es mayor en el grupo de hombres. Estos datos

sugieren que 42 % de los participantes utilizan de manera intermitente el condón en sus relaciones sexuales.

Entre las razones que explican los porcentajes anteriores se identificaron en las narrativas, que aspectos como el placer, el consumo de sustancias psicoactivas, el acceso al condón y los prejuicios sociales influyen en la decisión de usar este método de protección.

L410 (...) exactamente por lo que decía el compañero la cuestión del placer y toda esa cosa, entonces yo creo que un hombre que digamos, en pleno noviazgo que se supone que no es una relación pues todavía no muy duradera, que le diga que no utilicen condón, pues, o sea, para mi sería como una falta de respeto porque, o sea, no... [sic].

L159 (...) digamos que, así en fiestas o que conocí a una chica o alguna vaina... y no tenga el preservativo muchas de las veces por la cuestión de los tragos, gana más el placer que el llegar a utilizar el condón, si, por eso es que toca llevarlos [sic].

A pesar que es cada vez mayor el número de jóvenes que manifiesta emplear el preservativo masculino, sigue existiendo un grupo importante que nunca lo usa, o que lo hace ocasionalmente, adicionalmente se ha establecido que ser mayor de 18 años y tener más actividad sexual se asocia a menor frecuencia de uso del preservativo (13).

La utilización o no del condón durante el coito, no solo depende de la actividad sexual de las personas; la comunicación con la pareja y los padres de familia constituye una adecuada estrategia para negociar prácticas de sexo seguro, lo que incluye el uso del condón. Infortunadamente los porcentajes de protección siguen siendo bajos a pesar de que a través de distintos canales de comunicación se haga énfasis en la necesidad de protección en la actividad sexual (14).

Ahora bien, además de las prácticas y las conductas sexuales existen otros factores que se asocian al uso inconsistente del condón, como búsqueda del placer sexual; asertividad; autoeficacia; percepción del riesgo; autocuidado; creencias y actitudes. Estos factores fueron explorados en la investigación mediante el Cuestionario de factores psicosociales y culturales asociados a la conducta sexual protegida en jóvenes y adolescentes, al cual se le realizó un análisis psicométrico a través de la metodología de tipo instrumental (15). Se aplicó el coeficiente alfa de Crombach

que permitió estimar la fiabilidad obteniéndose 0,805 en 29 elementos analizados. A continuación se darán a conocer los resultados obtenidos en la investigación para cada uno de los factores.

Búsqueda de placer sexual

El deseo erótico hace parte de las dimensiones esenciales de la sexualidad que se traduce en la búsqueda constante del placer sexual, se considera una emoción que provoca una tendencia de comportamiento orientada hacia a la búsqueda de experiencias eróticas, con personas del mismo o distinto sexo (16).

Los jóvenes participantes de la presente investigación, al parecer, establecen relaciones sexuales esporádicas independientemente de que sus necesidades psicosexuales se encuentren satisfechas con sus parejas “estables”; al contrario de la definición de búsqueda de placer sexual referenciada, los sujetos pueden tener contactos sexuales sin que medien sentimientos o vinculación afectiva, situación que los ubicaría frente una amplia gama de posibilidades de encuentros sexuales:

El ser humano por naturaleza pues tiende a explorar más allá, entonces nos aventuramos, en el buscar sensaciones; L68 de pronto por cuestiones de placer, psicológica del placer pues impide; L69 yo creo que muchas veces a todos les ha pasado que un condón les arruina la noche [sic].

De otro lado, para los participantes los contenidos presentes en campañas publicitarias influyen en el comportamiento sexual, especialmente en la búsqueda de nuevas sensaciones.

La publicidad es una cuestión L355 fantasiosa y entonces pues todo lo que, o sea sale una nueva marca de preservativos y entonces L356 uno lo compra, uno lo quiere probar, L358: ese es un buen pretexto para probar y comprar. L359 Participante Hombre 1: con mi novia, si hemos hecho eso, solo por probarlos y vamos y los L360 compramos.

Es claro según los relatos que el amor y las relaciones sexuales no se ubican en la misma categoría, por ende, si los sujetos buscan experimentar variadas sensaciones a través de las experiencias con otras personas, el condón podría significar una forma de limitar dicha vivencia.

Comunicación asertiva

La asertividad sexual es la capacidad para iniciar o rechazar la actividad sexual, negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables (17). Cuando las personas se comunican pueden negociar y planear su encuentro sexual y el uso del condón. Los estudios muestran que los jóvenes universitarios que aprenden a comunicarse con su pareja acerca del uso del condón aprenden a negociar más fácilmente su uso (18).

La comunicación asertiva, en torno al uso del condón, es definida como una habilidad para comunicar de forma oportuna y directa a la pareja la necesidad de usar condón durante la relación sexual (19). Puede ser considerada, entonces, como un factor protector ya que involucra el desarrollo de habilidades psicosociales; asimismo una mayor asertividad sexual se relaciona de manera consistente con la intención y uso del condón, incluso, si se ha consumido alcohol para sostener relaciones sexuales (20).

Para los jóvenes resulta de importancia la “negociación” de los métodos de protección que se seleccionan en momentos de consenso íntimos en la pareja (18), “L282 yo pues a mi pareja digamos en algún momento le dije, oye mira es mejor que te hagas un examen, pues” [sic].

Para los jóvenes la comunicación asertiva involucra también a los padres de familia porque implica hablar sobre “educación sexual” incluyendo el uso de preservativos. “Digamos en mi caso, yo hablaba con mis papas y eso les parecía muy alarmante hablar con uno de sexo, pero cuando aparece el embarazo, se preocupan más” [sic].

En este sentido, las narraciones de los jóvenes ubican la comunicación asertiva como un factor protector-facilitador para el uso del condón y de otras conductas de autocuidado que se favorecen en la puesta en común con la pareja y los padres.

Autoeficacia

La autoeficacia implica una capacidad generativa que integra competencias cognitivas, sociales y conductuales para lograr una meta determinada, el alcance de esta requiere de las personas esfuerzos y el ensayo de otras estrategias o actividades de manera alternativa, al mismo tiempo que da la opción de que los sujetos, si no están muy seguros o no han obtenido resultados, dejen de lado los esfuerzos (21).

De igual manera, los seres humanos están influidos de forma directa por factores biológicos y cognitivos como las propias concepciones, valores, metas y estados afectivos. En este sentido la autoeficacia está relacionada con las capacidades de las personas para identificar las oportunidades que tienen a su alrededor e interpretar los obstáculos que percibe (21).

Desde la perspectiva teórica cognitiva se ha intentado explicar cómo las conductas de las personas, en cualquier contexto y por ende el sexual, se basan en qué piensan las personas de las situaciones mismas más que en la realidad objetiva. Desde esta perspectiva cognitiva percibir que se tiene control se relaciona con la motivación y con las expectativas para lograr que se dé una conducta y que esta persista en múltiples contextos (22). En este sentido el funcionamiento humano se explica desde la óptica del ser, conocer y discernir en un momento o lugar determinado y no del hecho mismo (23).

Concretamente para la intención de uso o no del condón algunos estudios han mostrado que la alta percepción de autoeficacia junto con las actitudes positivas para discutir sobre “sexo seguro”, las creencias positivas hacia el uso del preservativo y la mayor percepción de riesgo de la transmisión del VIH u otras enfermedades constituyen los predictores más comunes (24, 25).

Para los jóvenes la meta de la autoeficacia es prevenir el embarazo y enfermedades de transmisión sexual por lo que ellos realizan esfuerzos conductuales para el logro de esta, se identificaron que las acciones a partir de las cuales se fortalece la autoeficacia son

- a. Práctica de exámenes médicos para proteger su salud
- b. Uso de métodos de planificación combinados
- c. Tener disponible el condón para usarlo
- d. Conocer el uso adecuado del condón y hacer uso del mismo
- e. La adolescencia y el debut sexual se consideran momentos cruciales para fomentar las prácticas sexuales saludables

L155 también inculcar el buen uso del preservativo; o sea, el saberlo usar, porque, el hecho L156 de que yo utilice el preservativo, pero si lo estoy utilizando, dando un mal uso, pues de pronto L157 algunas veces tal vez no me sirva de nada utilizarlo [sic].

De lo anterior se identifica cómo los aspectos personales y ambientales se articulan y se modifican respecto de las vivencias personales. No basta conocer los

beneficios del uso del condón ya que variables contextuales e individuales favorecen el logro de la meta de protección.

Percepción del riesgo

La percepción es un proceso estudiado por la psicología que evidencia la manera en que una persona entiende su entorno y se relaciona con él (26). En cuanto al riesgo, este se define como la probabilidad de que una persona pueda tener pérdidas o daños que no se esperan (27). La percepción del riesgo podría entonces entenderse como la valoración subjetiva que realiza un individuo para determinar el grado de vulnerabilidad en la que se encuentra o el daño que puede causar la ejecución u omisión de una acción. Sin embargo, el riesgo además del componente subjetivo tiene un componente objetivo, este último se evaluaría teniendo en cuenta indicadores individuales o colectivos que ubican a una persona en condición de vulnerabilidad (28).

Con relación al uso del condón se identificó que las valoraciones subjetivas realizadas por los jóvenes están principalmente relacionadas con percepciones y creencias individuales o colectivas (28). Las valoraciones subjetivas que se relacionan con el no uso del condón son: tener relaciones emocionales estables, aumentar o mantener la sensación de placer sexual, estar enamorado. “L209 Prácticamente uno ya en una relación estable ya como que uno no utiliza el condón... (...) pero digamos si tengo una pareja estable (...) de muchísimo tiempo, pues yo me cuido del embarazo más no de enfermedades L881” [sic].

Las valoraciones objetivas que realiza el sujeto son otro de los elementos que influyen en la percepción del riesgo y están fundamentadas en indicadores reales individuales o colectivos. Con relación al uso del condón estas se determinan por tener relaciones sexuales con diversas parejas; temor a consecuencias como infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Esta última aumenta la percepción de riesgo entre los participantes; cabe resaltar que si el condón es el único método que se utiliza como anticonceptivo este tiene mayor probabilidad de ser utilizado. “L131 pues enfermedades, como tan las radicales como el sida o una simple infección (...) no hubo condón entonces de una vez un embarazo” [sic].

Es de resaltar que otra de las situaciones que aumenta la percepción de riesgo de los estudiantes universitarios con relación al uso del condón es su inadecuada utilización o tener relaciones sexuales bajo efectos de alguna sustancia psicoactiva. “L199 (...) vuelvo a sacar el mismo tema no falta algún tipo de situación que pase

por esta persona y la muchacha preciso tuvo unas copas, con el muchacho que preciso le gustaba e inmediatamente quedo embarazada, son muchos casos así” [sic].

La percepción del riesgo es una de las variables que ha sido ampliamente estudiada en los jóvenes debido a la manera en la que este grupo se vincula con su entorno y con sus experiencias. Se plantea que la iniciación y mantenimiento de comportamientos en los adolescentes está determinada por la percepción de riesgo, por tanto, se puede afirmar que entre mayor sea la percepción del riesgo con respecto al no uso del condón mayor será la probabilidad de uso del mismo (28).

En este grupo de jóvenes la percepción de riesgo es alta, sin embargo, este no es factor que determine el uso del condón, pues en ocasiones su comportamiento lo determinan otro tipo de factores más situacionales. En los relatos se evidencia que son las mujeres las que más percepción de riesgo tienen pues en ellas está la decisión de emplear o no el preservativo en un encuentro sexual.

Autocuidado

El autocuidado incluye acciones que el sujeto inicia por sí mismo, orientadas a la prevención y relacionadas con la desinformación y el desconocimiento (29). Con relación al uso del condón se puede afirmar que el autocuidado se manifiesta en los comportamientos que presentan los individuos dirigidos a prevenir un embarazo no deseado o una enfermedad de transmisión sexual.

Entre las estrategias de autocuidado emprendidas por los jóvenes se encuentran: exigir a la pareja estable el uso de un método anticonceptivo, entre ellos el condón; conocer los métodos de planificación y la forma correcta de utilizarlos; realizar exámenes médicos para conocer el estado de salud propio y el de la pareja con el objetivo de contemplar utilizar otro método anticonceptivo diferente al condón; nótese cómo estas acciones tienen como principal objetivo la prevención del embarazo y no de una enfermedad de transmisión sexual, situación se ha evidenciado en esta investigación al analizar otras categorías. “L256 que esa persona está dispuesta a utilizar un muy buen método de planificación que tal vez no sea el condón, pues, por lo mismo que hablamos” [sic].

Otras estrategias de autocuidado identificadas se relacionan con decidir con la pareja qué tipo de protección se utilizará; tener disponible el condón en el momento del coito; usar el condón así se tenga pareja estable; usar métodos de planificación combinados.

I.360 Y es que si pues yo ya llevo bastante tiempo con una persona y me quiero retirar el condón la verdad la mejor opción siempre es decidir hacer un examen.

I.96 Pues para mí no sería muy confiable dejar el uso de condón, aunque uno tenga una pareja estable [sic].

Llama la atención que los participantes hacen especial énfasis en tener disponible el condón cuando salen de “rumba”, pues existe la oportunidad de tener relaciones sexuales ocasionales. Esta información coincide con lo identificado en la etapa cuantitativa del estudio, en la que se encontró que 34,2 % de los participantes han tenido relaciones sexuales ocasionales, no obstante, 51,7 % nunca usaron el condón. Por tanto, se evidencia que, aunque se considere importante tener disponible el condón como una estrategia de autocuidado, esta práctica no se realiza en la mayoría de la población.

El comportamiento de autocuidado de este grupo de jóvenes puede ser explicado desde la teoría de Emilio Ribes (30) la cual se fundamenta en cuatro supuestos psicológicos. El primero hace referencia a la descripción psicológica de la relación salud-enfermedad, corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción entre factores biológicos y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales. Para el caso sería prevenir el embarazo y fomentar comportamientos saludables, por el contrario, el no uso del condón se explica desde este supuesto por la búsqueda del placer por medio de la relación sexual.

El segundo expone que el análisis de los factores biológicos y socioculturales desde un modelo psicológico no presenta categorías relacionadas con la disciplina original. Se encuentra que el uso del condón se relaciona con el respeto a sí mismo y la pareja, el amor propio y el equilibrio emocional el cual permite que la persona decida y exija el condón en sus relaciones sexuales.

El tercero muestra que la condición de existencia del individuo y las reacciones biológicas integradas a su actividad corresponden a los factores biológicos; el uso del condón se da como estrategia para prevenir un embarazo. El cuarto manifiesta que los factores socioculturales se representan como las formas que caracterizan a un individuo en su interrelación con el medio y con su historia personal (31).

En este último se identificó que el uso del condón se presenta por la responsabilidad de las actuaciones de los sujetos para escoger la pareja y decidir si tener

relaciones sexuales o no; por procesos educativos y por las oportunidades del contexto social de tener relaciones sexuales ocasionales. Por otro lado, las situaciones que motivan el no uso del condón son el consumo de sustancias psicoactivas y los prejuicios sociales.

Creencias

Dentro de las variables que se han asociado con el no uso del condón están también las creencias, las cuales son conceptos normativos creados y enraizados en los grupos culturales, son estructuras parcialmente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa de cosas, eventos, persona y procesos (32).

Ajzen *et al.* (33) afirman que las creencias se constituyen en la base para la formación de la actitud y las definen como la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, concepto, valor o atributo. Asimismo, proponen tres tipos de creencias: las descriptivas, inferenciales e informativas. Las descriptivas son aquellas que se obtienen de la observación directa de un objeto. Las inferenciales tienen su origen en las creencias descriptivas y se fundamentan en relaciones probabilísticas entre creencias. Las informativas corresponden a aquellas que han sido obtenidas por medio de la información de otros frente a un objeto.

En el grupo se identificaron más creencias de tipo descriptivas e inferenciales que informativas. Dentro de las descriptivas se encontraron:

L23 Al hombre se le permite tener relaciones sexuales con varias personas (...) uno como hombre digamos puede tener una relación sexual con diversas personas L311 La consecuencia más grave por no usar el condón son las enfermedades de transmisión sexual (...). L145 Participante hombre 1: pues ese es el riesgo como más grave, ¿no?, las enfermedades [sic].

Respecto de las creencias inferenciales se identificaron:

- a. En una relación de pareja estable no se utiliza el preservativo. "L501 creo que también cuando una relación lleva tiempo determinado, a veces no es tan fácil siempre tener el acceso al condón ¿sí?" [sic].
- b. El practicarse exámenes médicos sobre su salud sexual denota que no existe confianza con la pareja. "L75 Se pueden mal interpretar esas cosas,

- no...por que las personas pueden decir como “no, ese man no confía en la persona con la que está ique pereza!” [sic].
- c. Hablar sobre sexualidad, relaciones sexuales y uso de preservativos todavía es visto como un tabú, solamente se dialogan sobre estos temas cuando se presenta un embarazo. “L89 digamos que porque una niña no tuvo novio y llego a ser adolescente y no tuvo un novio, pero están embarazadas a los seis años y también se escandalizan, entonces sería doble moralista” [sic].
 - d. El uso del condón se asocia a variables como el tiempo o la fidelidad, aunque saben que esta asociación es riesgosa. “L342 ese es el principal error, asociar a una pareja estable, de harto tiempo, L343 asociar el uso del condón porque hay alguna infidelidad, yo creo que ese es el principal error, L344 asociar eso con la fidelidad de pareja” [sic].
 - e. El no uso del condón en las relaciones también puede darse como un símbolo de agradecimiento que tienen las mujeres con los hombres como resultado de las atenciones que ellos han tenido en una cita, por ejemplo. Mujer 1: “si eso es verdad, siempre va a estar dispuesta como acceder a lo que el hombre quiere porque se ha portado bien con ella” [sic].

Los autores afirman que la voluntad y el razonamiento generalmente dirigen la mayoría de las acciones sociales de los individuos, ellos proponen que es posible predecir las conductas desde las actitudes, las intenciones conductuales y las creencias en relación con la influencia social y la predisposición del sujeto a esta última. La teoría de la acción razonada afirma que la intensión de una persona es la determinante de la acción.

El modelo propuesto por Ajzen *et al.* (33) afirma que la intensión tiene dos determinantes, uno relacionado con la evaluación personal o actitud hacia la conducta y otro con la evaluación social o norma subjetiva. Por tanto, los individuos intentan realizar una conducta cuando la evalúan como positiva y creen que otros consideran que ellos deben realizarla. Es probable, entonces, que los jóvenes usen el condón si tienen una actitud positiva frente al mismo y evalúan que su uso es aprobado por su grupo de pares.

Para el modelo, las actitudes hacia la conducta se constituyen como las creencias conductuales, estas dirigen la conducta y corresponden a cada sujeto. Por otro lado, las normas subjetivas son función de las creencias normativas porque surgen

de la influencia de los grupos y los individuos que los componen, estos son relativamente importantes para quien realiza la acción.

Para Lameiras *et al.* (34) las creencias frente al uso del condón masculino son distintas con respecto al sexo. Para los hombres son importantes las creencias sobre el placer y la satisfacción sexual, mientras que para las mujeres es más importante la seguridad que aporta su uso con relación al embarazo. Los adolescentes hombres tienden a basarse en el placer genital en tanto que las mujeres dan mayor importancia a la afectividad. Qué los jóvenes no hablen abiertamente sobre la vergüenza de comprar el preservativo es un factor que se asocia a un menor uso del mismo.

A pesar de estar presentes distintas creencias respecto del uso del condón no se hicieron tan evidentes como en otros estudios como el de Lameiras *et al.* (34) las diferencias entre hombres y mujeres respecto del placer y la satisfacción sexual, y a la afectividad.

Actitudes

Boubeta (35) afirman que

La actitud se entiende como una predisposición, existente en el sujeto y adquirida por aprendizaje, que impulsa a éste a comportarse de una manera determinada en determinadas situaciones; se supone que la infraestructura de esta predisposición es algún estado mental (p. 40).

Las actitudes además contienen tres canales el comportamental, afectivo y cognitivo.

Siguiendo este modelo, un ejemplo de la actitud hacia el uso inconsistente del condón sería: el componente cognitivo tiene relación con el conocimiento que tiene el sujeto sobre las consecuencias de no utilizarlo. El componente afectivo se fundamenta en las emociones y sentimientos que experimenta el sujeto cuando tienen relaciones sexuales sin usar el condón y el componente conductual se basa en el comportamiento que realiza el sujeto como consecuencia de los dos componentes anteriores, para este caso utilizar el condón.

Las actitudes sociales surgen de la interacción entre expectativas conductuales y la valoración del sujeto, la norma subjetiva sería el modo en que el individuo interpreta lo que dicen las personas y los grupos que considera relevantes, el control

conductual percibido incluye las creencias que poseen los individuos sobre su capacidad para realizar una conducta determinada (36).

Los jóvenes muestran predisposiciones que configuran el soporte para sus comportamientos, a partir de los relatos de los participantes de la investigación se evidencia actitudes de diversas valencias soportadas en experiencias propias, de otros o como resultado de los discursos que han pasado de generación en generación.

Respecto de la actitud negativa se identificó que se conforma en torno a la percepción de poca funcionalidad que se tiene del condón y los comentarios negativos que el grupo de referencia hace de este, en situaciones concretas de uso.

“Más que todo es la sociedad, porque en mi caso el condón no se me hace como muy funcional o sea no me genera confianza porque la gente dice que no”.

En relación con la actitud positiva hacia el uso del condón, esta se fundamenta en el sentido de responsabilidad que se tenga consigo mismo y con la pareja

Pues para mí no sería muy confiable dejar el uso de condón, aunque uno tenga una pareja estable (...) Prácticamente uno ya en una relación estable ya como que uno no utiliza el condón, ieso es verdad! (...) yo considero que también va ligado a la responsabilidad y al ideal que tengamos como pareja de cómo acudamos a él para tener las relaciones sexuales, digamos en el caso mío yo tengo una pareja y llevamos bastante tiempo considerable y cuando uno va a salir con la pareja y uno realmente se ve a futuro con ella, va a protegerla y respetarla [sic].

En cuanto al componente cognitivo para el uso del condón, los jóvenes consideran debería darse tanto en hombres como en mujeres “L653 Mujer 1: eso debería, no ser solo cultura de los hombres, sino de las mujeres también” [sic].

En referencia al componente afectivo, el uso del condón debería ser visto como un estilo de vida. “L819 Hombre: pues yo lo haría como ya vimos, ahorita en la actualidad, pues una relación sexual es L820 tan común, del ser humano, yo trataría de hacer como el uso del Colgate, del desodorante” [sic].

Con respecto al componente comportamental el uso del preservativo también está condicionado por variables como la “vergüenza”. Quienes lo usan tienen inclusive en cuenta la marca. Adicionalmente consideran que no siempre que se sale de “rumba” se deben cargar porque no siempre se van a usar.

Se evidencia, entonces, cómo los sujetos poseen disposiciones para la ejecución de una conducta determinada permeadas por las situaciones particulares, en

este caso, el uso del condón lo que provoca una valoración individual del uso o no del condón.

Conclusiones

La cultura y la influencia social determinan las conductas sexuales en los géneros, ubicando tanto a mujeres como a hombres en condiciones de vulnerabilidad. Los resultados de la presente investigación sugieren que para los jóvenes el principal riesgo asociado al no uso del condón lo constituye el embarazo; las conductas sexuales de riesgo como tener múltiples parejas y no usar el condón con ninguna está presente indistintamente en hombres y mujeres; la percepción de confianza y comunicación asertiva con la pareja y otros grupos de referencia como los padres cobran relevancia y las creencias sustentadas en los arraigos sociales constituyen las variables sobre las que se sustenta la conducta de no uso del condón. El conocimiento generado a partir del proceso de investigación puede servir en la formulación de proyectos sociales que contribuyan a promover la salud sexual y reproductiva de los jóvenes de la región y del país.

Referencias bibliográficas

1. Cresweell J. *Research Design, Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Second edi. California: Sage publications; 2003. pp. 3-26.
2. Viancha Pinzón M. Experiencias de malos tratos y uso de sustancias psicoactivas legales en la construcción de identidades en jóvenes en situación de protección, en la Ciudad de Sogamoso. Universidad Católica de Colombia [Internet] 2009 [citado 28 febrero 2017]. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/tesis-apoyadas-odc/CO031052009-experiencias-malos-tratos-uso-sustancias-psicoactivas-legales-construccion-jovenes-sogamoso.pdf>
3. Bahamón Muñetón M, Viancha Pinzón M, Tobos Vergara A. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicol desde El Caribe* [Internet]. 2014 [citado 28 febrero 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2014000200008
4. Pellejero L. Torres B. La educación de la sexualidad : el sexo y el género en los libros de texto de Educación Primaria Sex education : sex and gender in

- Primary School textbooks. Rev Educ [Internet]. 2009[citado 28 febrero 2017]; 399-427. Disponible en: http://www.revistaeducacion.educacion.es/re354/re354_16.pdf
5. Giraldo O. Nuestras sexualidades. Cali: Arte peatonal; 2002. p. 376.
 6. Inanatuini E. Pedagogía de la Sexualidad. Buenos Aires: Bonum; 2008. p. 168.
 7. Uribe I, Covarrubias K, Andrade P. La cultura sexual de los adolescentes colimenses, aspectos característicos de la cultura local. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. Estud sobre las Cult Contemp [Internet]. 2008;14:61-95. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/40507741_La_cultura_sexual_de_los_adolescentes_colimenses_aspectos_caracteristicos_de_la_cultura_local
 8. Martínez I, Viancha M., Uribe I. Prácticas sexuales y uso del condón en jóvenes de Boyaca. Revista Electrónica de Psicología Iztacala [Internet] 2014[citado 28 febrero 2017];17(4): Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/50788/45524>
 9. Rodríguez Y. La perspectiva de género : un eje básico para la comprensión de la sexualidad de los y las adolescentes Yuriria Alejandra Rodríguez Martínez. Rev Estud género La Vent [Internet]. 2000 [citado 28 febrero 2017];(12):112–46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88411136006>
 10. Mier F, Murguía P, Sofía A, Mendoza P, Rodríguez PP, Flores T, *et al.* Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios : factores de riesgo y protección. [Internet]. 2013 [citado 28 febrero 2017];15:23-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697003>
 11. Uribe I; Andrade P; Zacarías X. Risk sexual behavior predictors in high school students. Int J Hisp Psychol [Internet]. 2009 [citado 28 de febrero de 2017];5(333):1904–15. Disponible en: https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=13940&osCsid=b17406f46d-25c202a8c2998398043182
 12. Castañeda O, Ortega N., Reyes Y., Segura OML. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva, en Yopal, Casanare, Colombia, 2009. Rev Investig Andin [Internet]. 2000 [citado 28 febrero 2017];11(19):31-48. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v11n19/v11n19a04.pdf>
 13. Fernández M. Failde J., Bimbela J., Alfaro N. Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años [Internet]. 2008[citado 28 febrero 2017];4(2):401-15. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v4n2/v4n2a14.pdf>

14. Jiménez M. Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Rev enseñanza e Investig en Psicol* [Internet]. 2010 [citado 28 febrero 2017];15(1):107-29. Disponible en: www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29213133008
15. Ato M., López J., Benvante A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología Introducción Un marco conceptual para la investigación empírica en psicología. *An Psicol* [Internet]. 2013 [citado 28 febrero 2017]; 29(3):1038-59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
16. Lopez F. Para comprender la Sexualidad. España: Verbo Divino; 1989. p. 160.
17. Morokoff PJ, Redding CA, Harlow L., Cho S, Rossi JS, Meier KS, *et al.* Associations of sexual victimization, depression, and sexual assertiveness with unprotected Gender, sex: A test of multifaceted model of HIV risk across gender. *J Appl Biobehav* [Internet]. 2009 [citado 28 febrero 2017]; 14:553-77. Disponible en: <http://www.pubpdf.com/pub/25018617/Associations-of-Sexual-Victimization-Depression-and-Sexual-Assertiveness-with-Unprotected-Sex-A-Test>
18. Robles S, Moreno D, Frías B, Rodríguez M, Barroso R, Díaz-González *et al.* Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón Introducción Los problemas de salud sexual se pueden entender como to [Internet]. 2006 [citado 28 febrero 2017]; 22(1):60-71. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16722108.pdf>
19. Alvarado J, Aguilar J, Zacarías X, Aguilar A. Modelos explicativos del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2015 [citado 28 febrero 2017];5(1):1904-15. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719\(15\)30010-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719(15)30010-7)
20. Santos-Iglesia P SJ. El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana : una revisión sistemática 1. *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. 2010 [citado 28 febrero 2017];10(3):553-77. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33714079010>
21. Bandura A. Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. *Biblioteca de Psicología*. Bilbao: Desclée De Bower; 1999. p. 279.
22. Camposeco F. La autoeficacia como variable en la motivación intrínseca y extrínseca en matemáticas a través de un criterio étnico. *Universidad Complutense de Madrid* [Internet]. 2012 [citado 28 febrero 2017]. Disponible en: <http://eprints.sim.ucm.es/16670/1/T34002.pdf>

23. Covarrubias C, Mendoza M. La teoría de autoeficacia y el desempeño docente: el caso de Chile. *Rev Estud Hemisféricos y polares* [Internet]. 2013 [citado 28 febrero 2017]; 4(2):107-23. Disponible en: <http://www.revistaestudioshemisfericosypolares.cl/articulos/048-Covarrubias-Lira-Autoeficacia-Desempeno-Docente-Chile.pdf>
24. Villaseñor A, Caballero R, Hidalgo A, Santos J. Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH / SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes [Internet]. 2003 [citado 28 febrero 2017]; 45(1):73-80. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/spm/v45s1/15447.pdf>
25. López F, Moral J. Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del sida en adolescentes. *Salud Pública de México*. 2001;43(5):421-32.
26. Martínez, R. Marín M. introducción a la Psicología Social. España: Piramide; 2000. p. 216.
27. García M, Gil J, Valero M. Psicología y desastres: aspectos sociales. *Publicacions de la Universitat Jaume I*; 2007. p. 272.
28. Castillo G, José A. Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud Drogas* [Internet]. 2012 [citado 28 febrero 2017];12(2):133-51. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83924965001.pdf>
29. Castañeda-sandoval LA, Moreno-gómez MT. Intervención educativa sobre sexualidad y autocuidado en adolescentes de secundaria en Tijuana. *Internet*. 2010 [citado 28 febrero 2017];18(2):93-8. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102f.pdf>
30. Ribes E. *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona. Barcelona: Martínez Roca; 1990. p. 98.
31. Piña A. Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Univ Psychol* [Internet]. 2007 [citado 28 febrero 2017];7(1):19-32. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64770103>
32. Pepitone A. El mundo de las creencias un análisis psicosocial. *Rev Psicol Soc y Pers* [Internet]. 1991 [citado 28 febrero 2017];7(1):61-79. Disponible en: <http://www.amepso.org/revistas.php>
33. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall; 1991. pp. 179-211.
34. Lameiras M, Rodríguez Y, Calado M, González M. Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos.

- Univ Psychol [Internet]. 2000 [citado 28 febrero 2017] 4;3(1):27-34. Disponible en: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N103creencias.pdf>
35. Boubeta, J. (2007). La evaluación de la calidad percibida como herramienta de la calidad percibida como herramienta de gestión en servicios deportivos. Universidad Santiago de Compostela,. Tesis doctoral
 36. Martín M, Martínez J, Rojas D. Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2011 [citado 28 febrero 2017];29(6):433-43. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n6/09.pdf>

Índice analítico

A

aborto, 37-38, 41, 42, 105-110

adolescencia, 59-72, 105, 107, 110-112, 114-116, 118, 119, 123, 126

ámbito hospitalario, 39, 51, 53

B

bioseguridad, 34, 46-48, 51, 52

C

conductas sexuales, 137-142, 144, 153

cuerpo biológico, 13

cultura patriarcal, 51

D

debut sexual, 10, 108, 114, 122, 145

derechos humanos, 9, 18, 60, 62, 66-68

derechos sexuales y reproductivos, 60, 62-64, 66-70, 72, 105, 122, 125

E

educación en sexualidad, 59, 60, 62, 65, 66, 68, 69

educación sexual, 9, 60, 63, 144

embarazo, 9, 10, 16, 33-53, 60-62, 64, 65, 67, 70, 71, 77, 82-84, 86, 87, 89, 91, 97, 99, 105, 107, 110-119, 122-127, 138, 140, 141, 144-148-150, 151, 153

enfermedades crónicas, 16, 25

G

género, 9-18, 24, 25, 34, 35, 39, 49-51, 53, 60, 66, 68, 69, 72, 77-81, 84, 86, 87, 89, 90, 92-99, 106, 116, 118, 120-122, 124, 126, 127, 139, 140

I

igualdad de género, 12, 49, 77, 78, 81, 90, 99

M

masculinidad, 11, 13, 15, 18, 23, 77, 80, 86, 89-91, 98, 115, 120-123, 126

maternidad, 9, 15, 35, 36, 40, 48, 51, 52, 59, 61, 62, 64-66, 69, 72, 82, 120-122, 126

morbilidades, 9-12, 16, 19-25

mortalidad, 9, 16, 18, 62, 70

N

normatividad colombiana, 59, 60, 65-72

P

paternidad, 9, 10, 59, 61, 62, 64-66, 69-72, 77, 78, 80-83, 85-99

política, 59, 64-68, 72, 77, 94, 98

políticas, 9, 10, 35, 36, 53, 59, 60-72, 92, 94, 95, 97, 99

prácticas sexuales, 138-141, 145

R

riesgos biológicos, 43, 51
riesgos ergonómicos, 43, 44, 51
riesgos laborales, 34, 36-39, 44, 49, 51, 53
riesgos psicosociales, 33, 38, 43, 44, 51, 52

S

Salud, 9, 11-13, 15-25, 36, 37, 39, 40, 44, 45, 49-53, 61, 63, 67, 69, 70, 72, 91, 93, 95, 96, 107, 109-114, 119, 120, 141, 145, 147, 148
salud laboral, 34, 53
salud sexual, 9-12, 17, 19, 20-25, 41, 63, 64, 66, 70, 92, 105, 107, 108, 110, 113, 118, 119, 120, 125, 127, 138, 149, 153

Índice onomástico

A

Abad, M. A., 37
Alex, M. R., 52
Alfonso-Cano, C., 22
Ajzen, I., 149-150
Aramburu, C., 37
Armstrong, B., 37
Armstrong, D., 19
Ayala, G., 93

B

Bernal, P., 19
Bertolucci, D., 19
Bird, C., 17, 21
Boivin, J. F., 37
Bolaños, O., 23
Bollerup, T. R., 19
Bourdieu, P., 13
Butler, J., 14, 15

C

Cabello, L., 82
Calasanti, T., 23
Cañón Buitrago, S. C., 52
Cassorla, F., 23
Castro, J. 51
Cherry, N. 37
Codner, E., 23
Connell, R., 17
Cortés-Gálvez, J. M., 22

D

de Beauvoir, S., 79
De Jesús, D., 82
Delorme, C., 37
Deutscher, P., 14
Díaz, L. P., 18
D-Nolin, A., 37
Dória, E., 81
Doyal, L., 16, 24
Dufour, M. C., 19

E

Emslie, C., 22
Erickson, J. D., 38
Etxeberria, J., 49
Evans, J., 18
Evenson, K. R., 37

F

Feldman, L., 98
Fernández, M., 17
Figueroa, J. G., 91
Fishbein, M., 149
Foucault, M., 13
Frank, B., 18
French, K., 22
Fuller, N., 81

G

Gadamer, H. G., 15, 20
Gaete, X., 23
Galeano Martínez, G., 52
Garcés, C. A., 51
García, J. Á., 23
García, B., 92
Gil-Monte, P., 49
Goyes, I., 51
Greenberg, H.M., 16
Gregory, D., 18
Gutmann, M., 82

H

Haces, A., 81
Haggerty, R. J., 19
Hannan-Leith, M., 18
Harcourt, W., 12
Hemminki, K., 38
Hernández, M. I., 23
Hornung, R. W., 38
Hurd, L., 18
Hunt, K., 22

I

Irigaray, L., 13-14

J

Jaakkola, J. J., 38
Jiménez-Garzón, V. A., 22
Jiménez, M. L., 81

K

Kaerlev, L., 37
King, N., 23

L

Lafaurie, M. M., 10, 18
Lameiras, M., 151
Last, J. M., 20
Leal-Hernández, M., 22
Leeder, S. R., 16
Lefkovich, M., 18
Lindbohm, M. L., 38

M

- Maganto, J. M., 49
Marrero Santos, M. L., 44
Martín-Olmedo, P., 17
Martínez, J., 23
Martínez-Monje, F., 22
Matte, T. D., 38
McDonald, A. D., 37
McDonald, J. C., 37
McMahon, M., 37
Merleau-Ponty, M., 13
Messner, M., 15
Millán, E. M., 18
Morales-Suárez-Varela, M., 37
Moreno, S., 80
Mouzon, D. M., 23
Mulinare, J., 38
Muzskat, M., 81

N

- Nava, R., 81

O

- Ojala, H., 23
Olea, N., 17
Oliffe, J. L., 18
Oliveira, M. C., 81
Oliveira, O., 92

P

- Pabón, M., 69-70
Perez, G., 82

Pietilä, I., 23
Plata, R. C., 69-70
Pompeii, L. A., 37
Porcel, A., 49

Q

Quansah, R., 38

R

Ragúz, M., 24
Raymond, S. U., 16
Reynoso, C., 22
Ribeiro, O., 23
Rieker, P., 17
Rodríguez, E. M., 23
Rodríguez, H., 23
Rodríguez, Y., 151
Rogers, B., 37
Rojas, O., 81
Román Hernández, J. J., 44
Roy, G., 22
Ruiz-Cantero M. T., 17, 24

S

Salguero, M. A., 81-82
Salomón, A. N., 44
Savitz, D. A., 37
Selevan, S. G., 38
Springer, K. W., 23
Stern, C., 82
Stinson, F. S., 19
Susila, T., 22

U

Unanue, N., 23

V

Valls-Llobet, C., 20-21, 24

Vanegas, B. C., 61, 69-70

Verbrugge, L. M., 16, 24

Viveros, M., 81

W

Watt, G., 22

Z

Zabala, M., 51

Zapata Silva, I., 50

Sexualidad y reproducción en clave de equidad

Fue editado y publicado por la
Editorial Universidad El Bosque. Febrero de 2018
Bogotá D. C., Colombia

En la presente entrega, investigadores de Colombia y México se dan cita para disertar en torno a temas en que interactúan la salud sexual y reproductiva y las inequidades sociales y de género. La maestría en Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque se complace en presentar a los lectores esta compilación con la cual se ha buscado que quienes se interesan en este tema encuentren aportes conceptuales novedosos y voces comprometidas con la construcción de nuevas culturas para cerrar las brechas sociales y de género que crean desigualdad en estos ámbitos; voces que resuenan en clave de equidad.



ISBN: 978-958-739-113-8

