

**APTITUDES, COMPORTAMIENTOS Y HÁBITOS EN SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO MARÍA PAZ DEL  
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA**

**YANETH ORDOÑEZ ESPARZA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
BUCARAMANGA  
2013**

**APTITUDES, COMPORTAMIENTOS Y HÁBITOS EN SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO MARÍA PAZ DEL  
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA**

**YANETH ORDOÑEZ ESPARZA**

Proyecto de grado presentado como requisito para el título de  
Trabajadora Social

**Director:  
Mauricio Rojas Betancur  
Sociólogo PhD Msc**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
BUCARAMANGA  
2013**

## DEDICATORIA

Al Padre, al Hijo y al Espíritu Santo por el amor, la fortaleza y sabiduría que me dan día a día para seguir adelante y alcanzar mis metas.

A mi hijo Julián Camilo, mi gran orgullo, mi gran amor, el más hermoso regalo de Dios a mi vida, hijo Dios te bendiga.

A mi padre José Dionisio que desde el cielo me ha acompañado todo este tiempo, padre cuanta falta me haces, este triunfo es para ti.

A mi madre Ana Dolores, que siempre ha estado a mi lado, dándome todo su apoyo, Gracias Madre.

A mis hermanas, Nubia, Trina y Elizabeth, siempre apoyándome incondicionalmente, gracias por todo su amor para con mi hijo y conmigo.

A mi sobrina Sorely su esposo William y sus hermosos hijitos los trillizos, Jerónimo, Santiago y Felipe, que los amo con todo mi corazón, mi sobrino William, y su lindo hijo, Juan Sebastián.

A Blanquita, por su cariño para con mi hijo y conmigo, su apoyo, consejos y oraciones me levantaron muchas veces.

A mi amigo Guillermo Fabio Ferreira por ser amigo, confidente, consejero, como un hermano, gracias por estar a mi lado todos estos años.

A mi amigo, Sócrates por su incondicionalidad y apoyo siempre, animándome a seguir adelante.

A mis amigas de Trabajo Social, con quienes compartimos momentos inolvidables, en nuestra vida universitaria, las llevare siempre en mi corazón.

Yaneth Ordoñez Esparza

## AGRADECIMIENTOS

Sinceros agradecimientos a la Universidad Industrial de Santander, a la escuela de Trabajo Social, a mis profesores por su cariño y dedicación en transmitir sus Conocimientos, reafirmar mi vocación y sembrar en mí el amor por esta maravillosa profesión, especialmente las profesoras Ruth Zarate, Claudia Contreras y Rosalba Rivera.

A la Directora de la Escuela de Trabajo Social, Raquel Méndez.

Al Profesor Mauricio Rojas

A la Corporación SURGIR, por brindarme el espacio y apoyo.

A la comunidad del Barrio María Paz por su cariño y colaboración en la elaboración de mi trabajo de grado, especialmente los nin@s, jóvenes y Madres.

Gracias Totales!!!!

Yaneth Ordoñez Esparza

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>15</b>
<b>1 ANÁLISIS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	<b>17</b>
1.1 DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
1.1.1 Planteamiento del problema. ....	17
1.2 PREGUNTAS ORIENTADORAS. ....	18
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	18
1.4 OBJETIVOS .....	21
1.4.1 Objetivo general.....	21
1.4.2 Objetivos específicos.....	21
<b>2 SEXUALIDAD, GÉNERO Y POBREZA: ELEMENTOS DE ANÁLISIS SOCIAL</b> .....	<b>22</b>
2.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ALGUNAS CONSIDERACIONES. 22	
2.1.1 Inicio del debate en torno a la sexualidad.....	22
2.1.2 Las Conferencias Internacionales de Población. ....	25
2.1.3 El significado de los Acuerdos de El Cairo, Beijín y Duban. ....	30
2.2 REPENSANDO LA SEXUALIDAD DESDE EL ENFOQUE DE GÉNERO ..	33
2.2.1 Consideraciones preliminares.....	34
2.2.2 El enfoque de género.....	36
2.3 GÉNERO, POBREZA Y DESIGUALDAD.....	41
<b>3 DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	<b>45</b>

3.1	CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	45
3.1.1	La Corporación Colombiana para la Promoción de Estilos de Vida Saludable (SURGIR).....	45
3.1.2	Contexto socioeconómico de la comuna uno: Ciudad norte.....	49
3.2	ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	51
3.3	TECNICAS E INSTRUMENTOS .....	51
3.4	POBLACIÓN .....	51
3.5	CRITERIOS DE CONFIABILIDAD .....	52
3.5.1	Tamaño de la muestra.....	52
3.5.2	Procedimiento de recolección de datos. ....	52
3.5.3	Procesamiento y análisis de datos. ....	53
3.5.4	Codificación de variables.....	53
<b>4</b>	<b>ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
4.1	ASPECTOS SOIODEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS DEL BARRIO MARÍA PAZ.....	61
4.1.1	Contexto situacional de barrio María Paz. ....	61
4.1.2	Comportamiento del muestreo.....	63
4.1.3	Actividad económica .....	66
4.1.4	Aspectos sociodemográficos del Barrio María Paz.....	67
4.1.5	Tipificación familiar. ....	68
4.1.6	Estado civil.....	68
4.1.7	Nivel Educativo. ....	69
4.1.8	Ingresos.....	71

4.2 ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....	72
4.2.1 Accesibilidad al Sistema Nacional de Seguridad Social. ....	72
4.2.2 Salud Sexual y Reproductiva.....	74
4.2.3 Frecuencia de partos por mujer. ....	76
<b>5 CONCLUSIONES .....</b>	<b>89</b>
<b>6 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>92</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>98</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Fases, técnicas e instrumentos.....	51
Tabla 2 Codificación de variables. ....	53

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Perspectiva del Barrio María Paz. ....	63
Figura 2 Composición por sexo Barrio María Paz.....	64
Figura 3 Distribución poblacional barrio María Paz.....	65
Figura 4 Razones para abandonar estudios. ....	70
Figura 5 Nivel educativo por sexo.....	71
Figura 6 Relación de ingresos por sexo.....	72
Figura 7 Acceso a SISBEN.....	73
Figura 8 Tipo de cobertura a seguridad social.....	74
Figura 9 Frecuencia de partos por mujer .....	77
Figura 10 Frecuencia de hijos por mujer.....	78
Figura 11 Frecuencia de mortalidad infantil por mujer.....	79
Figura 12 Mortalidad infantil por sexo. ....	80
Figura 13 Factores que influyeron en la mortalidad infantil.....	81
Figura 14 Deseo de más hijos .....	82
Figura 15 Conocimiento y uso de métodos de planificación familiar.....	82
Figura 16 Razones para no usar anticonceptivos. ....	83
Figura 17 Edad de la primera relación sexual.....	84
Figura 18 Conocimiento sobre VIH/SIDA.....	86
Figura 19 Conocimiento sobre formas de Transmisión del VIH/SIDA.....	87
Figura 20 Conocimiento sobre formas de transmisión del VIH/SIDA.....	88

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A FORMATO DE ENCUESTA.....	99
ANEXO B UBICACIÓN BARRIO MARÍA PAZ .....	104
ANEXO C POBLACION PARTICIPANTE .....	105
ANEXO D IMAGEN DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN.....	106

## RESUMEN

### TITULO:

APTITUDES, COMPORTAMIENTOS Y HÁBITOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO MARÍA PAZ DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA\*.

### AUTOR:

ORDOÑEZ ESPARZA, Yaneth\*\*

### PALABRAS CLAVES:

Sexualidad. Enfoque de género. Actitudes, Conocimientos, Prácticas, Desarrollo Socioeconómico.

### DESCRIPCIÓN

El presente trabajo de grado pretende presentar una investigación relacionada con el campo de la sexualidad, manejo de relaciones sociales y pobreza. Este estudio se plantea con base en la necesidad de conocer la situación actual de las familias pertenecientes al barrio María Paz del Municipio de Bucaramanga relacionando conocimiento, aptitudes y hábitos o prácticas en salud sexual y salud reproductiva. Para ello se planteó un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y descriptivo transeccional, el cual se desagregó con base en variables sociales, demográficas, en conocimiento y prácticas sobre salud sexual y salud reproductiva esta fase se culminó con el desarrollo de un cuestionario que fue aplicado a un total de 148 entrevistados.

De este modo esta investigación pretendió realizar una caracterización de la situación de aptitudes, comportamientos y hábitos en salud sexual y reproductiva de las familias pertenecientes al barrio María Paz a fin de promover capacidades y competencias en el campo de la salud sexual y reproductiva articuladas a procesos productivos que favorezca la equidad de género e interculturalidad, mediante la toma de decisiones asertivas, formativas, comprometidas y ligadas a su proyecto de vida en articulación con las actividades realizadas por la Corporación Surgir.

Finalmente se presentan los datos de discusión de resultados y de análisis general de la situación estudiada, que servirá de base para próximas intervenciones a realizarse por parte de la Corporación Surgir, el cual actuó como un sitio de relaciones de la práctica.

---

\*Trabajo de grado

\*\*Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Director: PhD. Msc. Mauricio Rojas Betancur

## **ABSTRACT**

### **TITLE:**

ATTITUDES, BEHAVIOR AND HABITS IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF THE POPULATION OF MARY PEACE DISTRICT MUNICIPALITY OF BUCARAMANGA\*

### **AUTHOR:**

ORDOÑEZ ESPARZA, Yaneth\*\*

### **KEYWORDS:**

SEXUALITY. GENDER APPROACH. ATTITUDES, KNOWLEDGE, PRACTICES, SOCIOECONOMIC DEVELOPMENT

### **CONTENT**

This work aims to present a research degree related to the field of sexuality, social relationship management and poverty. This study is set based on the need to know the current status of the families in the neighborhood (María Paz Bucaramanga) Township linking knowledge, skills and habits or practices in sexual and reproductive health. For this study proposed a quantitative approach, non-experimental, descriptive design transeccional, which was disaggregated variables based on social, demographic, knowledge and practices in sexual and reproductive health this phase culminated in the development of a questionnaire, was applied to a total of 148 respondents.

Thus, this work aimed to characterize the situation of skills, behaviors and habits in sexual and reproductive health of families belonging to the neighborhood María Paz to promote skills and competences in the field of sexual health and reproductive processes articulated production that favors gender equity and multiculturalism through assertive decision making, training, engaged and connected with their life plan in coordination with the activities of the Corporation Emerge.

Finally, some discussion data and analysis results of the situation studied as a basis for future interventions made by the Emerge Corporation, which acted as a site relations practice.

---

\*Work of degree

\*\*Faculty of Human Sciences. Social Work School. Director PhD. Msc. Mauricio Rojas Betancur

## INTRODUCCIÓN

El mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres es condición fundamental para el logro de un mejor desarrollo social, económico y político; teniendo en cuenta que la salud sexual es el completo estado de bienestar físico, mental y social más allá de la ausencia de enfermedades, que permite relacionarse, sentir y expresar afecto, formar pareja, experimentar placer y ejercer libremente su identidad sexual, es así como se reflejan conductas, actitudes y practicas frente a las diferentes experiencias de la vida.

Los hombres y mujeres del barrio María Paz ocupan un lugar especial dentro de la población altamente vulnerable a los embarazos no deseados, a la violencia física, psicológica, y sexual además de las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, virus del papiloma humano VPH, entre otras afecciones; pues están sometidos a una serie de factores de riesgo características de la edad, el nivel de ingreso, el medio ambiente, el aspecto social, el bajo nivel educativo, escasa información sobre sexualidad y la desintegración familiar entre otros.

De este modo esta investigación pretendió realizar una caracterización de la situación de aptitudes, comportamientos y hábitos en salud sexual y reproductiva de las familias pertenecientes al barrio María Paz a fin de promover capacidades y competencias en el campo de la salud sexual y reproductiva articuladas a procesos productivos que favorezca la equidad de género e interculturalidad, mediante la toma de decisiones asertivas, formativas, comprometidas y ligadas a su proyecto de vida en articulación con las actividades realizadas por la Corporación Surgir. Este proceso se realizará en los siguientes capítulos:

En el primero capítulo se realizará el planteamiento del problema y la descripción general de la investigación realizada en el marco de los objetivos generales, específicos, la justificación y la viabilidad del proceso.

En el segundo capítulo se presentará el marco teórico-conceptual enmarcado por la definición sociohistórica de la salud sexual y reproductiva – columna vertebral de este estudio- asimismo se plantean análisis de fondo de la sexualidad y el enfoque de género, los cuales son elementos indiscutibles de manejo conceptual.

A partir del tercer capítulo se presenta el diseño metodológico, con su respectiva contextualización del problema, descripción de la institución en donde fue realizado el estudio y las características que permitieron la articulación de la investigación. En el cuarto capítulo se desarrollan el análisis e interpretación de resultados tanto a nivel general como a nivel específico, finalmente se presentan las conclusiones y las recomendaciones.

## **1 ANÁLISIS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

A continuación se presentará un análisis de las problemáticas relacionadas con el desarrollo de actitudes, aptitudes en Salud Sexual y reproductiva de las familias habitantes del Barrio María Paz de Bucaramanga.

### **1.1 DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1.1 Planteamiento del problema.**

En la última década se hace más incuestionable la importancia de abordar la cuestión de la salud sexual y reproductiva de todos los miembros de las familias, en todas las edades, en todos los momentos, considerando las tipologías propias de su etapa de desarrollo así como los elementos particulares que se conceden en su contexto sociocultural.

Para las familias – y específicamente la mujeres- que viven en zonas caracterizadas por la extrema pobreza el acceso y su posibilidad de acercamiento a la misma, parece ser aún muy limitada, dicho escenario podría estar vinculado, al menos en parte, por la carencia de un conocimiento de experiencias afirmativas de sexualidad, pues al parecer los/las jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales a muy temprana edad. A la privación de los servicios sociales de formación y divulgación, se suma la presencia de una progresiva solicitud de parte de los jóvenes por acudir a espacios que, ajustados a sus necesidades y expectativas, les suministre la información y cuidado necesarios en la esfera de la sexualidad. El fundamento de dichas demandas se compone de factores como sus posibilidades de progreso y crecimiento personal y familiar, los cuales resultan limitados debido a la situación y características de su situación socioeconómica, como empleo, desempleo, formalidad e informalidad del trabajo, acceso a

servicios de educación y de salud, por mencionar algunas.

Frente a la necesidad de información y atención en salud sexual y reproductiva de las familias, y específicamente de las mujeres, se plantea el presente estudio, siendo la pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimientos y las prácticas de salud sexual y reproductiva en las familias habitantes del Barrio María Paz del municipio de Bucaramanga?

## **1.2 PREGUNTAS ORIENTADORAS.**

Dentro de las preguntas directrices se encuentran las siguientes:

- ¿Cuáles son las actitudes y aptitudes en salud sexual y reproductiva por parte de las familias pertenecientes al Barrio María Paz?
- ¿Cuáles son componentes sociodemográficos, familiares, espaciales, económicos y culturales del barrio?
- ¿Cuáles son los componentes en organización social, salud y educación del barrio?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

La gran mayoría de los adolescentes no está bien informada acerca de la sexualidad y la reproducción. En la actualidad los adolescentes pueden tener más información sobre los aspectos anatómicos de la reproducción humana, pero no para hacer la conexión con la experiencia placentera de la sexualidad. Teniendo en cuenta que durante esta etapa están en la formación de la personalidad, tienen dificultades para poner límites a su pareja, de lo cual no hay mucho que decir, así

como negociar relaciones sexuales más seguras. Según Gomez<sup>1</sup>, en general, el adolescente en la familia no recibe la información relativa a la salud y, cuando se tiene acceso a la información es a menudo limitada e inadecuada, de amigos, de gente mal preparada para este papel. A menudo se distorsionan y se basan en mitos y prejuicios. Muchas personas creen que negar a los jóvenes información sobre sexualidad y anticoncepción, impediría que el inicio temprano de la vida sexual. Sin embargo, la calidad de la educación sexual permitirá que el adolescente sea capaz de elegir el momento adecuado para el inicio de su sexualidad de forma segura, saludable y feliz.

Por otra parte se encuentran los problemas relacionados con el mantenimiento de enfermedades de transmisión sexual, embarazos adolescentes y abuso de sustancias psicoactivas.

De acuerdo con el Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012 realizado por parte del Ministerio de la Protección Social en el año 2012<sup>2</sup>, el mayor número de casos se concentra en el grupo de 15 a 44 años de edad 5.175 (77,4%) casos. Por otra parte, es necesario resaltar que en los últimos años, se evidencia un incremento de casos en personas de 45 y más años con 1.425 (21,3%) de la participación total. Igualmente, del total de casos reportados 175 (2,6%) son menores de 18 años de los cuales 84 (1,2%) son menores de 15 años<sup>3</sup>. Esto demuestra, en definitiva, que la epidemia de sida en Colombia está afectando a la población sexualmente activa, especialmente a los jóvenes

---

<sup>1</sup> TAUCHER, Érica. Efectos de los niveles de fecundidad adolescente en la salud reproductiva y en la mortalidad infantil, en Serie Seminarios y Conferencias “La fecundidad adolescente en América Latina: ¿Transición o revolución?”, 2004. No. 37, Santiago de Chile, CEPAL, p. 23, 24 y 27.

<sup>2</sup> VARGAS, Edwin., HENAO, Carmen. y GONZÁLEZ, Jairo. Informe del componente cualitativo de la investigación: fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. Documentos CESO No. 95, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de los Andes, Santa fe de Bogotá. 2004., p 167.

<sup>3</sup> *Ibíd.*, p. 222.

colombianos.

Asimismo el informe nacional de demografía y salud realizado anualmente por PROFAMILIA<sup>4</sup> demuestra que se han incrementado los embarazos en adolescentes, así como las enfermedades de transmisión sexual. En Bucaramanga, por ejemplo, la cifra de embarazos de adolescentes en Bucaramanga es de 76,6 jóvenes, entre 15 y 19 años, entre mil mujeres en gestación. En el país este indicador llega a 70,2 mujeres por cada mil embarazos. Así mismo este estudio muestra como los casos de embarazo en adolescentes son más comunes en las zonas populares o de bajos recursos. En Bucaramanga el aumento se registra principalmente en las comunas 1, 2, 3, 4 y 14.

Al abordar el tema de la adolescencia también se observó que en la última década el número de jóvenes bumanguenses entre 15 y 24 años aumentó en un 77%. De acuerdo con cifras estadísticas de medicina legal departamental para el año 2012<sup>5</sup>, la tasa de homicidios de jóvenes aumentó de 66,5% a 98,8 muertes por cada 100 000 entre 2011 y 2012<sup>6</sup>. Según la entidad, estas cifras superan las relacionadas con los países en situaciones de guerra declarada. Esto incrementado por el tráfico y consumo de drogas que contribuye en gran medida a la participación de los jóvenes colombianos en el ciclo perverso de asesinatos, ya sea como autores o como víctimas de la violencia. De este modo este proceso de investigación contribuirá con el acercamiento a las principales problemáticas que están ocurriendo en el sector con el fin de promover el fortalecimiento de mejores prácticas en salud sexual y reproductiva.

---

<sup>4</sup> COLOMBIA. Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana, PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010., p. 345-346.

<sup>5</sup> COLOMBIA. Instituto Nacional de Medicina Legal, Seccional Bucaramanga. Informe municipal de mortalidad año 2011., p. 33-37.

<sup>6</sup> *Ibíd.*, p. 39.

## **1.4 OBJETIVOS**

### 1.4.1 Objetivo general.

Caracterizar las actitudes, conocimientos y hábitos en salud sexual y reproductiva de las familias pertenecientes al barrio María Paz a fin de promover capacidades y competencias en el campo de la salud sexual y reproductiva articuladas a procesos productivos que favorezca la equidad de género e interculturalidad, mediante la toma de decisiones asertivas, formativas y comprometidas y ligadas a su proyecto de vida en articulación con las actividades realizadas por la Fundación Surgir.

### 1.4.2 Objetivos específicos.

- Describir los componentes sociodemográficos, familiares, espaciales, económicos y culturales del barrio.
- Caracterizar las actitudes y aptitudes en salud sexual y reproductiva
- Conocer los componentes en organización social, salud y educación del barrio.

## **2 SEXUALIDAD, GÉNERO Y POBREZA: ELEMENTOS DE ANÁLISIS SOCIAL**

Los derechos y conceptos de salud sexual y reproductiva se han desarrollado recientemente, y representan un logro histórico, el resultado de la lucha por la ciudadanía y los derechos humanos y el medio ambiente. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en el año 1994, estableció los acuerdos internacionales que se han hecho durante casi doscientos países. Estos acuerdos fueron asumidos y ampliados en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing (Pekín) en 1995. Las organizaciones multilaterales, gobiernos, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil en general, han sido movilizados para garantizar el cumplimiento y supervisión de la aplicación de estos acuerdos. Por lo tanto, es necesaria la creación de instrumentos de seguimiento y evaluación de las metas y objetivos situados en las plataformas de acción de las dos jornadas, organizadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). El propósito de este capítulo es presentar, en breve, un debate histórico sobre la población y el desarrollo y los principales conceptos de los derechos y la salud sexual y reproductiva.

### **2.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ALGUNAS CONSIDERACIONES.**

#### **2.1.1 Inicio del debate en torno a la sexualidad.**

La Conferencia de El Cairo tuvo lugar después de 200 años de debate sobre las cuestiones de la demografía y la economía, por lo que es un punto de inflexión en las directrices sobre este tema. En el Programa de Acción del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el resultado de un acuerdo firmado por 179 países, dio lugar a un cambio fundamental de paradigma, pero: las políticas de población estrictamente para la defensa de los locales de los derechos humanos, el

bienestar social y la igualdad de género y la planificación familiarizados con cuestiones de salud y derechos sexuales y reproductivos.

Los temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos son parte de la cuestión más amplia de los derechos humanos y la ciudadanía, se relacionan con el pensamiento moderno a partir de los principios de la Ilustración del siglo XVIII. Sin embargo, el camino a El Cairo era difícil y lleno de obstáculos, avances y retrocesos. En el camino, la población se ve ahora como un objeto de políticas coercitivas, o como sujeto de derechos y las políticas de cooperación.

Al comienzo del debate, incluso al calor de la Revolución Francesa, el marqués de Condorcet<sup>7</sup> (1743-1794) presentó en 1794, una posición optimista relación entre población y desarrollo, que incluía una reducción progresiva de la mortalidad y la natalidad y una relación armoniosa entre el crecimiento demográfico y el progreso socioeconómico. Cuatro años más tarde, el economista y pastor de la Iglesia anglicana, Thomas Malthus<sup>8</sup> (1766-1834), presenta una posición pesimista, con el argumento de que la población tiende siempre a crecer más rápido que los medios de subsistencia. Como resultado, el desarrollo y el progreso serían objetivos utópicos, más allá del alcance de la mayoría de la gente. Malthus<sup>9</sup> no logró separar el acto sexual de la reproducción y estaba en contra del uso de anticonceptivos y el aborto, aceptando sólo con el aumento de la edad para el matrimonio y la abstinencia sexual como el único medio aceptable de limitación de los nacimientos.

Sin embargo, el marco de la teoría de transición demográfica se utiliza para analizar el caso de los llamados países del Tercer Mundo y esto llevó a

---

<sup>7</sup> SMITH, Adam. La Riqueza de las Naciones: Compendio del Marqués de Concordet. Brontes: México. 2012., p. 45-48.

<sup>8</sup> *Ibíd.* p. 89.

<sup>9</sup> *Ibíd.* p. 92.

conclusiones diferentes. Los primeros demógrafos que analizaron este tema argumentaron que la caída en las tasas de mortalidad en los países no industriales después de la Segunda Guerra Mundial<sup>10</sup> se dio debido a la importación de tecnologías médicas y de salud derivados de los países industrializados. Por lo tanto, la disminución de las tasas de mortalidad, especialmente la mortalidad infantil se habría producido sin la transformación de las estructuras sociales y económicas, y sin estos cambios, las tasas de natalidad tienden a continuar con las cantidades. Así, en la segunda mitad del siglo XX, los países con estructuras predominantemente agrarias y rurales tienden a tener altas tasas de crecimiento de la población, lo que resulta en una disminución de la mortalidad en un contexto de altas tasas de fecundidad.

Los datos estadísticos muestran que, de hecho, los años 50 y 60 del siglo XX<sup>11</sup> fueron aquellos en los que el mundo tuvo el mayor crecimiento de la población en la historia de la humanidad. Los demógrafos más pesimistas tomaron estos datos como evidencia de "explosión demográfica" y para justificar la necesidad de que las políticas de población que reducen la fertilidad, incluso de forma coercitiva. Este tipo de preocupación se basa en el pensamiento y teoría neo-malthusiana. Una diferencia fundamental entre Malthus y Neomalthusianismo<sup>12</sup> es que ésta acepta los métodos anticonceptivos como una forma de limitar la fertilidad.

Así que fue en este ambiente de alto crecimiento de la población y bajo la

---

<sup>10</sup> AGUILAR, Libera. Manual de capacitación en género y cambio climático, Costa Rica: Comité Directivo de la Alianza Mundial de Género y Cambio Climático (GGCA) [En línea]: 2009  
[http://www.americlatinagenera.org/es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=905&pub\\_id=1589](http://www.americlatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&task=view&id=905&pub_id=1589)

<sup>11</sup> GALAN, Beatriz. Reglamentaciones jurídicas sobre el acceso a la tierra de la mujer rural en países de América Central y el Caribe. 2000 [En línea]:  
[http://www.americlatinagenera.org/es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=905&pub\\_id=587](http://www.americlatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&task=view&id=905&pub_id=587)

<sup>12</sup> FREIXAS, Anna. La sexualidad: un géiser de felicidad, a todas las edades. Mujer y Salud. 2006; 19. Disponible en: [http://mys.matriz.net/mys19/pdf/19\\_26.pdf](http://mys.matriz.net/mys19/pdf/19_26.pdf) [Consultado: 9 de enero de 2012]

influencia del pensamiento neo-maltusiano que se produjo la primera Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo organizada por las Naciones Unidas (ONU). Fue en el curso de estas conferencias, en diferentes coyunturas internacionales y bajo la influencia de múltiples actores sociales, que llegaron a la definición de los derechos y la salud sexual y reproductiva.

### 2.1.2 Las Conferencias Internacionales de Población.

En la segunda mitad del siglo XX, hubo cinco conferencias mundiales sobre la población Roma en 1954, Belgrado en 1965, Bucarest, en 1974, México en 1984, y El Cairo en 1994. Según el UNFPA, la preocupación por la relación binomial entre población y desarrollo ha estado presente desde la Conferencia Mundial de Población, celebrada en Roma en 1954<sup>13</sup>. Esta conferencia fue patrocinada por las Naciones Unidas, en colaboración con la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP). Al principio, tenía un carácter eminentemente científico, sin embargo, hubo un acalorado debate sobre el papel de la población en el desarrollo. Por un lado, los países capitalistas avanzados (Primer Mundo) defendieron la posición del neo-malthusiano, argumentando que el alto crecimiento de la población podría ser un obstáculo para el desarrollo económico.

En Belgrado la Conferencia se hizo mención explícita de la anticoncepción como la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización masculina y la legalización del aborto cuando es aceptado por la sociedad. Para estos últimos los países del tercer mundo se encontraban divididos entre los tres puntos de vista existentes: controlismo, natalidad, así como la población concebida como un elemento neutro para el desarrollo.

---

<sup>13</sup> GONZÁLEZ, M<sup>a</sup> Asunción. Masculinidad, feminidad y sexualidad. El desencuentro entre los sexos". En: Proyecto imaginado, una mirada joven a la frontera del conocimiento. Sexualidad: edades discursos y vivencias (1 al 5 septiembre de 2011)., Memoria., p.45.

En la Conferencia de Bucarest en 1974<sup>14</sup>, la mayoría de países del tercer mundo se alinearon en la defensa de las tesis de la protección de la natalidad, bajo el argumento de que el crecimiento demográfico es un signo de afirmación nacional y de control de la natalidad sería una injerencia de los países más ricos la soberanía de los países pobres. La posición tomada por la delegación de la India - "el desarrollo es el mejor anticonceptivo"<sup>15</sup> - puede ser tomado como un resumen de las resoluciones de esta conferencia.

Sin embargo, la preocupación por la "población no controlada"<sup>16</sup> resurgió diez años después. Según Elza Berquó<sup>17</sup>, la posición oficial de la Conferencia Internacional sobre la Población de México en 1984<sup>18</sup> fue la defensa de la estabilización de la población mundial, en el menor tiempo posible, a fin de permitir la mejora del nivel de vida en los países en desarrollo. Colombia fue uno de los países que ha cambiado su posición en este período, a pesar de no haber adoptado una política explícita de control de la natalidad.

Pero el debate entre la población y el desarrollo del mundo se ha vuelto más complejo con la aparición de otros actores y temas, que ahora tienen presencia

---

<sup>14</sup> ESTEBAN GALARZA, Mari Luz. De la obligación de cuidar al derecho a ser cuidadas: una campaña renovada. Pensamiento crítico; 2005. Disponible en: <http://www.pensamientocritico.org/marest1105.htm> [Consultado: 15 de Diciembre de 2012]

<sup>15</sup> ALONSO SIERRA, Xosefa. Voces de Mujeres: Cooperación internacional y ONG en Tijuana, México. Tesis de Maestría en Cooperación Internacional Unión Europea-América Latina, Instituto Mora, México; 2002., p. 334.

<sup>16</sup> ARAUJO GOMES, María Elidiana. La Sexualidad de las mujeres tendidas en el programa salud de la familia: una producción socio poética. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2008; Mayo-Junio: 3 (16). Disponible en: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_08.pdf)> [Consultado: 7 de enero de 2012]

<sup>17</sup> BERQUÓ, Elza. Sexo y Vida: Panorama de la salud sexual y reproductiva en Latinoamérica. Capitulo Brasil. Siglo Veintiuno. 2010., p 84-85.

<sup>18</sup> ESTEBAN GALARZA, Mari Luz. Antropología encarnada: Antropología desde una misma. Papeles del CEIC. 2004; junio. Disponible en: [http://www.ceic.ehu.es/p285-content/es/contenidos/boletin\\_revista/ceic\\_papeles\\_numpublicados/es\\_publicad/adjuntos/12.pdf](http://www.ceic.ehu.es/p285-content/es/contenidos/boletin_revista/ceic_papeles_numpublicados/es_publicad/adjuntos/12.pdf) [Consultado: 15 de Diciembre de 2012]

internacional, en particular en las Naciones Unidas. Más específicamente, durante la década de 1990<sup>19</sup>, con el fin de optimizar las nuevas condiciones políticas derivadas del fin de la Guerra Fría, la ONU organizó una serie de conferencias articuladas (también llamado Ciclo Social de la ONU). Introducción a la Cumbre Mundial de la Infancia en 1990<sup>20</sup>, este ciclo se divide en ocho conferencias intergubernamentales, cuyos resultados son relevantes para el debate que se articula la población, el desarrollo y los derechos: Medio Ambiente y Desarrollo - Río de 1992, Derechos Humanos - Viena, 1993 , Población y Desarrollo - Cairo 1994, Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social - Copenhague, 1995, Mujer y Desarrollo - Beijing 1995; Habitat - Estambul, 1996; Supply - Roma, 1997, el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y la Discriminación correlacionada - Durban 2001 .

Una característica fundamental llamado Ciclo Social de las Naciones Unidas era su naturaleza acumulativa, es decir, los acuerdos de cada conferencia se repetirían, ampliarían o mejorarían en las negociaciones pendientes. En este sentido, los acuerdos alcanzados en la Conferencia sobre Población y Desarrollo en El Cairo en 1994 se basan en las definiciones adoptadas en la Cumbre Mundial de la Infancia, la Conferencia de Viena y la Río+20, mientras que eso significaría un marco de políticas sociales en relación con la población, específicamente. Las definiciones de la Cumbre propondrían recomendaciones para las diversas poblaciones (niño/as, adolescentes, mujeres, entre otros) con respecto a los derechos de acceso a la información y servicios. Entre los legados de la Conferencia de Viena se ajusta hincapié en la indivisibilidad de los derechos humanos (la superación de la dicotomía entre los derechos civiles, políticos y

---

<sup>19</sup> *Ibíd.*, p.23.

<sup>20</sup> ESPLÉN, Emilly. Género y Sexualidad: colección de recursos de apoyo. Brighton: Bridge-Development-Gender; 2007 (Canasta Básica). Disponible en: [http://www.bridge.ids.ac.uk//bridge/reports/Sexuality\\_SRC\\_SP\\_Final.pdf](http://www.bridge.ids.ac.uk//bridge/reports/Sexuality_SRC_SP_Final.pdf) [Consultado: 8 de enero de 2012].

económicos y sociales), la legitimidad misma de la idea de los derechos humanos de las mujeres y el reconocimiento de que hubo abusos los derechos humanos en el ámbito privado, como en el caso de la violencia doméstica y sexual y la violación sistemática en los conflictos. Según Barsted:

Al afirmar que los derechos de las mujeres son derechos humanos, la Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 por las Naciones Unidas, dio impulso a la introducción de la perspectiva de género en todas las otras Conferencias de las Naciones Unidas de los años 90. En Viena, las Naciones Unidas reconocieron que la promoción y protección de los derechos humanos de la mujer debe ser una cuestión prioritaria para la comunidad internacional. Consolídese así un largo camino iniciado en 1948, es la promulgación total de la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>21</sup>

En Río de Janeiro (1992) sería, una vez más, la visibilización a la cuestión de la población. Por un lado, los sectores favorables para control de la población utilizan ampliamente el argumento de que el crecimiento de la población era una causa de degradación del medio ambiente. Otras voces, especialmente las de los países en desarrollo, defendió la posición de que la causa principal de la degradación es la pobreza. Se repitió de alguna manera, en otras palabras, la controversia de Bucarest. Pero esta vez, el movimiento de mujeres y otros actores han defendido muy vigorosamente los derechos de las mujeres, igualdad de género, el papel de las mujeres en la gestión ambiental y el acceso a servicios de salud reproductiva y la anticoncepción.

El ECO 92, por un lado, favoreció un renovado vínculo entre el medio ambiente, la pobreza, el desarrollo, los derechos humanos, el género y la salud reproductiva. Pero, por otro lado, el Vaticano se ha alineado con el Sur en cuanto a la agenda para la erradicación de la pobreza, mientras se ataca sistemáticamente la propuesta de salud reproductiva y planificación familiar. Esta tensión podría hacer

---

<sup>21</sup> ALTABLE VICARIO, Charo. Educación sentimental y erótica para adolescentes: más allá de la desigualdad. Madrid: Miño y Dávila; 2000., p. 12.

que todas las referencias más difícil de crecimiento de la población, fueron eliminados del documento final, pero también abrió un patrón de comercio que se repetiría y exagerado en todas las conferencias posteriores, incluida la reciente Cumbre de los Objetivos de según la cual las fuerzas conservadoras se valen de los problemas de la pobreza y el desarrollo a los pentagramas vacíos de la igualdad de género y la autonomía sexual y reproductiva.

Las discusiones sobre Viena y Rio son hitos especialmente importantes porque transportan a la arena de las formulaciones de políticas públicas globales desarrollados por feministas desde los años 70 del siglo XX: la población tiene dos géneros, y deben ser respetados los derechos de las mujeres en privacidad, sino también por las políticas públicas dirigidas a cambiar los patrones demográficos. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de El Cairo, celebrada en 1994, no sólo se beneficiará de los acuerdos anteriores, sino también adoptar definiciones más precisas en cuanto al significado de la desigualdad de género y los derechos humanos en el ámbito específico de la reproducción.

Los resultados de la conferencia del Cairo también deben ser analizados en relación con el medio ambiente mundial favorable, así como la perspectiva del nuevo contexto demográfico. El fin de la Guerra Fría disminuyó disputas ideológicas y permite un mayor flujo de las negociaciones y la creación de alianzas temporales entre los países presentes. También se destacó la fuerte presencia de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que representan a la sociedad civil. La interacción entre los programas acumulados de las conferencias internacionales de la ONU y la creciente presencia de movimientos, ambientalistas y defensores de derechos humanos de las mujeres, lo que permitió el debate entre la población y el desarrollo se colocaron en un nivel superior. Por otro lado, la disminución de la fecundidad que ya se observó en la mayoría de los países en

desarrollo, también facilitó el cambio de paradigma de la política de control de natalidad - que hasta entonces había prevalecido - la agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

La mayor victoria de la CIPD de El Cairo consistió en poner en lisa el tema del "problema demográfico" de una serie de cuestiones puramente económicas e ideológicas para situar la obra en el contexto de la salud y los derechos humanos. La plataforma Cairo abandona el énfasis en las políticas públicas para los números globales y las metas de control de la natalidad. Pero este cambio no implica el abandono de las dimensiones demográficas adecuadas, tales como la migración y el envejecimiento de la población. También menciona (aunque breve) la desigualdad racial, un tema que se discute con más detalle en la Conferencia de Durban de 2001.

### 2.1.3 El significado de los Acuerdos de El Cairo, Beijín y Duban.

Según Corrêa y Sen<sup>22</sup>, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de El Cairo causó un profundo cambio en el debate sobre la población para dar prioridad a las cuestiones de derechos humanos, el bienestar social, la igualdad de género, y en particular a los derechos de salud y de índole reproductivos. Los autores destacan los siguientes puntos del Programa de Acción de la Conferencia.

En el capítulo III del Programa de Acción, la continuación de las preocupaciones expresadas en la Conferencia de Bucarest, en 1974, reconociendo que el derecho

---

<sup>22</sup> CORREA, Sonia Y SEN, Gita. El cairo+5: Avances en el ojo de la tormenta. [En línea]. Revista Control Ciudadano Ver Online <  
[http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/es/cairo+51999\\_esp.pdf](http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/es/cairo+51999_esp.pdf)> [citado en 4 de julio de 2013]

al desarrollo es una parte universal, inalienable e integrante de los derechos humanos fundamentales. Adicionase que el desarrollo debe tener en cuenta las preocupaciones sociales y medioambientales, y abordar el problema de la intra e inter desigualdad, haciendo hincapié en la necesidad de erradicar la pobreza entre las mujeres. El ajuste de los objetivos de la sostenibilidad como la reducción de la producción y el consumo como algo que no es sostenible así como la inversión en la seguridad humana y alimentaria.

En el capítulo IV, se adopta, por primera vez y de manera sistemática en el documento de consenso entre los términos de la igualdad y la desigualdad de género. También sería abandonado el lenguaje neutro de la condición de la mujer, que había sido utilizado desde Bucarest, a favor de un reconocimiento explícito de las relaciones desiguales de poder entre los géneros y recursos basados en el concepto de "empoderamiento" de las mujeres. El texto también adopta los programas de responsabilidad masculinos terminología y recomienda la educación de los hombres, jóvenes y niños.

En el capítulo VII, reafirmar las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos se definen como el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Se recomienda que los servicios sean de la salud reproductiva (incluida la planificación familiar y la salud sexual) se relacionan con la atención básica de salud, además de ser servicios seguros de aborto (donde sea legal), y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual e infertilidad. Recomienda también como servicios de salud y el asesoramiento de los hombres y los jóvenes acerca de la conducta sexual responsable, la madre y el niño.

En el Programa de Acción de la CIPD establece asimismo objetivos en términos

de recursos financieros re-dirigidos a la planificación familiar, servicios de salud reproductiva, el VIH-SIDA, y la investigación y recopilación de datos.

En el capítulo XV<sup>23</sup>, compuesto por recomendaciones de asociaciones y mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas. Entre ellos, dos son parámetros fundamentales para evaluar el progreso observado desde 1994:

En esta breve revisión, también tenemos que hablar de los resultados más significativos de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995. Si bien el marco institucional para la implementación de las agendas de El Cairo y Beijing son diferentes en las Naciones Unidas (UNFPA y UNIFEM), así como en los planes nacionales, existe una gran convergencia y complementariedad en términos de las recomendaciones adoptadas en las dos negociaciones. El programa de acción es más amplia y detallada con respecto a la promoción de la igualdad de género en los diferentes ámbitos: la educación, la economía, el mercado laboral, el medio ambiente, los derechos humanos, la violencia, los conflictos, la comunicación y los medios de comunicación y las condiciones específicas de las niñas. Desde el punto de vista de la agenda de El Cairo, el más relevante es el capítulo sobre la salud reafirma y amplía las recomendaciones de la CIPD. En particular, hemos introducido un nuevo apartado, que define los derechos humanos de las mujeres en el campo de la sexualidad, los derechos sexuales (párrafo 96) y en el párrafo 8.25 del Cairo que trata el aborto como un problema de salud pública, se añadió la recomendación que los países revisen las leyes que penalizan a las mujeres de esa práctica.

La conferencia de Durban se expandiría significativamente la agenda para combatir la desigualdad étnica racial anunciada en el Programa de Acción de El

---

<sup>23</sup> GUASCH, Oscar. Para una sociología de la sexualidad. Universidad Nacional de Colombia. Revista colombiana de sociología. 1993; n°64:105-121., 23.

Cairo, la adopción de recomendaciones sobre políticas públicas en diversas áreas: educación, economía del trabajo, la salud y los derechos humanos en especial. A diferencia de El Cairo y Beijing, Durban tuvo lugar en un momento político mundial muy desfavorable (inmediatamente antes del 11 de septiembre) y una negociación fue muy conflictiva. Por lo tanto, su impacto en términos de instituciones globales era muy bajo perfil. Sin embargo, en América Latina y sobre todo en Brasil, hubo una mayor movilización de la legitimidad social de la conferencia. En particular, en el caso brasileño, las definiciones y recomendaciones de Durban hoy constituyen parámetros para el diseño e implementación de políticas públicas para la eliminación de la discriminación racial y la desigualdad.

## **2.2 REPENSANDO LA SEXUALIDAD DESDE EL ENFOQUE DE GÉNERO**

Una breve mirada a la realidad colombiana, y en particular de Santander, permite identificar que en los últimos años se ha intensificado el debate y la reflexión sobre las relaciones de género establecidas en nuestra sociedad. La actualidad actual permite dar cuenta de esta tendencia en la difusión de los enfoques de género en el mundo académico, los movimientos sociales, las ONG, los sectores progresistas de la Iglesia, los partidos políticos, el gobierno. En este contexto, se muestra una variedad de enfoques que no siempre pueden llegar al corazón de la materia, y que a menudo se limita a contemplar la realidad de las mujeres, no obstante, sin considerar el aspecto relacional del género.

El enfoque de género, además de proporcionar una nueva perspectiva y entender el sentido de las relaciones sociales, ha sido fructífero en la creación de estrategias para transformar en experiencias igualitarias las relaciones socioculturales entre hombres y mujeres.

Sin embargo, los estudios de género no resultan suficientes para abordar a

complejidad de la realidad ya que por sí sola no es capaz de garantizar en sí misma una interpretación coherente de la misma, siendo necesario utilizar otras categorías como la clase social, status, variables demográficas, acceso a derechos y etnia, lo que permite una mayor riqueza conceptual. Es por esta razón que se busca abordar el género como categoría de análisis, en conjunto con otras categorías.

Antes de entrar directamente en el enfoque de las relaciones de género/os, es importante puntualizar, brevemente, algunas consideraciones sobre la realidad y sobre el proceso de conocimiento de la misma con el fin de demostrar los principios de totalidad y la particularidad propios de un estudio de investigación.

#### 2.2.1 Consideraciones preliminares.

Comprender la realidad desde la conciencia de que todo lo que existe - la gente, culturas, animales, objetos, naturaleza, las relaciones sociales, la política, la salud, la historia- están permanentemente interrelación, y se encuentran formando un universo y una realidad que no puede interpretarse de una sola manera o mirada.

A partir del análisis y desde la profesión de Trabajo social, se pretende analizar, y tomar como punto de la concepción de la dialéctica, cuyos supuestos básicos indican la reflexión en torno a la dimensión de la realidad en su totalidad y particularidad. Si no se tiene en cuenta este principio, se puede contribuir a obnubilar y distorsionar la realidad. El hecho de no ser consciente o no estar de acuerdo con este punto de vista, en esencia, no elimina este principio intrínseco a la realidad, y metodológicamente, no descalifica su capacidad de dar cuenta de su interpretación, ya sea natural o cultural. Para un acercamiento más a fondo, se puede consultar la obra de Hegel, en torno a la dialéctica, o simplemente acudir a los principios establecidos por Peter Berger y Thomas Luckmann en “La

## Construcción Social de la realidad”<sup>24</sup>

Al tomar este debate al principio, no parece haber una relación directa entre la negación del principio de universalidad o de todos los esquemas dicotómicos y la conjugación que dividen rígida y jerárquica, la realidad entre pares binarios: bien/mal, vida/muerte, sujeto/objeto, santo/profano, alma/cuerpo, masculino/femenino, izquierda/derecha... Sin embargo, se suscita la pregunta ¿Se puede captar e interpretar coherentemente la realidad de los paradigmas tan ajustados y objetivos?

Ver las cosas de esta manera no permite, de manera real, garantizar una interpretación coherente de la realidad. Esta perspectiva ciertamente establece una lectura distorsionada y positivista que la realidad permite. Es por esta razón que se necesita una perspectiva integradora, flexible y dinámica.

Es por esta razón que analizar temas de gran complejidad como son la sexualidad y la dinámicas de género se tomará como referencia al filósofo francés Jacques Derrida quien llama a este proceso de reinterpretación de la realidad como "deconstrucción", exigiendo el cambio de que consiste en creer que las sociedades son rígidas e inmutables. Deconstruir aquí no significa destruir, pero "permite analizar y comprender el verdadero significado del significante, el subtexto y los elementos subyacentes del discurso que casi siempre tiene la voz del narrador”<sup>25</sup>, la voz de quien interpreta

Y ¿quiénes son estos narradores? En el caso de la experiencia colombiana, a partir de un breve vistazo, es posible identificar los contadores de nuestra historia.

---

<sup>24</sup> BERGER L., Peter y LUCKMANN, Thomas, La Construcción Social de la Realidad. Amorrortu: Buenos Aires. 2001,, p.45-49.

<sup>25</sup> DERRIDA; Jacques. La estructura, el signo y el juego en el discurso de las ciencias humanas. Trad. E. Trías. En: Dos ensayos. Barcelona, Anagrama, 1972., p. 34.

Son predominantemente masculinos, blancos, heterosexuales, adultos, occidentales, cristianos y pertenecientes a las elites. Las perspectivas de la realidad producidas por estos autores ideológicamente van en la suposición de la verdad, los patrones rectores de ser, de pensar, de sentir y de actuar, revisar el estado de lo que es bueno y lo que es realmente correcto. La experiencia y el conocimiento de las diferentes perspectivas es contra-hegemónica y cae dentro de la anormalidad y la inconsistencia, negando las diversas posibilidades del ser, del ser de la realidad y, sobre todo, negar el potencial creativo y plural de hombres y mujeres.

Dentro de esta lógica, no hay espacio para la aceptación de la diversidad. La diversidad, lejos de ser rica y positiva, se considera una amenaza para lo que se ha denominado norma, estableciendo una relación jerárquica donde lo que es diferente, que ocupa un lugar inferior, convirtiéndose en el objeto de la opresión y la discriminación social. En resumen: de acuerdo a la experiencia humana y social. La sexualidad, la política y los mecanismos de participación social pueden dar fe de ello.

### 2.2.2 El enfoque de género.

La propuesta del enfoque de género se viene configurado como un paradigma capaz de desnaturalizar la subordinación histórica de las mujeres en la sociedad. La experiencia del movimiento feminista en los años 60 reveló un fuerte rechazo a esta forma de interpretar la realidad basada en el determinismo biológico, a partir de la noción de género o la diferencia sexual, se va a utilizar la palabra género, "como una manera de referirse a la organización social en su relación con el

sexo"<sup>26</sup>.

La adopción de género surge en el contexto de la construcción de la crítica de que los estudios de las mujeres se centraron en las propias mujeres sin tener en cuenta el aspecto relacional entre ellos y el sexo opuesto. Ahora, la crítica radical del feminismo exige una transformación en la sociedad, pero esta estrategia de acercamiento, exclusivamente, con las mujeres parecía no garantiza esta transformación. Reflexiones de la conciencia de estos límites impulsaron al movimiento a revisar y repensar las formas de dominación de un sexo sobre el otro, y con ella la idea de la dimensión relacional. Movidos por estas preocupaciones, algunas feministas estadounidenses comenzaron a utilizar en el ámbito académico (segunda mitad del siglo XX), la categoría de género para desmitificar y para reinterpretar este tipo de relaciones sociales.

La evolución del género se ha materializado en un continuo proceso de reconstrucción de sus bases que a pesar de las controversias acerca de su validez, ha añadido cambios cuantitativos y cualitativos en su marco conceptual y metodológico y así, poder avanzar hacia la consolidación y su transversalización. Uno de estos cambios, es la evolución del género como una categoría de análisis.

Sin embargo, la diversidad conceptual de género hace que sea difícil elegir uno u otro punto de vista en esta categoría de la construcción. Mary Hawkesworth enumera algunos de estos conceptos:

Los/las primeros/as investigadores/as feministas utilizan el término género para repudiar el determinismo biológico, que muestra el rango de variación en las construcciones culturales de la feminidad y la masculinidad. En un trabajo más reciente, emplean el término del "otro género" para analizar la organización de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, para investigar la reificación de las

---

<sup>26</sup> WELLDON, Estela. Madre, Virgen, Puta: Idealización y denigración de la maternidad. Siglo veintiuno: Madrid. 1993., p. 5-6.

diferencias humanas, para conceptualizar la semiótica del cuerpo, el sexo y la sexualidad, para explicar la distribución de cargas y beneficios de la sociedad, para ilustrar la poder de la micro-tecnología para iluminar la estructura de la psique, y para explicar las aspiraciones de identidad e individuales<sup>27</sup>

Esta diversidad cultural revela la imposibilidad de hablar de un único enfoque de género; es más apropiado considerar las diversas perspectivas de género. Algunos enfoques, incluso tienen la intención final a nivel de conceptualizar el género centrandolo su análisis en las mujeres sin tener en cuenta la dimensión relacional de esta categoría. Otros enfoques se orientan por las diferencias de género en los parámetros sexuales, que definen un estándar para la conceptualización de lo masculino y lo femenino. Por tanto, es importante adoptar una perspectiva que tenga en cuenta y aprovechar la diversidad de la expresión humana, sin atribuir tal o cual los hombres y las mujeres en particular. Hacer omisión de esto último de este principio de la diversidad, lleva a razonar que todo patrón irregular de realidad está impregnado de relaciones desiguales.

Al respecto, el concepto de género abre el debate sobre la cuestión masculina y femenina de la noción de las relaciones sociales y la historicidad. Según Scott:

El género se convierte más bien una forma de indicar "construcciones sociales" - la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para hombres y mujeres. Es una manera de referirse exclusivamente a los orígenes sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. El género es, según esta definición, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado.<sup>28</sup>

La idea de Scott, propone enfoques alternativos para ambos géneros comúnmente utilizado por los profesionales en ciencias sociales y humanas, es: esencialmente descriptiva y de orden causal. En su diseño, aunque en estos estudios consideraron la participación de las mujeres en diferentes momentos de la historia,

---

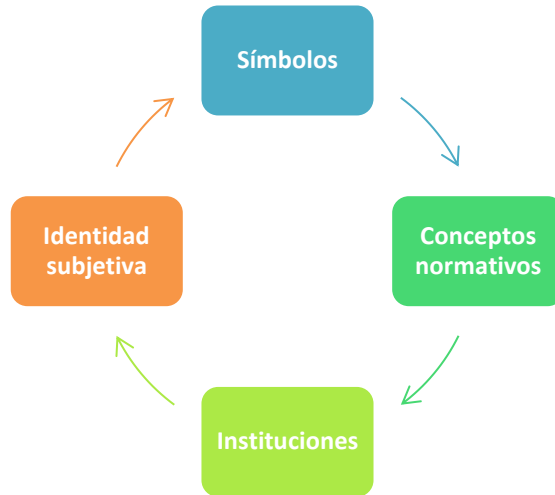
<sup>27</sup> HAWKESWORTH, Mary. Confundir el género (Confounding gender) , Debate feminista [México], año 10, vol. 20, octubre [primera edición, en inglés, 1997]. 1999., p. 181.

<sup>28</sup> SCOTT, Joan. El género como categoría para el análisis histórico. American Historical Review. Vol. 113. No. 5. Diciembre 2008. Universidad de Chicago., p 7.

no han sido capaces de incorporar en mayor análisis, ya que se rigen por los principios y explicaciones universales. La identificación de los límites del ámbito de aplicación de estos enfoques, La autora propone una tercera vía: el género como categoría de análisis.

A partir de este enfoque – el género como categoría de análisis - Scott propone un acercamiento a deconstruir la lógica binaria y desnaturalizar las "verdades establecidas" respecto a las relaciones sociales y la historia. Para ella, el género se compone de cuatro elementos que están unidos entre sí: los símbolos: surgen y se cristalizan culturalmente, casi siempre siendo contradictorios. Por ejemplo, la imagen de la Virgen María, símbolo de la pureza, a pesar de que genera y da a luz a un hijo. Los conceptos normativos: que son la base para manifestar los significados simbólicos, a través de doctrinas religiosas, educativas, científicas, políticas o jurídicas, basándose en sistemas binarios, entre ellos, las relaciones mujer/hombre. El tercer elemento son las instituciones, las organizaciones sociales, los espacios, grupos y foros, como el sistema educativo, el mercado laboral, la iglesia, la familia, entre otros, que se basan en los símbolos y conceptos normativos, siendo responsable de su difusión. Finalmente, la identidad subjetiva, que es una construcción individual de la aceptación y reproducción de lo que se ha establecido como verdadero. Ver figura 1.

**Figura 1 Elementos de análisis de la categoría de género.**



**Fuente: SCOTT, Joan. El género como categoría para el análisis histórico. Año 2008.**

Según Scott, estos cuatro elementos están inextricablemente entrelazados y presentes en nuestra realidad, aun cuando no nos damos cuenta de su existencia. Esta división es puramente didáctica y el autor utiliza esta característica sólo como una manera de demostrar los fundamentos de género. La sistematización de estos cuatro elementos se ha establecido como uno de los pilares de Scott. Sin embargo, Silvia Suede llama la atención sobre la última parte del texto donde Scott se aplica el género como categoría de análisis para abordar la política y el poder, a menudo tomado como un tema secundario en la obra del autor.

Al igual que en el diseño de Scott, Alicia Puleo camina la misma línea de pensamiento al abordar cuestiones de género en la perspectiva de la construcción cultural, rompiendo radicalmente con las concepciones basadas en justificaciones biológicas para definir el comportamiento y las diferencias entre hombres y mujeres. La dimensión cultural explorada por ambas autoras considera la naturaleza relacional que implica las relaciones de género, lo que deja injustificada aquellos análisis que toman a los hombres y mujeres por separado, sin la

percepción de las relaciones sociales en la que la perspectiva está fuertemente entrelazada.

El género es una construcción cultural que cada sociedad elabora sobre el sexo anatómico y que determinará, al menos hasta cierto punto, y de acuerdo con el tiempo y la cultura que es el destino de la persona, sus principales funciones, el Estado e incluso su identidad tanto en la identidad de género.<sup>29</sup>

Esta concepción de género es contraria a la idea de la diferencia sexual que se basa en el razonamiento biológico, haciendo caso omiso de las relaciones de poder entre los sexos. Pues asume que la propia identidad es un camino de acompañamiento más no de imposición, y que si bien en ciertos momentos esta categoría parece estar incólume, surgirán momentos de declive de ideologías pues el género se construye en sí mismo, con el otro y por los otros.

### **2.3 GÉNERO, POBREZA Y DESIGUALDAD.**

Tomando como referencia la realidad colombiana, la supuesta idea de que el crecimiento económico nos debe llevar a la reducción de la pobreza, ha sido deconstruido por lo menos los últimos treinta años. Este es el fruto de su propia experiencia histórica que contradice estas ideas mecanicistas.

Esta realidad no es exclusiva de Colombia, sino que llega a toda América Latina, donde:

Hubo un crecimiento relativo de las economías desde los años 80, superando la crisis del 70. Sin embargo, esto no tuvo impacto en la reducción de la pobreza. Muy por el contrario, las propias estadísticas del Banco Mundial muestran que en la región, el número de pobres aumentó en cerca de tres millones de dólares, sólo la primera mitad de los años 90. Muchos de estos pobres son mujeres<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> PULEO, Alicia. Dialéctica de la sexualidad. Género y sexo en la Filosofía Contemporánea, Cátedra: Madrid, 1992, p. 128.

<sup>30</sup> LAFER Celso. Reconstrucción de los derechos humanos: un diálogo con el pensamiento de Hannah Arendt. Madrid: Compañía de las Letras, 1991., p. 334-335.

La disonancia entre lo que se supone y la experiencia real plantea interrogantes acerca de la concepción de la relación entre crecimiento económico y reducción de la pobreza.

En el debate actual, entendiendo que Colombia no es un país pobre, sino un país donde la desigualdad se ha convertido en algo común. Quizás la declaración más adecuada es: Colombia no es un país pobre, pero se ha convertido en un país desigual con lo que la idea del fenómeno ha sido construido socialmente desde una relación antagónica entre ricos y pobres, entre iguales y desiguales. De este modo, la comprensión de que Colombia no es un país pobre, sino un país injusto, pone de relieve la necesidad de articular la pobreza, con la desigualdad social:

Lo que está en juego es a idea de asociar la superación de la pobreza con medidas de carácter redistributivo, ya sea desde una transferencia directa de ingresos, a través de políticas sociales efectivamente redistributivas y no meramente compensatoria de las desigualdades sociales.

De este modo, para el caso colombiano, mientras que el “ingreso promedio de los hombres representa 4,6 puntos de ingreso para las mujeres es de 2,6 puntos”<sup>31</sup>. Como se supone que la pobreza no es una cuestión sólo monetaria o económica se hacen necesarios introducir otros datos asociados a estos datos económicos. Para las mujeres, a menudo, las funciones reproductivas se consideran más simples y son categorizadas de forma secundaria, dando la idea que su participación en el mercado de trabajo es complementar la acción de los hombres. Asimismo esta participación en el trabajo se lleva a cabo desde actividades de desarrollo que suelen relacionar con tareas domésticas, tales como maestras,

---

<sup>31</sup> COLOMBIA, Oficina Internacional del Trabajo. La desigualdad de ingresos entre mujeres y hombres ha disminuido en la década, pero sigue siendo elevada. [En línea]. Organización Internacional del Trabajo << <http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/panorama/panorama01%5Bart-1%5D.pdf>> [citado en 4 de agosto de 2013].

sirvientas, niñeras...Estas actividades dejan a las mujeres en puestos periféricos y esferas subalternas, privándolas de los centros de decisión. Esto puede ser ilustrado en este ejemplo: "El 80% de las mujeres contratadas en los bancos se encuentran en una situación de subordinación. Una de las razones es que las posiciones de liderazgo requieren más extensos viajes y una mayor dedicación al trabajo"<sup>32</sup>.

Sus condiciones de trabajo siguen siendo precarias, ya que están integradas en mercado informal y el subempleo, es decir, para que puedan seguir dando cuenta de las tareas domésticas. Un conjunto de condiciones que, además de no garantizar derechos de los trabajadores dan lugar a justificar una menor remuneración que los hombres.

Estas situaciones concretas, consecuencias de una organización androcéntrica de la sociedad, contribuyen a la desigualdad social y la pobreza, que trae la exclusión y deshumanización, mostrando la cara más perversa de las mujeres. Se sabe que que la lucha de los movimientos populares en general, es luchar contra la desigualdad, pero el movimiento feminista y de mujeres denuncia de forma más vehemente la situación de las mujeres, toda vez que este grupo social resulta más afectado. Tanto así que la idea de justicia social no puede ignorar la igualdad de género.

Iniciativas posibles y eficaces para superar este marco social caótico llevan a la consideración de los Derechos Humanos, en busca de valorar y contemplar la realidad en toda su diversidad con el fin de corregir estas desigualdades. Los principios de respeto a la diversidad y la lucha contra la desigualdad se quejan de

---

<sup>32</sup> SOLER, Susana. Mujeres, puestos de decisión y organizaciones deportivas: barreras y propuestas. [En línea]. Instituto Nacional de Educación Física de Cataluña << [http://www.deporteyescuela.com.ar/sitio/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=313&Itemid=17](http://www.deporteyescuela.com.ar/sitio/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=313&Itemid=17)> [citado en 4 de agosto de 2013].

la falta de adopción de políticas públicas efectivas y garantes, que sean capaces de satisfacer las necesidades y expectativas de hombres y mujeres en el país.

### 3 DISEÑO METODOLÓGICO

Para el desarrollo de esta investigación se presentan los diversos elementos y etapas que se tuvieron en cuenta en la intervención. En esta se expresa la naturaleza del proyecto, momentos, elementos de contexto propio que dieron cuerpo al estudio realizado.

#### 3.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

A continuación se presentan los factores que se relacionan con el problema de análisis estudiado: los elementos de influencia por parte del entorno institucional y territorial. Para ello se realizará una presentación de la institución que permitió la realización del proceso. En este caso es la Corporación Surgir con sede en el Barrio María Paz que a su vez se ubica en la Comuna uno de la ciudad de Bucaramanga.

##### 3.1.1 La Corporación Colombiana para la Promoción de Estilos de Vida Saludable (SURGIR).

Esta entidad fue fundada en Bucaramanga el 12 de Diciembre de 1986; usa la sigla SURGIR.<sup>33</sup> Es una institución sin ánimo de lucro, perteneciente al sub sector privado del sector salud. La sede administrativa está ubicada en la Calle 10 No. 29 – 24 del barrio La Universidad, teléfono 6455178, y la sede operativa se encuentra en la carrera 5 # 14N -68 Barrio Maria Paz (Norte de la ciudad) teléfono 6731949.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> CORPORACIÓN COLOMBIANA PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. Plataforma estratégica. [En línea]. Disponible en <<http://www.corporaciónsurgirbucaramanga.org>> [citado en 4 de mayo de 2012].

<sup>34</sup> *Ibíd.*

Dentro del objetivo misional de esta organización se considera que la persona es merecedora de una vida digna, con capacidades para interactuar con los demás, en el desarrollo de sus proyectos de vida. Considerándose como una ONG dedicada a la promoción de estilos de vida saludables mediante el desarrollo de procesos participativos de educación e investigación, dirigidos a asesorar, formular, diseñar, implementar y evaluar políticas, estrategias y acciones orientadas al logro del mejoramiento de la salud integral de la comunidad. De esta manera esta corporación se verá proyectada en el futuro como Surgir será una ONG reconocida y posicionada en el departamento de Santander por su capacidad de liderazgo en la promoción de estilos de vida saludables.

Dentro de los principales objetivos se encuentran:

- Contribuir a la promoción de estilos de vida saludables.
- Participar en la prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas y otros consumos compulsivos.
- Contribuir a la investigación del problema del uso indebido de sustancias psicoactivas y a la capacitación de agentes educativos que contribuyen a la prevención y control.<sup>35</sup>

Para la corporación no existe un modelo único adecuado para hacer prevención, hay que tener en cuenta para la formulación de alternativas el tipo de población, el contexto socioeconómico, en la que los Individuos se desenvuelven, la edad de las personas a quienes se pretende llegar, sus carencias, necesidades y potencialidades. De allí que dentro de sus objetivos se centren en un enfoque de tipo preventivo para la garantía de éxito de sus intervenciones.

Para el desarrollo de sus activos misionales esta corporación opta como planes de

---

<sup>35</sup> CORPORACIÓN COLOMBIANA PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE., Óp. cit.

acción estratégica para la formulación y ejecución de planes, programas y proyectos tendientes a promover estilos de vida saludables y prevenir el uso indebido de sustancias psicoactivas. De esta misma forma el manejo documental y seguimiento de los casos permite la creación de la unidad de documentación e información sobre el seguimiento de diversos casos atendidos con enfoque de control.

Asimismo se encarga de realizar, apoyar o promover la investigación tendiente a conocer mejor el problema, sus factores etiológicos y los mecanismos más apropiados para su prevención y control. Promover el uso de estas investigaciones en las instituciones interesadas. En el ámbito de oferta de servicios investigativos.

Otra de las estrategias implementadas se basa en la planeación y realización de programas de formación y capacitación de recursos humanos para el cumplimiento de las actividades del programa si como el apoyo con asesoría técnica, información, recursos económicos o de otra índole, instituciones o programas que tengan objetivos similares a SURGIR.

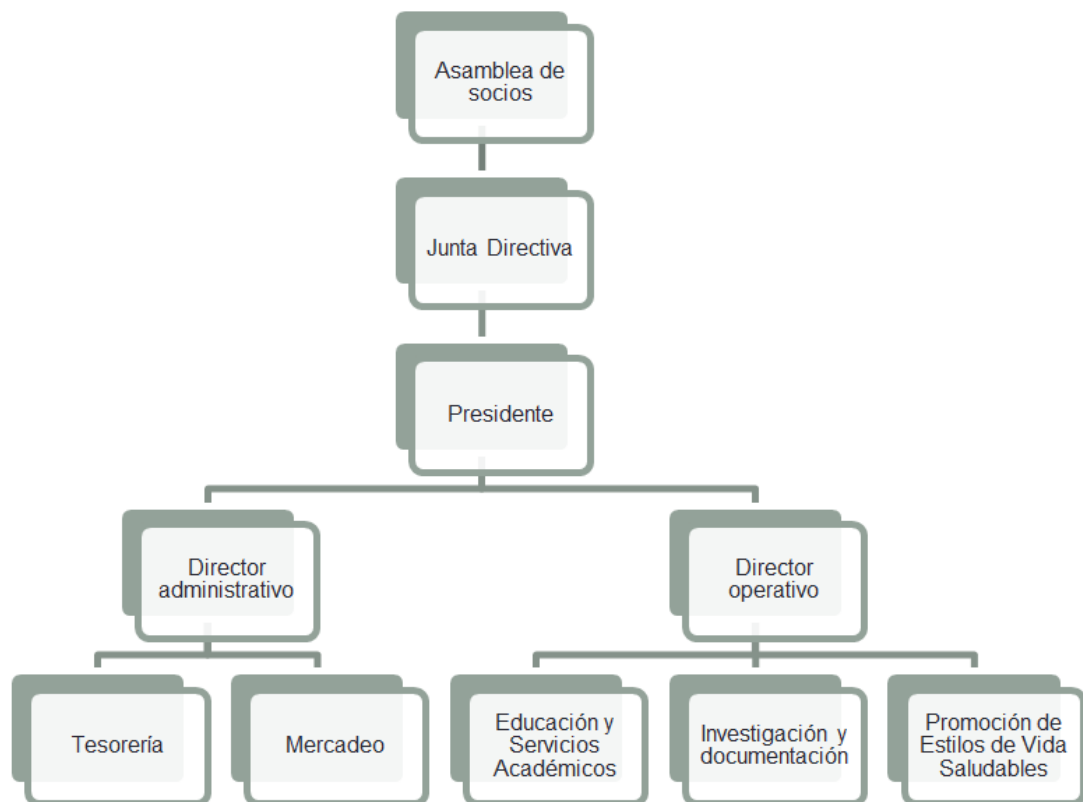
Dentro de las metas para el año de formulación de la ejecución de Trabajo Social surgir tenía como fin lograr que la comunidad y especialmente los grupos más afectados se informen sobre los riesgos de la fármaco dependencia, el alcoholismo y en general el uso indebido de sustancias psicoactivas y los recursos existentes en la comunidad.

De igual modo la reducción del consumo de sustancias psicoactivas en la población de área de influencia directa con el fin de contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por estos problemas. La población objeto de intervención son principalmente jóvenes y padres de familia, comunidades

ubicadas en zonas de consumo y población escolarizada del área de Bucaramanga, sin olvidar los equipos de voluntariado existentes, estudiantes en práctica social y comunidad en general.

El organigrama de esta corporación es de tipo jerárquico propio de las Organizaciones No Gubernamentales y se compone de asamblea de socios, junta directiva encabezada por su presidente quien dirige al director administrativo y el director operativo, este último desarrolla actividades orientadas a la investigación social, promoción de estilos de vida saludables y servicios educativos en formación y capacitación. Ver figura 1.

**Figura 1 Organigrama de la Corporación Surgir.**



**Fuente: Libro de estatutos Corporación SURGIR, año 2012.**

### 3.1.2 Contexto socioeconómico de la comuna uno: Ciudad norte.

Con base en la información recolectada por el DANE para el año 2011, la población estimada para el municipio de Bucaramanga estuvo por el orden de los 526.056 habitantes<sup>36</sup>, Para la actualidad Bucaramanga representaba el 1,30% de la población nacional en 1985 y en 2012 su participación es del 1,13%. Las tendencias de crecimiento poblacional comparadas con el país presentan una diferencia al final del periodo analizado. De este grueso de población 10.420 se encuentran ubicados en la zona norte. Dada las condiciones sociales, económicas y culturales que vive esta población, a nivel del área metropolitana es evidenciada una clara marginación de este contexto al considerarse como la otra ciudad. Es decir, el norte

El Barrio María Paz pertenece al estrato 1 de la población y a su vez, hace parte de la comuna 1 de la ciudad de Bucaramanga, la cual está conformada por barrios, urbanizaciones y asentamientos humanos, entre los que se destacan: Colorados, Rosal, Café Madrid, Hamacas, Altos del Kennedy, Olas, Villa Rosa Sector I, II, III, Omagá sector I, II, III, Miramar, Miradores del Kennedy, el Pablón (Villa Lina, la Torre, Villa Patricia, sector Don Juan, Pablón Alto, y Bajo, barrio Nuevo, Divino Niño, 13 de Junio, Altos del Progreso, y María Paz, Urbanización Colseguros Norte, Urbanización Rosa Alta. El Barrio María Paz limita al este con la Urbanización Tejar Norte y Minuto de Dios; al sur con la parroquia San Juan María Vianney y al oeste con terrenos de la Corporación para la defensa de la meseta de Bucaramanga (C.D.M.B.).

El Barrio María Paz pertenece a la comuna 1 del Norte de la ciudad de

---

<sup>36</sup> PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. Bucaramanga 2012: Estado de Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. [en línea]. (2012) <[http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm\\_bucaramanga.pdf](http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm_bucaramanga.pdf)> [citado en 10 de septiembre de 2013]

Bucaramanga la cual está conformada por barrios, urbanizaciones y asentamientos humanos, entre los que se destacan: Colorados, Rosal, Café Madrid, Hamacas, Altos del Kennedy, Olas, Villa Rosa Sector I, II, III, Omagá sector I, II, III, Miramar, Miradores del Kennedy, el Pablón (Villa Lina, la Torre, Villa Patricia, sector Don Juan, Pablón Alto, y Bajo, barrio Nuevo, Divino Niño, 13 de Junio, Altos del Progreso, y María Paz, Urbanización Colseguros Norte, Urbanización Rosa Alta.

El Barrio María Paz limita al norte con la Urbanización Tejar Norte y Minuto de Dios; al sur, oriente y occidente no hay ningún barrio. Geográficamente el barrio se divide en cuatro sectores, claramente diferenciados y reconocidos por sus habitantes y por las personas que lo conocen:

La Lomita, Es el primer sector que se encuentra al entrar al barrio, es el menos poblado (59 familias) y está ubicada cerca de la parroquia. La mayoría de las casas de este sector son ranchos de madera y zinc. El segundo sector que se encuentra en el barrio es El centro, el cual cuenta con el mayor número de casas del barrio. En este sector se encuentran la mayoría de tiendas, supermercados, un taller de mecánica automotriz, los hogares del sistema de bienestar familiar, el comedor comunitario y el salón de Acción Comunal. Continuando, se encuentra el sector conocido como La loma. Este sector presenta las mayores irregularidades en cuanto a la topografía del suelo; y son quienes tienen los mayores problemas con el alcantarillado en épocas de lluvias. Finalmente, al fondo del barrio, se encuentra la planada, en donde se observa gran homogeneidad en la construcción de las casas. Es en este sector en donde se encuentra construida la Concentración Escolar Gustavo Cote Uribe, que atiende la totalidad de los niños del barrio.

### 3.2 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo se caracteriza por ser un estudio observacional, transversal y descriptivo. En este estudio, el investigador no tuvo ninguna intervención experimental, recurriendo sólo a la observación y la medición de las unidades de investigación en un solo momento del tiempo proyectado con el fin de describir la situación socioeconómica, los hábitos, los comportamientos y aptitudes en salud sexual y reproductiva de la población de estudio. Se procedió a la recolección de datos por medio de un proceso de muestreo no aleatorio y, posteriormente, análisis cuantitativo de la misma.

### 3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Tabla 1 Fases, técnicas e instrumentos

FASES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
UBICACIÓN CONTEXTUAL	<ul style="list-style-type: none"><li>Revisión documental.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Revisión de documentos censales, institucionales y legales.</li></ul>
DISEÑO, APLICACIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"><li>Aplicación de estudio de percepción (2 personas)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Encuesta.</li></ul>
ANÁLISIS DE RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"><li>Uso de software</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Análisis</li></ul>

La autora. Año 2013.

### 3.4 POBLACIÓN

La población de estudio está compuesta por mujeres pertenecientes al Barrio María Paz de la Comuna uno del Municipio de Bucaramanga durante el año 2011-2012. Este barrio cuenta con una población aproximada de 667 familias según

cifras de la secretaria de salud y ambiente de Bucaramanga para el año 2011.

### 3.5 CRITERIOS DE CONFIABILIDAD

#### 3.5.1 Tamaño de la muestra.

$$n = \frac{N(pq) Z^2}{(pq)Z^2 + (N - 1)e^2}$$

n = Tamaño total de la muestra

N = Tamaño de la población

$e^2$  = Margen de error: (5%)

Z = Nivel de confiabilidad (90%) = 2,58

p = Proporción estimada de los pabellones

q = Complemento de p (q=1-p) para este

**Entonces,**

N = 667; p = 0.1; q = 0,9; Z = 2.58;  $e^2 = 0.004$

$$n = \frac{196 (0.1 * 0.9) 2.58^2}{(0.1 * 0.9) (2.58)^2 + (116 - 1) 0.004} = n = \frac{9.288}{0.794076} = 147.6567899$$

$$n = 147.69 = 148$$

#### 3.5.2 Procedimiento de recolección de datos.

Se obtuvo un listado de la población (N) de las 196 familias que viven en el barrio, según la información brindada por la secretaria de Desarrollo Social de Bucaramanga y datos tomados de la Corporación SURGIR. Los principales inconvenientes en la realización de las encuestas radicaron en datos de ubicación erróneos y la no disponibilidad por parte de la población para brindar información. Es por esto que entre los que estaban disponibles y accedieron a brindar información, se realizaron 148 encuestas equivalentes al muestreo calculado más un porcentaje del 10% adicional por aplicación piloto.

### 3.5.3 Procesamiento y análisis de datos.

Toda vez recolectados los datos, se escogieron las encuestas con datos suficientes. Se realizó una tabulación por pregunta que muestra los datos de cada una con cálculos porcentuales y aquellas preguntas cuya respuesta era abierta es analizada según la tendencia de la mayoría; posteriormente se realizó un análisis de datos apoyado con gráficos que ilustran las tendencias generales

### 3.5.4 Codificación de variables.

**Tabla 2 Codificación de variables.**

Variable	Ítems	Tipo	Nivel
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Mujer</li> </ul>	Nominal	Independiente
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero(a)</li> <li>• Casado(a)</li> <li>• Unión libre</li> <li>• Viudo(a)</li> </ul>	Nominal	Independiente
Edad	Años cumplidos	Continuo	Independiente
Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo</li> <li>• Estudio</li> <li>• Trabajo y estudio</li> <li>• Ninguno</li> </ul>	Nominal	Independiente
Rol familiar principal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Productivo</li> <li>• Reproductivo</li> </ul>	Ordinal	Independiente
Estudios actuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal	Independiente
Ultimo año finalizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preescolar</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Técnica/Tecnológica</li> <li>• Profesional</li> <li>• Ninguna</li> </ul>	Ordinal	Independiente
Razones para dejar de estudiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedó embarazada</li> <li>• Se casó</li> <li>• Tenía que cuidar de niños</li> <li>• La familia necesitaba ayuda</li> <li>• No quiso estudiar</li> </ul>	Nominal	Independiente

Variable	Ítems	Tipo	Nivel
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• más</li> <li>• No sabe/No responde</li> </ul>		
Identificación en programas estatales SISBEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal	Independiente
Nivel SISBEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0</li> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• 3</li> <li>• 4</li> </ul>	Ordinal	Independiente
Prestación de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EPSS (Antes ARS)</li> <li>• EPS</li> <li>• Vinculado</li> <li>• Ninguno</li> </ul>	Nominal	Independiente
Tipo de Religión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Católica</li> <li>• Evangélico</li> <li>• Adventista</li> <li>• Mormón</li> <li>• Ninguna</li> </ul>	Nominal	Independiente
<b>SALUD REPRODUCTIVA</b>			
¿Cuántos partos ha tenido?	Número de partos	Continua	Independiente
Número de hijos	Número de hijos	Continua	Independiente
Presencia de Mortalidad neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal	Independiente
Relación hijos/hijas nacidos fallecidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No. de hijos</li> <li>• No, de hijas</li> </ul>	Continua	Independiente
Exámenes de control	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital/Clínica</li> <li>• Puesto de salud</li> <li>• Centro de EPS</li> <li>• Consultorio Médico particular.</li> <li>• Ningún control prenatal</li> </ul>	Nominal	Independiente
Lugar de atención al parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bucaramanga</li> <li>• Área metropolitana</li> <li>• Otro lugar</li> </ul>	Nominal	Independiente
Quien atendió el parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partera</li> <li>• Médico general</li> <li>• Médico especialista</li> <li>• Otro.</li> </ul>	Nominal	Independiente
Razones para no realizar control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demasiado lejos</li> <li>• Muy costoso</li> <li>• Inseguridad</li> <li>• Demasiados</li> </ul>	Nominal	Independiente

Variable	Ítems	Tipo	Nivel
	trámites <ul style="list-style-type: none"> <li>• No confía en médicos</li> <li>• Horarios de consulta no sirven</li> <li>• Esposo y/o compañero la abandonó</li> <li>• Ya había prescindencia de esos servicios en anteriores partos</li> </ul>		
Causas de pérdida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caídas, golpes, accidentes.</li> <li>• Caídas y/o golpes provocados</li> <li>• Crisis emocionales</li> <li>• Crisis económicas</li> <li>• Poco acercamiento a controles prenatales</li> <li>• No ha tenido</li> </ul>	Nominal	Independiente
Conocimiento de riesgo de embarazo durante el ciclo menstrual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> <li>• No sabe</li> </ul>	Nominal	Independiente
Días de mayor riesgo de embarazo durante el ciclo menstrual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justo antes de que comience la menstruación</li> <li>• Durante la menstruación</li> <li>• Justo después de terminar la menstruación</li> <li>• En cualquier momento</li> <li>• Otro</li> </ul>	Nominal	Independiente
Evidencia de Conocimiento de métodos de planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligadura de trompas.</li> <li>• Vasectomía</li> <li>• Píldora</li> <li>• Inyección</li> <li>• Preservativo y/o condón</li> <li>• Espuma, Jalea y Óvulos</li> <li>• Método de amenorrea por</li> </ul>	Nominal	Independiente

Variable	Ítems	Tipo	Nivel
	lactancia • Abstinencia periódica, ritmo calendario • Retiro (Coitus Interruptus) • Anticoncepción de emergencia. • Otros métodos.		
Cuál es la principal razón por la que usted no está utilizando método anticonceptivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se encuentra en unión.</li> <li>• No tiene relaciones sexuales.</li> <li>• Sexo poco frecuente.</li> <li>• Menopausia</li> <li>• Infertilidad.</li> <li>• Posparto/Lactancia</li> <li>• Desea más hijos</li> <li>• Embarazada</li> <li>• Se opone</li> <li>• Marido de opone</li> <li>• Otros se oponen</li> <li>• Prohibición religiosa</li> <li>• No conoce métodos</li> <li>• Problemas de salud</li> <li>• Miedo a efectos secundarios</li> <li>• Uso inconveniente</li> <li>• Interfiere en los procesos</li> <li>• Falta de acceso</li> <li>• Muy costoso</li> <li>• Inseguridad</li> <li>• Otros.</li> </ul>	Nominal	Independiente
<b>SALUD SEXUAL</b>			
Edad de primera relación sexual	Edad en años	Continuo	Independiente
Edad de convivencia	Edad en años	Continuo	Independiente
Edad del compañero con quien tuvo su primera relación sexual	Edad en años	Continuo	Independiente
Ha usado preservativos	Si No	Nominal	Independiente
Conocimiento del lugar de obtención de preservativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal	Independiente

Variable	Ítems	Tipo	Nivel
Conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal	Independiente
Conocimiento sobre VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal	Independiente
Conocimiento sobre transmisión del VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal	Independiente
Conocimiento sobre riesgos para la salud del VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal	Independiente
Realización del pruebas sobre VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal	Independiente
Conocimiento sobre violencia sexual, física, psicológica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal	Independiente
Persona que ha maltratado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Madre/Padre</li> <li>• Madrastra/Padraastro</li> <li>• Marido/compañero</li> <li>• Otro pariente</li> <li>• Novio</li> <li>• Exnovio</li> <li>• Otro</li> </ul>	Nominal	Independiente
Personal a la cual acudió en ayuda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Madre/Padre</li> <li>• Madrastra/Padraastro</li> <li>• Marido/compañero</li> <li>• Otro pariente</li> <li>• Novio</li> <li>• Exnovio</li> <li>• Ninguno</li> </ul>	Nominal	Independiente
Institución para pedir ayuda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspección de policía</li> <li>• Comisaría de familia</li> <li>• ICBF</li> <li>• Fiscalía</li> <li>• Juzgado</li> <li>• Institución de salud</li> <li>• PROFAMILIA</li> <li>• Organización privada</li> <li>• Otra</li> <li>• Denunció pero retiró la declaración</li> <li>• Nunca ha buscado ayuda</li> </ul>	Nominal	Independiente
Tipo de castigo utilizado en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palmadas</li> <li>• Empujones</li> </ul>	Nominal	Independiente

Variable	Ítems	Tipo	Nivel
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reprimenda verbal</li> <li>• Prohibiendo algo que gusta</li> <li>• Privándolos de la alimentación</li> <li>• Con golpes por objetos</li> <li>• Dejándolos encerrados</li> <li>• Ignorándolos</li> <li>• Poniéndoles trabajo</li> <li>• Dejándolos por fuera de casa</li> <li>• Quitándoles pertenencias</li> <li>• Quitándoles apoyo económicos</li> </ul>		

Fuente: La autora. 2013.

#### **4 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

A continuación se presentan los principales aspectos rescatados en la investigación de las actitudes, hábitos y comportamientos de las mujeres habitantes del barrio María Paz en torno al manejo de sus salud sexual y reproductiva. Para ello se presentarán aspectos generales y a continuación los aspectos específicos con respecto a su sexualidad.

La comunidad del Barrio María Paz, se ha caracterizado por la participación en programas que proveen un beneficio material a su familia, de esta manera es notorio el papel pasivo en el momento de proponer cambios en su comunidad; actitud que se evidencia en las charlas informales que se desarrollan con sus habitantes al mostrar poco interés por hacer parte de un proyecto de interés general; lo cual mantiene el éxito de aquellos que ofrecen un beneficio tangible inmediato.

Una de las posibles causas del bajo interés propositivo es que la comunidad del Barrio María Paz percibe la participación, como una forma de democracia representativa que los lleva a elegir a quienes los van a representar y esperar a que ellos actúen y hablen por la comunidad; de ahí que la importancia de la Junta de Acción Comunal del barrio, conformada por aquellas personas que han tenido una trayectoria importante en el barrio en cuanto a su historia; así pues, los miembros de la Junta han vivido desde el inicio de la comunidad, lo que convierte a ésta instancia en un grupo cerrado a la intervención de cualquier otro poblador de la comunidad. Los miembros de la Junta en su papel de gestores de proyectos y voz de la comunidad, han diseñado propuestas dirigidas a las instancias gubernamentales, con motivo de mejorar algunos aspectos perjudiciales para el Barrio María Paz; sin embargo, la falta de organización de los habitantes del barrio no ha permitido que se ejecuten dichas propuestas.

Por lo cual resulta oportuno hacer nuevamente uso del análisis contextual, en cuanto al por qué la comunidad ha optado por mantenerse al margen de todo aquello que está relacionado con la toma de decisiones que afecten su desarrollo.

En este sentido es preciso observar el tradicionalismo político que ha invadido la esfera pública, la cual contempla a las poblaciones de mayor necesidad económica como posibles votos que garanticen el triunfo de un sin número de candidatos; por esta razón, para la comunidad es preferible cambiar opiniones por supervivencia dejando a un lado el gusto por la verdadera democracia y garantía de derechos como ciudadanos; la anterior actitud ha sido imitada por los nuevos grupo generacionales, en particular los y las jóvenes, de ahí que ellos muestren apatía por las actividades que demanden una participación activa.

Por los motivos expuestos, se han tomado las opiniones de los miembros de la Junta de Acción como referencia del sentido común del barrio, ya que por iniciativa de la comunidad no sería posible llevar a cabo una convocatoria masiva.

Con base en la información recopilada por la secretaría municipal de salud y medio ambiente. La población actual de este barrio es de 667 familias. La distribución de estas familias, por cada uno de los sectores del barrio, fue la siguiente manera: en el centro viven 255 familias; en la loma 115 familias; en la planada 154; y en la lomita 59 y las 84 familias restantes no brindaron ningún tipo de información o no se encontraba ninguna persona en la vivienda. Debe aclararse que dichos términos corresponden a nombres otorgados por sus habitantes a ciertas zonas que conforman el barrio con base en sus accidentes geológicos apreciables. De esta manera el total de personas en el barrio, según los datos encontrados en el censo realizado por Trabajo Social en Noviembre del año 2002 es de 2478 personas, en donde 1222 son mujeres (49.31%) y 1256 son

hombres (50.68%).

El 67% de las familias encuestadas, están constituidas entre 6 y 9 integrantes<sup>37</sup>. El 22% de familias están integradas por 9 o más personas. Esta configuración familiar relacionada con las condiciones materiales de la vivienda (2 habitaciones por vivienda, sobrexplotación del espacio, techo de zinc, paredes de tabla, piso de tierra) conlleva problemas sociales como: hacinamiento, conflictividad familiar, violación de la privacidad personal, inexistentes espacios definidos para el desarrollo de los roles y tareas de cada uno de los integrantes de la familia convirtiéndose en expulsores de los mismos y la utilización del espacio público como privado. En menor porcentaje (9%) se encuentran las familias constituidas entre 5 y 1 miembro. Finalmente un 2% de personas viven solas.

Asimismo se presenta una leve diferencia en el porcentaje entre hombres y mujeres, el 52% pertenece al sexo masculino y el restante 48% pertenece al sexo femenino, encontrándose solo un pequeño aumento en el número de hombres sobre el de las mujeres, el cual se ubica especialmente, en la población menor de 12 años.

#### **4.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS DEL BARRIO MARÍA PAZ**

##### **4.1.1 Contexto situacional de barrio María Paz.**

Se identificó a la población del Barrio María Paz como beneficiaria directa de los proyectos llevados a cabo desde las propuestas del análisis a plantear por parte de la corporación Surgir. La comunidad del Barrio María Paz, se ha caracterizado

---

<sup>37</sup> ALCALDÍA MUNICIPAL DE BUCARAMANGA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE. Datos Sociodemográficos del Barrio María Paz. Solicitud directa. 2004.

por la participación en programas que proveen un beneficio material a su familia, de esta manera es notorio el papel pasivo en el momento de proponer cambios en su comunidad; actitud que se evidencia en las charlas informales que se desarrollan con sus habitantes al mostrar poco interés por hacer parte de un proyecto de interés general; lo cual mantiene el éxito de aquellos que ofrecen un beneficio tangible inmediato.

Con base en la información recopilada por la secretaría municipal de salud y medio ambiente. Para el año 2011 la población actual de este barrio es de 667 familias. La distribución de estas familias, por cada uno de los sectores del barrio, fue la siguiente manera: en el centro viven 255 familias; en la loma 115 familias; en la planada 154; y en la lomita 59 y las 84 familias restantes no brindaron ningún tipo de información o no se encontraba ninguna persona en la vivienda. Debe aclararse que dichos términos corresponden a nombres otorgados por sus habitantes a ciertas zonas que conforman el barrio con base en sus accidentes geológicos apreciables. De esta manera el total de personas en el barrio, según los datos encontrados en el censo realizado por Trabajo Social en Noviembre del año 2002 es de 2478 personas, en donde 1222 son mujeres (49.31%) y 1256 son hombres (50.68%).

**Figura 2 Perspectiva del Barrio María Paz.**



**Fuente: La Autora. Año 2012.**

#### 4.1.2 Comportamiento del muestreo.

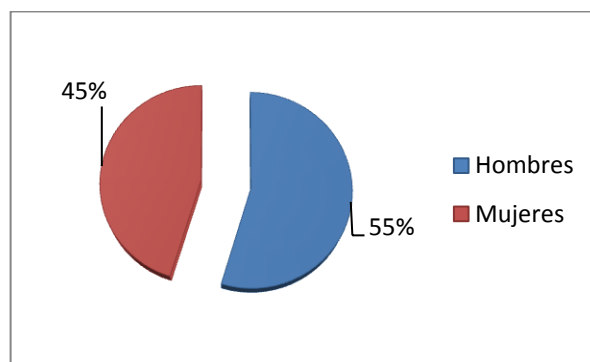
Con base en el muestreo la comunidad del barrio María Paz está en promedio proyectada por 40 núcleos familiares, con una población total de 148 personas; la distribución de la población por género no es significativamente diferente, Hombres 55% (n=81) y mujeres 45% (n=67). La composición de la población por núcleo familiar es en promedio de 3 a 4 personas, siendo la tipología familiar predominante la nuclear, aspecto muy tradicional en las zonas urbanas de país.

Se tomó la totalidad de la población por la facilidad de su ubicación, garantizando así, una mayor validez en los resultados que se obtuvieron; sin embargo debe afirmarse el carácter complejo entre las vinculaciones inter- familiares presentadas por la dinámica cotidiana del sector, la red vincular de ciertos miembros de una familia con otra/s.

Este dato poblacional es importante, ya que se presenta una alta migración de los

pobladores entre los diversos barrios aledaños, debido principalmente a las dificultades de acceso, ingresos económicos, dificultades de pago de arriendo, entre otros, así como el aislamiento socioeconómico del barrio. Y las dificultades en las vías de acceso y por lo tanto, de oportunidades para sus pobladores. Ver figura 3.

**Figura 3 Composición por sexo Barrio María Paz.**

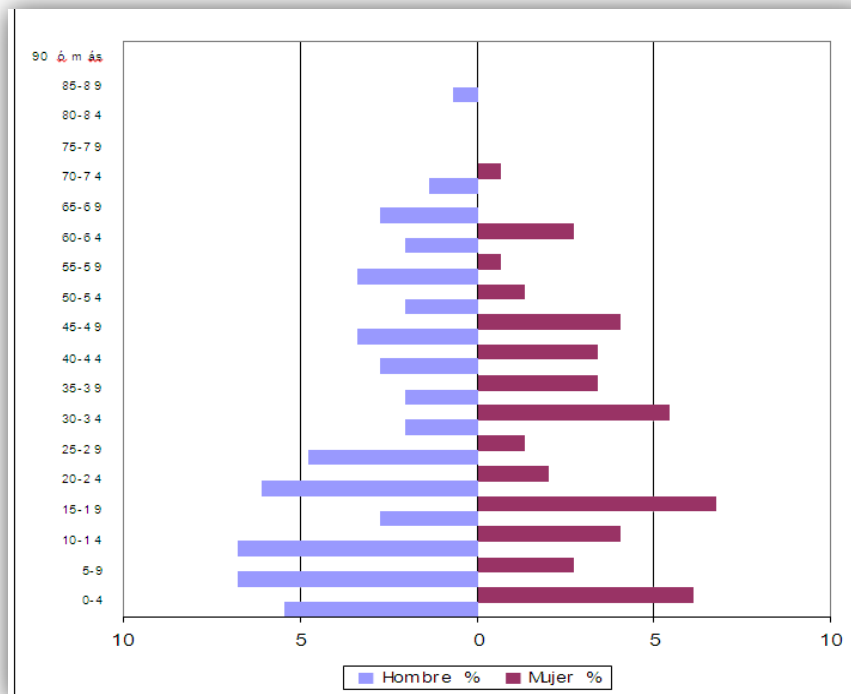


**Fuente:** La autora. Año 2013.

La composición de la muestra por edad y sexo presenta unas características de interés para el análisis: la primera cohorte de la población ubicada en la base de las escalas muestra que el 11.5% (n=17) corresponden a menores de 5 años, un grupo bastante homogéneo en cuanto a proporcionalidad entre niños y niñas; el 20.4% (n=30) de las personas estaba entre los 5 y los 14 años, de los cuales se observa una clara disparidad referida a la frecuencia relativa de niños con respecto a las niñas.

El 17.68% (n=26) entre los 15 y los 24 años, presenta un crecimiento en cuanto a la disminución de la población masculina y el aumento de la femenina en edad fértil el 13.6 (n=20) entre los 25 y los 34 años, el 11.56% (n=17) entre los 35 y los 44 años, el 10.9 (n=16) entre los 45 y los 54 años, que responden a población en edad productiva. Ver figura 4.

**Figura 4 Distribución poblacional barrio María Paz.**



**Fuente: La autora. Año 2013.**

Se presenta una pirámide poblacional expansiva en su base; lo que en términos generales corresponde a una población joven, sin embargo, en toda su estructura presenta características heterogéneas que dificultan su tipificación. Por el fenómeno socio-demográfico de emigración que se presenta en el barrio hace 20 años; en el que población en edad productiva buscaba mejores oportunidades laborales y económicas, la cohorte masculina de 30 a 39 años es bastante baja, de igual manera la población masculina de 45 a 49 años disminuyó significativamente, aunque no sucede lo mismo con la población femenina de 35 a 44 años se percibe notoriamente constante.

La población de adultos mayores de 55 años es de 21 personas y corresponde al

14.3% del total de los habitantes del barrio, constituyendo una población significativa en edad de dependencia económica, experimentando, la mayoría de dicha población condiciones de pobreza e insatisfacción de sus necesidades básicas, (n=8) de éstas personas viven solas y no cuentan con una red socio-familiar de apoyo, condición que empeora la difícil situación socio-económica que afrontan. En síntesis, se puede afirmar que de acuerdo a la estructura por edad y género de la población, y de mantenerse las condiciones socio- económicas que condicionan el flujo migratorio de otras zonas hacia el barrio como zona periférica o aledaña; se pone de manifiesto a futuro, un sobrepoblamiento de la misma, siendo actualmente visible esta tendencia en el paisaje del barrio,

#### 4.1.3 Actividad económica

Establecer las relaciones económicas que se dan alrededor de una población o localidad como la que constituye la comunidad del barrio María Paz, posibilita comprender cómo los habitantes, en busca de satisfacer sus necesidades transfiguran la naturaleza, se apropian de su entorno y conforman las relaciones sociales. En el barrio, se desarrollan actividades económicas secundarias que corresponden a labores de comercialización, manufactura y ventas y/o reparación de calzado.

Las condiciones económicas vividas han permeado las estructuras familiares, disminuyendo -por familia- el número de hijos, así como las propias condiciones de la vivienda (tamaño, hacinamiento, entre otros), por cuanto, los jóvenes se ven forzados a abandonar sus hogares a temprana edad, muchas veces por inicio temprano de relaciones sexuales. Una buena aproximación a la base económica de una comunidad constituye una poderosa herramienta de análisis, indispensable en la tarea de elaboración de un diagnóstico acertado de una determinada

población, posibilitando una adecuada planeación de estrategias para transformar su propia realidad y mejorar las condiciones de vida de sus habitantes, afrontando la actual problemática económica.

#### 4.1.4 Aspectos sociodemográficos del Barrio María Paz.

El Barrio María Paz de la ciudad de Bucaramanga, presenta las siguientes características, en cuanto a la distribución de la población por edades: La población infantil constituye el 30% del total de los habitantes del barrio, distribuido de la siguiente manera: el 14% tiene menos de 6 años y el 16% restante tiene entre 7 y 12 años de edad. La población adolescente (13 a 18 años de edad) corresponde a un 14% los cuales presentan características particulares del resto de población; se encuentran atravesando por la etapa de la adolescencia, la cual genera grandes cambios en ellos; desean buscar independencia, por lo cual no les son atractivas las actividades de realización conjunta con sus padres; presentan en ocasiones una rebelión aparente, con marcada influencia del grupo de pares en el desarrollo de sus actividades y toma de decisiones en su vida, hecho que se puede presentar como un factor de riesgo, para el consumo de SPA, debido a la inexperiencia propia de esta edad.

Se clasifican dentro de la categoría de adultos medios, un 17% de la población, distribuidos de la siguiente manera: un 5% tienen de 30 a 34 años, otro 5% tienen 35 a 39 años de edad y un 7% cuenta con una edad de 40 a 44 años de edad.

La población más vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas representa el 70% del total de la población (0-34 años). Este grupo generacional demanda servicios sociales (educación, salud, vivienda, alimentación, recreación y capacitación) indispensables en su desarrollo físico, psicosocial y económico que

deben ser garantizados por el Estado social de derecho del cual hace parte.

#### 4.1.5 Tipificación familiar.

La tipología más representativa en el Barrio María Paz es la nuclear con un 67% "caracterizada por estar conformada por dos generaciones: padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad, que conviven bajo el mismo techo y por consiguiente desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación"<sup>38</sup> esta tipología opera como mecanismo de racionalización de los ingresos de sus miembros y de abaratamiento del costo de subsistencia de los mismos, nivelando los ingresos diferenciales de sus miembros al operar con un ingreso familiar que permite en conjunto atender la subsistencia de sus componentes. Un 14% viven con la familia extensa, en la que además de la familia nuclear, se incluyen varias generaciones más, que comparten habitación y funciones.

Así mismo un 14% pertenecen a familias de tipo monoparental, las cuales se presentan cuando hay separación, abandono de la pareja o muerte de uno de los cónyuges, y donde el otro se encarga del cuidado de los hijos.

#### 4.1.6 Estado civil.

El estado civil que más predomina entre los habitantes del barrio María Paz es el de unión libre con un 41% del total, el cual se caracteriza por no contar con un vínculo religioso ni legal reconocidos socialmente. Dicho tipo de unión es observado especialmente en parejas jóvenes que no se encuentran aun seguros de la formalización de su estado civil o no consideran que la ceremonia religiosa sea necesaria en su relación.

---

<sup>38</sup> Ibíd., p. 23.

#### 4.1.7 Nivel Educativo.

Respecto a la educación **gráfico No. 5** se muestra que el 80.27% (n=118) saben leer y escribir y 11.46% (n=17) no sabe. De estos la mayor tasa de analfabetismo la tienen los hombres con el 6.82% (n=10) respecto a las mujeres 4.76% (n=7) que informaron. Se observan fuertes diferencias en cuanto al acceso a la educación Formal, es decir la inscrita al sistema normativo actual.

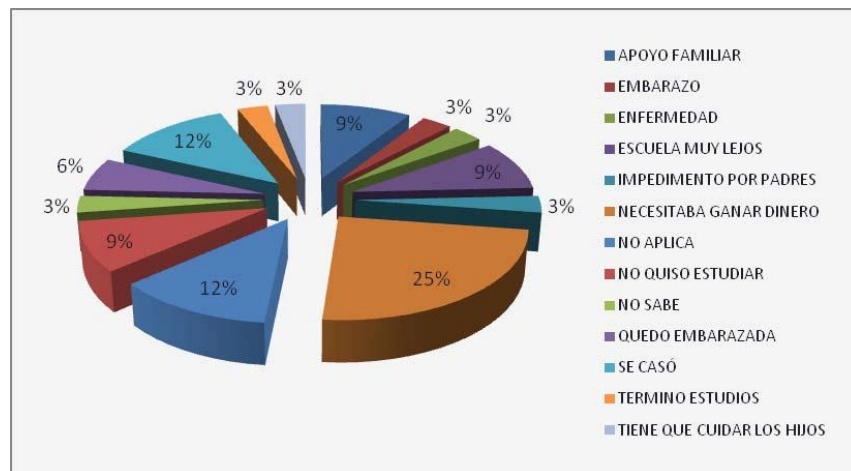
El comportamiento de la gráfica parece responder a un descenso de la escolaridad desde lo nulo (sin escolaridad) hasta una disminución de población que culminó estudios secundarios. No hay población con formación técnica, ni universitaria. Esta situación puede estar relacionada con la dificultades económicas vividas en la zona, los bajos niveles de ingreso, las creencias culturales sobre la educación femenina, que presenta altas tasa de deserción y desescolarización y a la fuerte importancia otorgada al trabajo doméstico que persuade a las jóvenes darle escasa importancia a los estudios formales.

De este modo se encontró que nivel educativo de este grupo poblacional es realmente bajo, lo cual dificulta la consecución de actividades laborales que puedan tener una retribución económica suficiente para satisfacer las necesidades básicas. Los resultados obtenidos, respecto al nivel de escolaridad de la población del barrio son los siguientes: Un 5% de la población es analfabeta, -es decir, no cuentan con ningún grado de escolaridad-, situación que tiene varias implicaciones, la primera la convierte en población calificada como mano de obra barata, perpetuando la exclusión y marginación social, manifestada en no acceso a la información y a espacios socioculturales indispensables en el desarrollo humano.

Asimismo frente a las dificultades que presentaron para abandonar los estudios,

donde se dimensionan las principales razones que los llevaron a abandonar sus estudios, Se encontró una razón común era ganar dinero 25% (n=8), es importante esclarecer que esta población se encuentra bastante empobrecida y por lo tanto, esta categoría tiene sentido en la medida en que salir a trabajar por fuera del hogar actúa como una medida de presión social hacia sus miembros jóvenes con el fin de aumentar los ingresos. Trabajar asimismo tiene una fuerte relación con la necesidad de conformar un hogar 12% (n=9) para disminuir el gasto familiar, otras razones fueron Apoyo familiar 9% (n=3) y demás, Es importante resaltar aquí la prevalencia de razones ajenas al propio deseo de estudiar, y que por el contrario actúan como el resultado de amenazas externas, geográficas y económicas de gran incidencia, sin olvidar el sistema de creencias sobre la relación entre feminidad y fecundidad.

**Figura 5 Razones para abandonar estudios.**

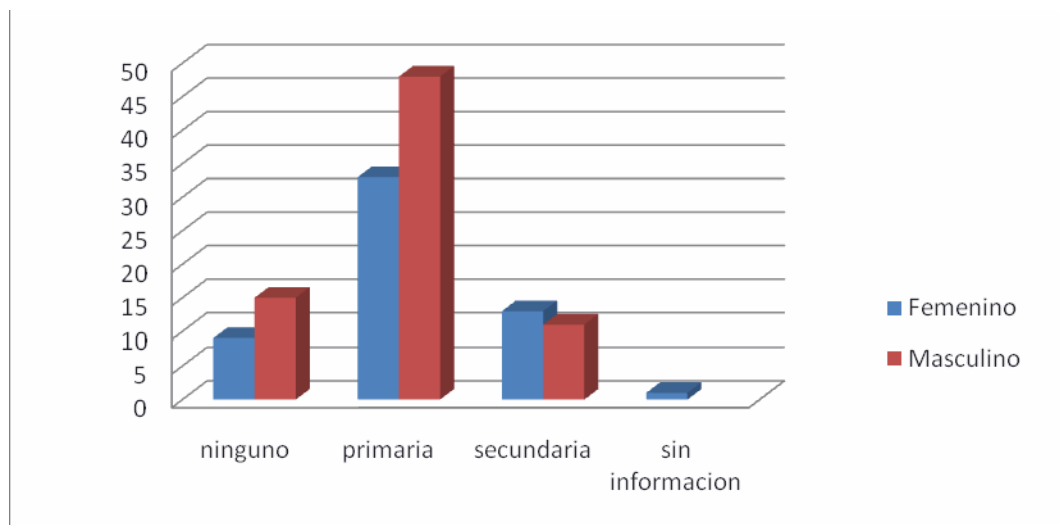


**Fuente:** La autora. 2013.

En esta primera parte de recolección de información general se puede concluir que se encuentra ante una población bastante empobrecida, desarticulada y abandonada por las instituciones oficiales, con fuertes y arraigados sistemas socioculturales, que pueden lograr impedir un mejoramiento de sus condiciones de

vida, un desarrollo humano sostenible.

**Figura 6 Nivel educativo por sexo.**

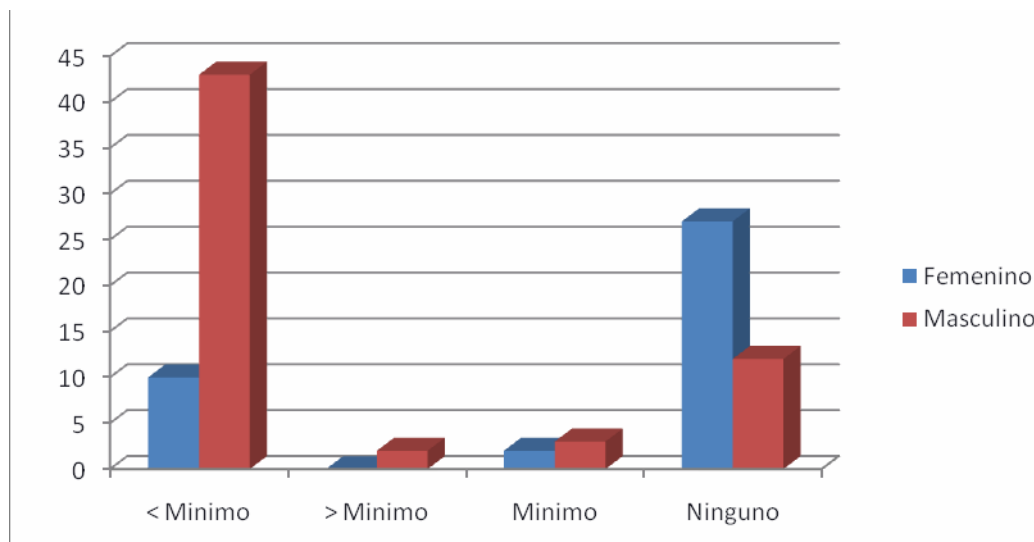


**Fuente: La autora. 2013.**

#### 4.1.8 Ingresos

Tal y como se observa en la gráfica en cuanto al ingreso generado por las labores realizadas – entre jornales y servicios domésticos-, se concluye que es bastante bajo, si se establece desde la relación entre esfuerzo físico y su efectividad económica, teniendo como referencia el SMLV (Salario Mínimo legal Vigente); más aún en el caso de las mujeres que consideran que su labor, la actividad domestica no es relevante, o no es considerada, mejor, como una labor productiva, sino que tiene que ver con su función reproductora. Específicamente se tiene que para esta población la tendencia se encontró que el 36% (n=53) vive con menos del SMLV (Salario Mínimo Legal Vigente), el 1% (n=2), ningún ingreso 27% (n=39) igual al mínimo 3% (n=5). Esta situación puede traducirse en el incremento de la vulnerabilidad social, educativa y en salud de los pobladores, ya que su labor está siendo precarizada por distintos medios externos, como pueden la falta de servicios eficaces de transporte.

**Figura 7 Relación de ingresos por sexo.**



**Fuente: La autora. Año 2012.**

## **4.2 ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

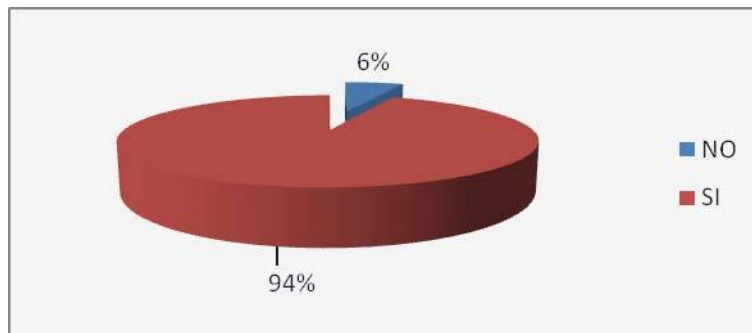
A partir del gráfico No.7 se empieza a visualizar la situación general de salud de los habitantes del barrio María Paz, cabe aducir que los datos obtenidos corresponden a la segunda recolección de datos realizada en la zona cuyo objetivo principal era conocer los aspectos determinantes de la salud sexual y reproductiva a partir de los jefes de hogar, o personas con vida sexual activa: adultos

### **4.2.1 Accesibilidad al Sistema Nacional de Seguridad Social.**

El SISBEN es el sistema básico gubernamental para la detección de las

necesidades sociales y en salud, y por consiguiente, la adjudicación de recursos económicos a través de subsidios. Como se observa en el gráfico No. 7 que el 94% (n=31), frente a un 6% que no se encuentra afiliado (n=2), hace parte de este sistema en los niveles 0-1-2. Este sistema de detección favorece a los habitantes del barrio en cuanto a la adjudicación de subsidios a partir de su ingreso al Sistema general de Seguridad Social en Salud (SGSSS), aunque como se observan, en el Gráfico No. 8, las discrepancias en cuanto a la recepción de los servicios de salud, pues el 52% (n=17), - lugar de adjudicación legal- , frente al 45% (n=15) que los recibe en el municipio de Bucaramanga atribución legítima, además de los que lo reciben en Bucaramanga 3% (n=1). Esto puede suponer un riesgo para el verdadero acceso a los servicios de salud por incongruencias en la información censal de ambos municipios, asimismo respecto a la prestación con eficacia de los servicios, lo cual supone un peligro para atención temprana y de casos de urgencia, que puedan llegarse a presentar.

**Figura 8 Acceso a SISBEN.**



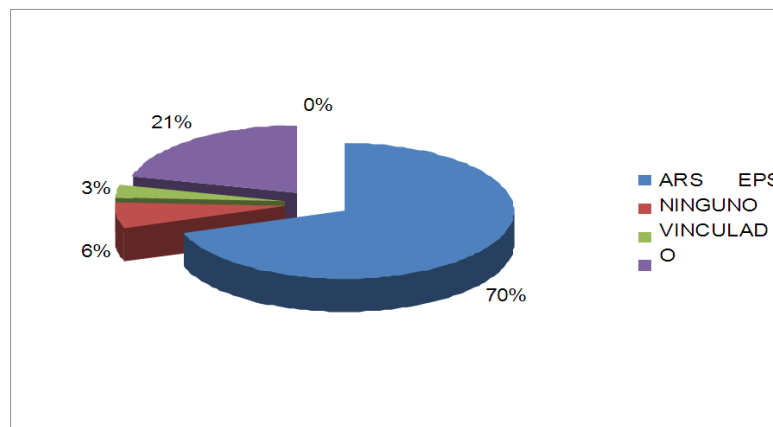
Fuente: La autora. Año 2012.

A continuación el gráfico No. 9 muestra la cobertura en salud por parte de las familias habitantes del barrio; en ella se muestra una protección del 70% (n=23) por parte de la Aseguradora del régimen subsidiado o ARS, esto actúa como una ventaja en cuanto al acceso a servicios de primer, segundo y tercer nivel cobijado

por el POS (Plan Obligatorio de salud), dentro de la población vinculada (léase “No asegurados”) se muestra una incidencias de 21% (n=7), es importante agregar que el tipo Vinculado hace parte de una categoría excluyente del sistema general de seguridad social, en cuanto a inversión en atención hospitalaria servicios de segundo y tercer nivel, es grupo excluido y empobrecido producto de la acción intencional o no del sistema de focalización del SISBEN, lo cual puede llegar a repercutir en la precarización de sus niveles de salud.

Finalmente se encontró una participación del 6% en el régimen contributivo (n=2), esto como consecuencia directa de los procesos de contratación en celaduría por parte del Campo Escuela. En rasgos se presencia una buena cobertura frente al acceso de los servicios sociales en salud, por parte de los/las pobladores/as.

**Figura 9 Tipo de cobertura a seguridad social.**



Fuente: La autora. Año 2012.

#### 4.2.2 Salud Sexual y Reproductiva.

Inicialmente es importante aclarar la importancia de los análisis en salud

reproductiva, y como estos se encuentran articulados a aspectos generales abordados con anterioridad. De modo pues, que no se puede analizar la incidencia de casos de aborto sin tener en cuenta, por ejemplo, la existencia o carencia de entidades de salud representadas en puestos, hospitales y /o clínicas., que faciliten este servicio.

Dentro de los aspectos demográficos con respecto a la frecuencia de partos por mujer se analizan. En ella aprecian los altos niveles de embarazos por parte de las mujeres del barrio en donde, el 44% (n=14) de ellas llegaron a tener entre 3 y 5 hijos, dentro de la misma cohorte, el 25% (n=8) de las mujeres entrevistadas tienen de 6 a 8 hijos son mujeres de mayor edad que han presenciado cambios sociales durante el desarrollo y el cambios generacional.

Lo anterior actúa como una cifra bastante significativa sobre la importancia de implementar programas en planificación familiar en el sector, si se tiene en cuenta que este comportamiento reproductivo corresponde a un sistema de valores y creencias socioculturales sobre las relaciones sexuales basado en un componente altamente religioso, relacionado con un encadenamiento de mitos sobre los métodos de prevención de embarazos, este alto incremento de embarazos actúa como un factor de riesgo si se tienen en cuenta la falta de servicios de salud cercanos y eficaces, el bajo nivel económico de los padres para garantizarles un futuro adecuado, asimismo las pocas posibilidades de progreso del sector, y otras situaciones que pueden resultar controversiales para un desarrollo infantil adecuado.

Es por ello importante agotar esfuerzos en programas educativos que develen los mitos sobre la sexualidad, de modo que permitan la disminución de los partos de esta zona empobrecida y se puedan llegar a niveles manejables de 1 a 2 hijos,

que en la zona corresponden al 22% (n=7).

#### 4.2.3 Frecuencia de partos por mujer.

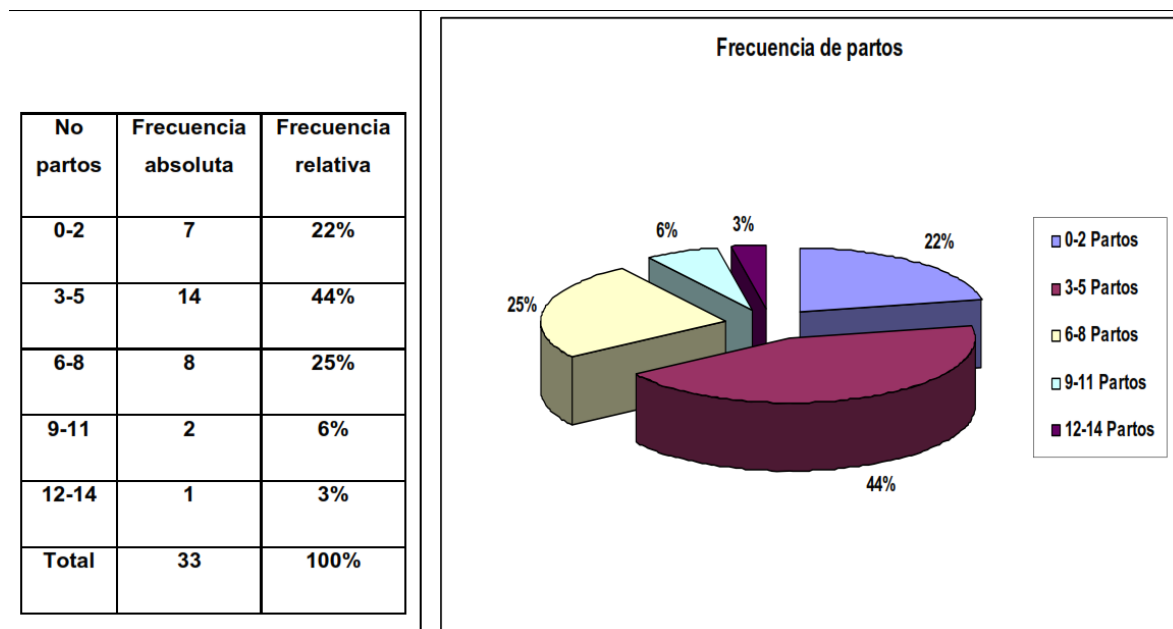
Inicialmente es importante aclarar la importancia de los análisis en salud reproductiva, y como estos se encuentran articulados a aspectos generales abordados con anterioridad. De modo pues, que no se puede analizar la incidencia de casos de aborto sin tener en cuenta, por ejemplo, la existencia o carencia de entidades de salud representadas en puestos, hospitales y /o clínicas., que faciliten este servicio.

Dentro de los aspectos demográficos con respecto a la frecuencia de partos por mujer se analizan a partir de la gráfica No. 10. En ella aprecian los altos niveles de embarazos por parte de las mujeres del barrio en donde, el 44% (n=14) de ellas llegaron a tener entre 3 y 5 hijos, dentro de la misma cohorte, el 25% (n=8) de las mujeres entrevistadas tienen de 6 a 8 hijos.

Lo anterior actúa como una cifra bastante significativa sobre la importancia de implementar programas en planificación familiar en el sector, si se tiene en cuenta que este comportamiento reproductivo corresponde a un sistema de valores y creencias socioculturales sobre las relaciones sexuales basado en un componente altamente religioso, relacionado con un encadenamiento de mitos sobre los métodos de prevención de embarazos, este alto incremento de embarazos actúa como un factor de riesgo si se tienen en cuenta la falta de servicios de salud cercanos y eficaces, el bajo nivel económico de los padres para garantizarles un futuro adecuado, asimismo las pocas posibilidades de progreso del sector, y otras situaciones que pueden resultar controversiales para un desarrollo infantil adecuado.

Es por ello importante agotar esfuerzos en programas educativos que develen los mitos sobre la sexualidad, de modo que permitan la disminución de los partos de esta zona empobrecida y se puedan llegar a niveles manejables de 1 a 2 hijos, que en la zona corresponden al 22% (n=7).

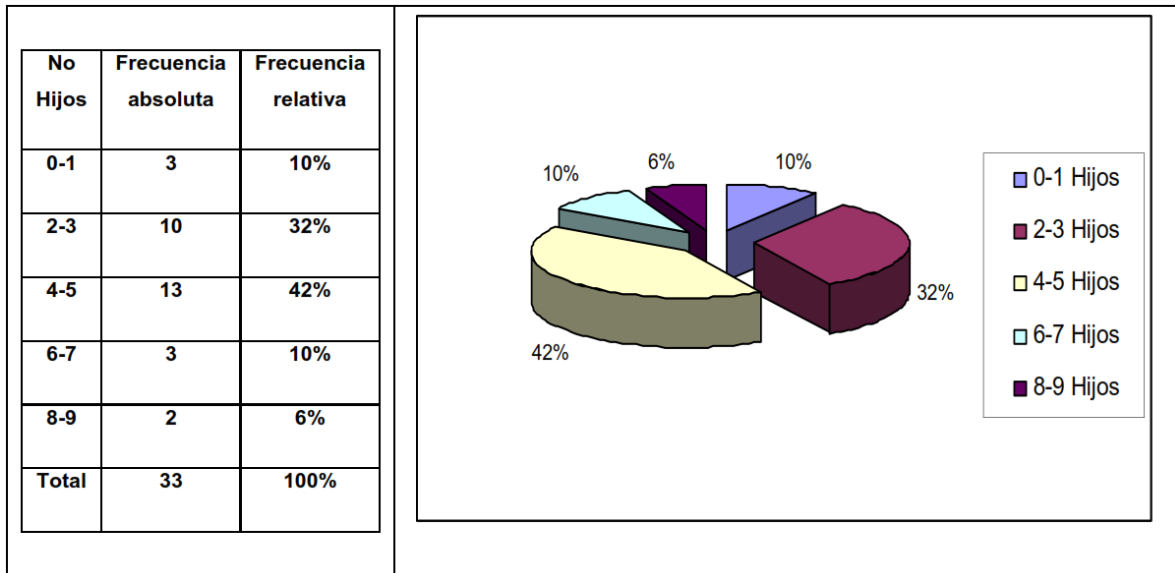
**Figura 10 Frecuencia de partos por mujer**



Fuente: La autora. Año 2012.

Resulta importante articular los datos de partos por mujer con la posibilidad real de tener hijos; cuando esto se realiza y tal como se puede apreciar en el gráfico No. 11 se muestra un comportamiento bastante singular descriptivamente las tasa de mujeres que tiene entre 0 y 1 hijo resultan poco significativa (10% n=3) frente al grupo de mujeres que tienen más hijos (entre 4 y 5) que está representado por el 42% (n=13), continúan el grupo de mujeres que tuvieron entre 2 y 3 hijos con un 32% (n=10), esto muestra una alta presencia de embarazos entre las familias, que parecen conformar una tipología originariamente de extensa.

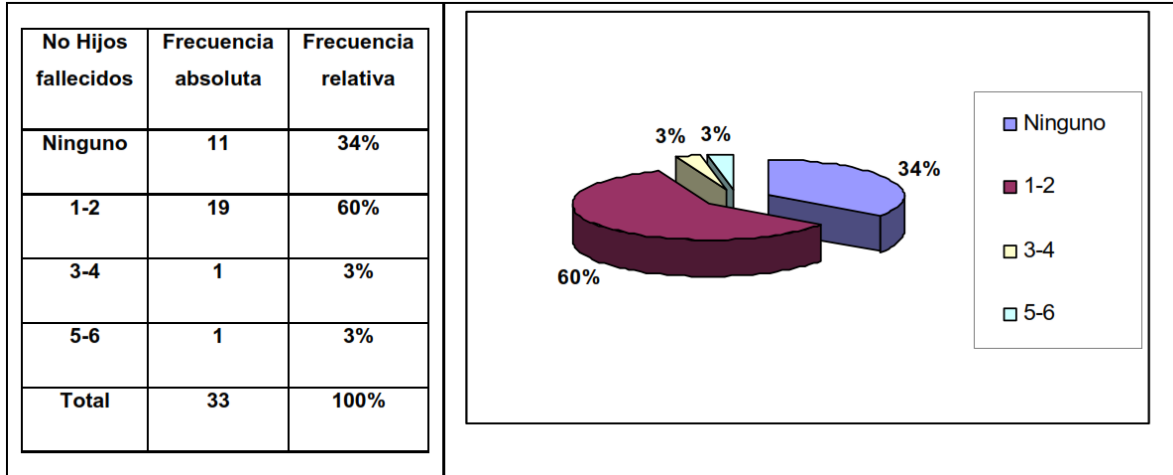
**Figura 11 Frecuencia de hijos por mujer.**



Fuente: La autora. Año 2012.

Frente a la mortalidad infantil neonatal y tardía se presenta una cuestión bastante importante, pues si se articula a los comportamientos antes vistos como los partos por cada mujer y nacimientos por mujer, se concluye que las mujeres se han sometido a riesgos bastantes pronunciados en su salud reproductiva, la cohorte de mayor valor corresponde a el 60% (n=19) que muestra la cuantía de mujeres que ha perdido entre y uno y dos hijos en su ciclo reproductivo, esta cifra es bastante preocupante pues permite evidenciar la ineficiencia de la atención básica en salud, asimismo con el elevado número de embarazos presentados con la baja cobertura de uso de métodos anticonceptivos además de la demanda insatisfecha de programas de prevención y planificación familiar las mujeres unidas, también dentro de los factores recayentes se encuentra la poca participación de los hombres en los programas lo cual exige su vinculación.

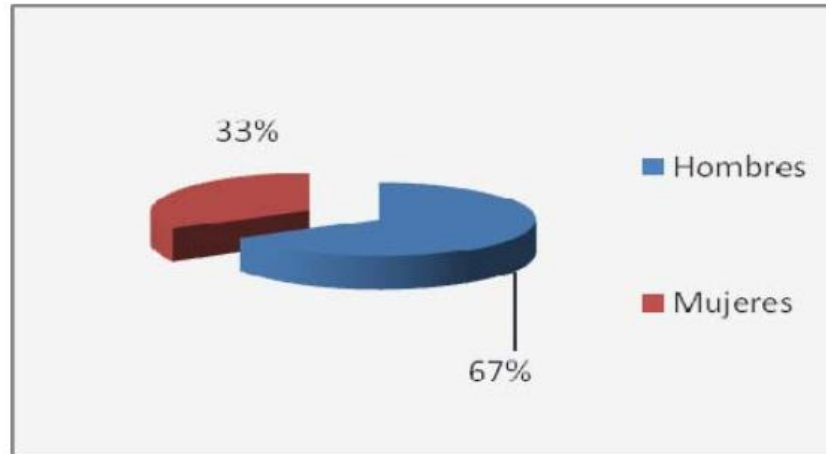
**Figura 12 Frecuencia de mortalidad infantil por mujer.**



**Fuente:** La autora. Año 2012.

Según el Gráfico No. 12 Dentro de los niños y niñas fallecidos se halló que el 67% (n=22) eran hombres y el 33% (n=11) correspondía a mujeres. La mortalidad masculina es bastante alta, este factor está relacionado principalmente con la vulnerabilidad natural de la esperanza de vida de los hombres que siempre es baja con respecto a las mujeres, asimismo con bajos niveles de educación por parte de las madres que asisten a pocos controles (Gráfico No. 13) prenatales y posparto por causas económicas, culturales y de comunicación determinando el aumento de los riesgos estos grupos poblacionales.

**Figura 13 Mortalidad infantil por sexo.**

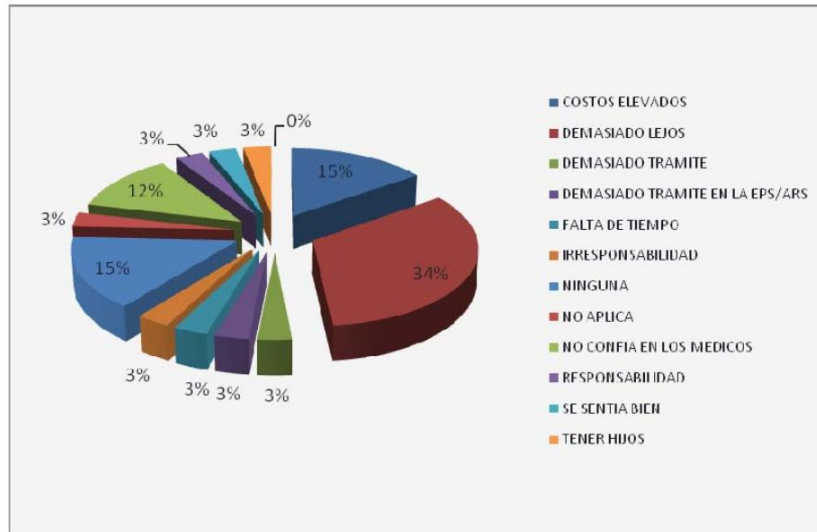


**Fuente:** La autora. Año 2012.

La disminución de la mortalidad infantil requiere, entre otros, mejorar sustancialmente la calidad de la atención del parto institucional y de los controles prenatales, promover por la implementación de mecanismos que permitan la captación temprana de las mujeres gestantes, identificar y tratar los riesgos biológicos y psicosociales, e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres gestantes.

Así mismo, es indispensable mejorar los sistemas de información y registro de muertes infantiles y desarrollar procesos de análisis de los casos de muertes maternas que puedan llegarse a presentar - que no fueron objeto de esta caracterización- que permitan identificar los factores determinantes de la mortalidad por esta causa, Con el fin de equilibrar las cargas que significa la reproducción, no sólo debido a los factores biológicos sino a factores culturales y sociales, es importante también estimular la participación de los hombres en el proceso de maternidad y en la crianza de los hijos.

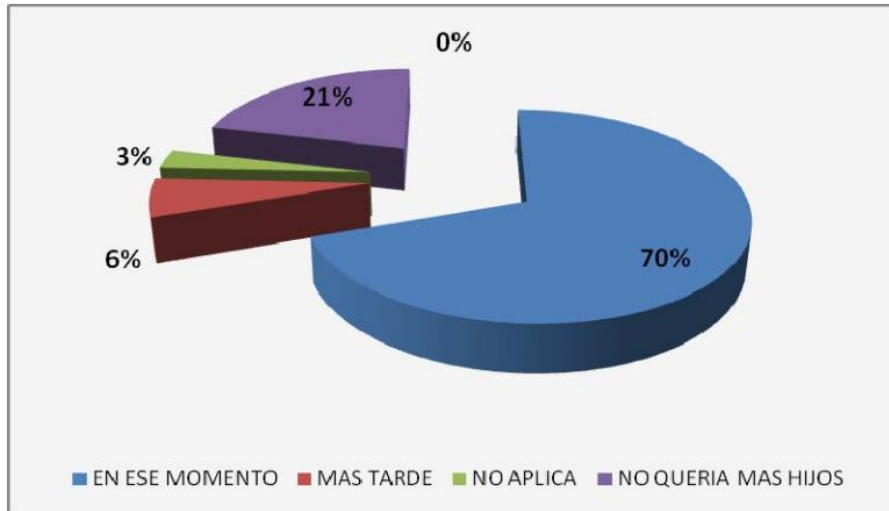
**Figura 14 Factores que influyeron en la mortalidad infantil.**



**Fuente: La autora. Año 2012.**

Asimismo es importante hacer énfasis que el embarazo no planeado no es un problema exclusivo de la población adolescente. Más de la mitad de las mujeres embarazadas- Gráfico No. 14 - (el 70%; n=23) reporta haber deseado el embarazo en ese momento frente al 21% (n=7) que no deseaba más hijos y el 6% (n=2) que los quería más tarde. Se observa que este fenómeno ocurre entre las mujeres con menores niveles de escolaridad y bajo o nulo ingreso económico. Estas cifras sugieren problemas en el acceso, la utilización, apropiación y continuidad de los métodos de planificación familiar, y significan un costo elevado en términos de salud y calidad de vida, en la medida en que los embarazos planeados de esta forma pueden convertirse en embarazos de riesgo o favorecer prácticas de riesgo, especialmente de mortalidad materna o infantil.

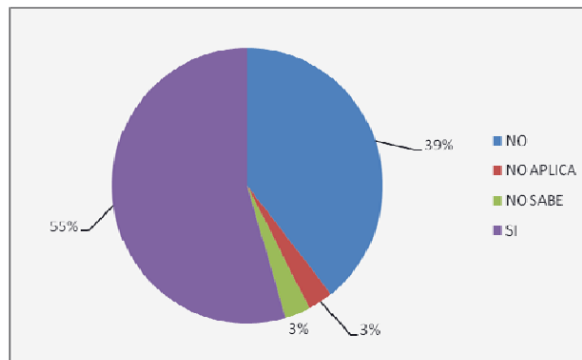
**Figura 15 Deseo de más hijos**



Fuente: La autora. Año 2012.

Dentro del Conocimiento, acceso y uso de métodos de planificación familiar se observa una fuerte dicotomía entre esta población se tiene que la población conoce y utiliza ciertos métodos de planificación familiar, por ello resultado más valido saber si conocida y había utilizado alguna vez dicho método. De las encuestadas el 55% (n=18) afirmó haberlo conocidos y utilizado, frente al 39% (n=13) que argumentó conocerlos pero no utilizarlos. Figura 16.

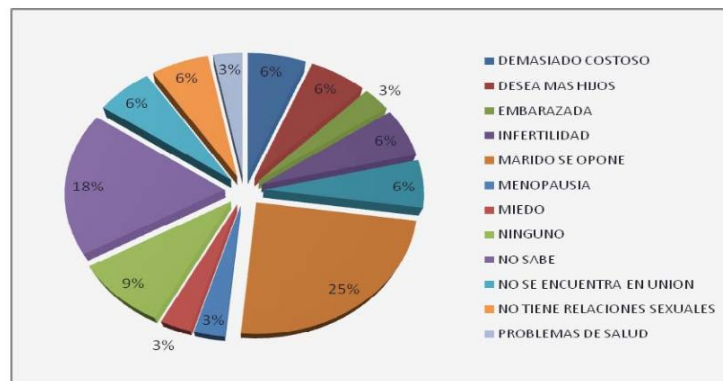
**Figura 16 Conocimiento y uso de métodos de planificación familiar.**



Fuente: La autora. Año 2012.

En el gráfico No 17 se observan las razones más comunes de esta población fue prohibición del conyugue 25% (n=8), No conoce los métodos 18% (n=6), el problema de acceso, por costos 6% (n=2), al culminar el análisis es posible afirmar el carácter multivariado de razones para como planificar que responden principalmente a factores como la educación en los métodos anticonceptivos, conocimientos personal, aunque sin olvidar las cuestiones socioculturales de la poca toma de decisiones por parte de las mujeres con respecto a su sexualidad. A grande rasgos se puede concluir que el conocimiento de los métodos anticonceptivos `posee niveles aceptables entre las mujeres y los métodos más conocidos son la píldora, la inyección y la esterilización femenina. Ver figura 17.

**Figura 17 Razones para no usas anticonceptivos.**



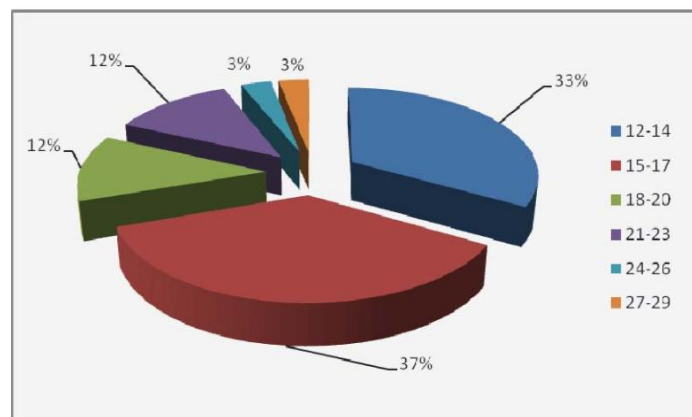
**Fuente:** La autora. Año 2012.

En el gráfico No. 17 se observa la edad de inicio de vida sexual por parte de los/las participantes del barrio, el 37% (n=12) afirmó iniciar su vida sexual entre los 15 y los 17 años esta cifra es bastante preocupante si se tienen en cuenta factores como el bajo nivel de escolaridad, el poco acceso a educación sexual en su proceso de formación escolar y a factores socioculturales que construyen formas en torno al “deber ser” del hombre y la mujer en cuanto a la edad ideal para tener relaciones sexuales. También es preocupante la segunda cohorte que muestra

que el 33% (n=11) iniciaron su vida sexual entre los 12 y los 14 años de edad.

El embarazo precoz tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y de los/as hijos/as por nacer: limita las posibilidades de desarrollo personal y social de padres e hijos en la medida en que reduce las oportunidades de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del acceso a los recursos, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia que con frecuencia tiene recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta la calidad de vida de las personas. El embarazo precoz es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza.

**Figura 18 Edad de la primera relación sexual**



**Fuente:** La autora. Año 2012.

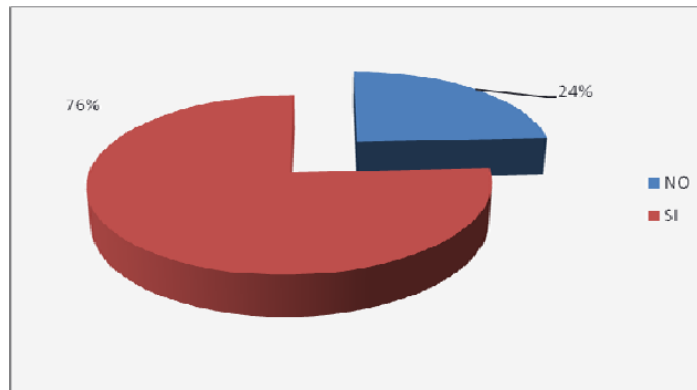
El agente más fuertemente relacionado con el crecimiento de la fecundidad entre la comunidad es el bajo nivel de escolaridad (que a su vez está asociado a condiciones de pobreza): las adolescentes sin educación formal tienen su primera relación sexual y su primer hijo mucho antes que las que tienen algún nivel de escolaridad; esta situación actúa como producto de condiciones de vivienda muy precarias que favorecen las relaciones sexuales, o como alternativa de proyecto de vida, caso en el que se trata de una decisión tomada con información y

condiciones para el ejercicio de la autonomía individual muy precarias.

Los programas de promoción y prevención y los servicios destinados a la población general no responden a las necesidades específicas de los/las jóvenes. La población adolescente requiere acciones de promoción de Salud Sexual y Reproductiva específicamente diseñados para ella, con su participación e involucrando las redes sociales de pares, educadores y familia, entre otras, así como servicios de atención integrales que respondan a las necesidades y características propias de su ciclo vital. Con esta población es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones desequilibradas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo. Por otro lado, es evidente que la sola divulgación de información no es suficiente para desarrollar competencias sociales orientadas hacia el estímulo de las condiciones que garantizan la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del ciclo vital.

Dada las difíciles condiciones en el acceso a los servicios de consejería y atención se hace indispensable que se cuente con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades en que se acercan a solicitar orientación o servicios, particularmente para suministrarles métodos de control de la fecundidad y de protección contra ITS y VIH/SIDA, y para vincularlos a programas específicos según sus necesidades.

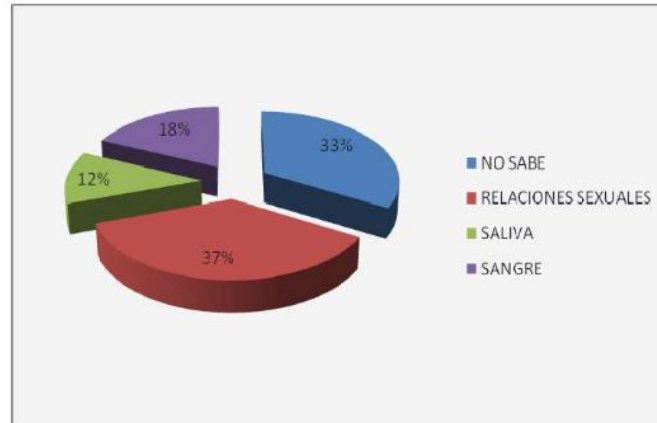
**Figura 19 Conocimiento sobre VIH/SIDA.**



**Fuente:** La autora. Año 2012.

Dentro de esta categoría en el gráfico No. 19 se encuentra que el 76% (n=25) si conoce sobre una enfermedad llamada VIH/SIDA frente al 24% (n=8) que dice no saber nada sobre la misma. Estos datos son importantes si se confrontan con la segunda pregunta sobre las forma de transmisión (Gráfico no. 19), el 37% (n=12) señala que se transmite por medio de relaciones sexuales, frente a un 33% (n=11) que desconoce totalmente formas de transmisión, un 18% (n=6) por la sangre y finalmente un 12% (n=4) que asegura la transmisión de esta enfermedad por medio del saliva, estas informaciones hablan sobre los bajos niveles de conocimiento que existen en torno a la enfermedad y su importancia como esta factor es riesgoso para la salud, en la medida que el desconocimiento es una caldo de cultivo para la propagación de esta enfermedad.

**Figura 20 Conocimiento sobre formas de Transmisión del VIH/SIDA.**



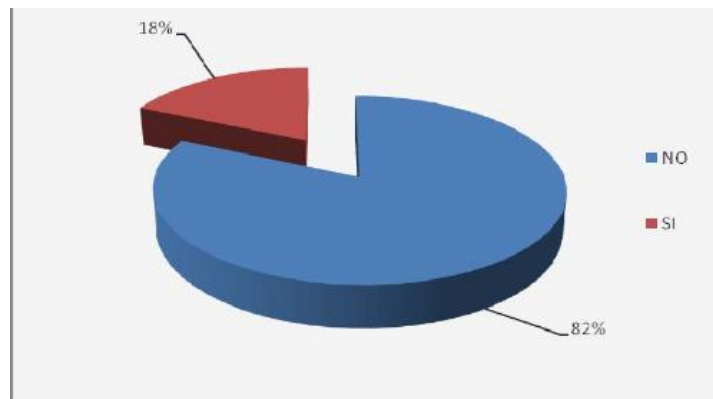
Fuente: La autora. Año 2012.

Por esta razón se requiere sensibilizar a la comunidad en su conjunto, mediante acciones masivas de comunicación, sobre la importancia para enfrentar situaciones relacionadas con las infecciones de transmisión sexual y el VIH. En cuanto su conocimiento, su mecanismos de infección, y también su enfrentamiento a partir del diálogo, el respeto, la honestidad, la solidaridad y la responsabilidad, entre otros valores, en el contexto de la construcción de un proyecto de vida autónomo, como factores que podrían proteger contra las ITS y el VIH/SIDA.

Uno de los métodos más eficaz para prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, es el condón. El siguiente gráfico muestra el conocimiento del condón. El 82% (n=27) de los hombres y mujeres del barrio El Barrio María Paz no conoce el condón contra el 18% (n=6) que si lo conoce. Si se analiza esta situación detenidamente se hace necesario empoderar a hombres y mujeres para que utilicen el condón como herramienta de comprobada eficacia para la protección contra las ITS incluido el VIH. En este caso debe trabajarse en el contexto de la responsabilidad y la escogencia de un proyecto de vida con el que cada quien se sienta satisfecho/a. también se hace necesario derrumbar las barreras culturales frente al uso del condón, tanto por parte de los hombres como

de las mujeres han creado por su desconocimiento en torno a este método de planificación familiar y de prevención.

**Figura 21 Conocimiento sobre formas de transmisión del VIH/SIDA.**



**Fuente:** La autora. Año 2012.

## 5 CONCLUSIONES

Las políticas de salud sexual y reproductiva para las mujeres deben buscar el mejoramiento de sus condiciones de vida mediante el fomento de la equidad generacional y de género en su acceso a las oportunidades, la promoción del desarrollo de sus capacidades, el respeto e incentivo del pleno goce y ejercicio de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y la priorización de aquellos que se encuentran más desprotegidos.

Se encontraron aciertos, obstáculos y limitaciones en la realización del proceso de práctica realizado en la Corporación Surgir, Se presentan a continuación elementos facilitadores y limitantes del proceso de investigación en relación a varias dimensiones y espacios: frente al proes de mejoramiento de las condiciones, el acompañamiento y aporte de la Escuela de Trabajo Social en la práctica académica, el trabajo de campo realizado con la comunidad, los alcances del proyecto, logros y dificultades a nivel profesional, y evaluación de los objetivos propuestos en la práctica académica.

La autonomía para el desarrollo de las actividades tendientes a la elaboración de la Caracterización socioeconómica del barrio María Paz por parte la dirección del proyecto. El apoyo recibido por parte de la Escuela de Trabajo Social representada en el director de la investigación.

Otro de los elementos facilitadores y que impulsaron al cumplimiento de los objetivos de dicho proceso fue la empatía generada por los habitantes del barrio durante el desarrollo de la investigación. Asimismo, la formación profesional brindada por la Escuela de Trabajo Social UIS de calidad, otorgando herramientas Teórico-conceptuales y metodológicas básicas, críticas y reflexivas en el trabajo

comunitario e investigativo, las cuales se hicieron indispensables para la práctica académica y profesional.

Los recursos económicos asignados a la dependencia de Trabajo Social no permitieron la continua asistencia a campo para un mejor desarrollo del trabajo, y por ende tener un mejor desempeño e impacto en un proceso de desarrollo comunitario de la Investigación Acción Participación.

Dentro de los aspectos limitadores se halló dificultades en el manejo software básico actualizado para el manejo de información y procesamiento de datos estadísticos. Por otra parte, las actividades realizadas por la Corporación Surgir, puede ser una oportunidad de desarrollo socio-económico para la comunidad del barrio María Paz. Sin embargo; la corporación debe estar más atenta en la continuidad de procesos sociales generados con esta comunidad, brindando garantías, mediante la creación de líneas bases y apuntando a la generación de propuestas que generen impactos acertados en temas tópicos como salud sexual, salud reproductiva, entre otros, a esta comunidad.

Dentro de los logros a nivel profesional se tiene que el cumplimiento de la primera fase que consiste en la caracterización de la población perteneciente a la comunidad del barrio María Paz en temáticas general como los aspectos demográficos, sociales y económicos y en la materia particular de salud sexual y reproductiva (SSR). Permitted el descubrimiento de elementos como la asertividad, el manejo de estos temas tabú para una sociedad que tal y como muestra la caracterización no tiene mucha información en estas temáticas.

Otro de los cambios consiste en el acercamiento a la comunidad del barrio fue exitoso, mostrando como en el ejercicio profesional resulta trascendental manejar unos mínimos de manejo emocional, que requiere el dominio de ciertas

competencias, que le dan mayor calidad a la actuación profesional.

Finalmente el enriquecimiento conceptual logrado a partir del acercamiento al lenguaje de la sexualidad, el cual confrontó mitos y representaciones personales en torno a la construcción social de los sexos, sus limitantes ventajas. El posicionamiento del Trabajo Social en la organización como un agente que promueve los cambios en las distintas comunidades.

## 6 RECOMENDACIONES

Definitivamente el proceso realizado por la Corporación Surgir debe continuar, este es un espacio que garantiza una proporcionada articulación entre la creación de ambientes favorables para la formación de los niños, las niñas y los adolescentes y mujeres en una comunidad con situaciones sociales particulares y comunes que plantea desafíos comunitarios, ético políticos, económicos y culturales a los estudiantes en formación.

No es desconocido los limitantes que coexisten en la actualidad en la dinámica mundial, nacional, regional y local frente a la visión de la pobreza, la discriminación y exclusión social del modelo económico vigente; tampoco se duda de la lentitud en los procesos de adjudicación de recursos otorgados a las entidades que realizan proceso educativos comunitarios que parecieran invisibles y muchas veces la visión reduccionista de considerar el crecimiento económico como un medidor universal del desarrollo humano, estos problemas son susceptibles de discusión y por ello, por pertenecer a las ciencias sociales, se hace necesario mayor interacción, interlocución y acompañamiento por la Escuela de Trabajo Social en el abanderamiento de los procesos realizados y por realizar, crear líneas de investigación frente a las particularidades de estas organizaciones y de esta comunidad, que puedan actuar como caldo de cultivo para robustecimiento de la teoría y la acción de los futuros profesionales, que finalmente repercutirá en una dialógica entre el Estado, la empresa privada, la universidad y la comunidad medio y fin de todas las acciones.

Continuar este proceso socioeducativo enfocando principalmente a las mujeres, los niños y las niñas del sector, las primeras, que demostraron mayor interés, compromiso y empuje para participar en los procesos desde el Trabajo

social, además la experiencia en este tipo de proyectos ha demostrado que este grupo tan golpeado por la violencia y la exclusión socioeconómica es altamente comprometido en los procesos sociales en los que se encuentre inmerso, caso de abanderamiento: El Banco de Los Pobres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDÍA MUNICIPAL DE BUCARAMANGA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE. Datos Sociodemográficos del Barrio María Paz. Solicitud directa. 2004.

ALONSO SIERRA, Xosefa. Voces de Mujeres: Cooperación internacional y ONG en Tijuana, México. Tesis de Maestría en Cooperación Internacional Unión Europea-América Latina, Instituto Mora, México; 2002

ALTABLE VICARIO, Charo. Educación sentimental y erótica para adolescentes: más allá de la desigualdad. Madrid: Miño y Dávila; 2000

ARAUJO GOMES, María Elidiana. La Sexualidad de las mujeres tendidas en el programa salud de la familia: una producción socio poética. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2008; Mayo-Junio: 3 (16). Disponible en: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_08.pdf)> [Consultado: 7 de enero de 2012]

BERGER L., Peter y LUCKMANN, Thomas, La Construcción Social de la Realidad. Amorrortu: Buenos Aires. 2001

BERQUÓ, Elza. Sexo y Vida: Panorama de la salud sexual y reproductiva en Latinoamérica. Capitulo Brasil. Siglo Veintiuno. 2010

COLOMBIA, Oficina Internacional del Trabajo. La desigualdad de ingresos entre mujeres y hombres ha disminuido en la década, pero sigue siendo elevada. [En línea]. Organización Internacional del Trabajo << <http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/panorama/panorama01%5Bart-1%5D.pdf>>

[citado en 4 de agosto de 2013].

COLOMBIA. Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana, PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010.,

COLOMBIA. Instituto Nacional de Medicina Legal, Seccional Bucaramanga. Informe municipal de mortalidad año 2011.

CORPORACIÓN COLOMBIANA PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. Plataforma estratégica. [En línea]. Disponible en <<http://www.corporaciónsurgirbucaramanga.org>> [citado en 4 de mayo de 2012].

CORREA, Sonia Y SEN, Gita. El cairo+5: Avances en el ojo de la tormenta. [En línea]. Revista Control Ciudadano Ver Online <[http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/es/cairo+51999\\_esp.pdf](http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/es/cairo+51999_esp.pdf)> [citado en 4 de julio de 2013]

DERRIDA; Jacques. La estructura, el signo y el juego en el discurso de las ciencias humanas. Trad. E. Trías. En: Dos ensayos. Barcelona, Anagrama, 1972.,

ESPLEN, Emilly. Género y Sexualidad: colección de recursos de apoyo. Brighton: Bridge- Development-Gender; 2007 (Canasta Básica). Disponible en: [http://www.bridge.ids.ac.uk//bridge/reports/Sexuality\\_SRC\\_SP\\_Final.pdf](http://www.bridge.ids.ac.uk//bridge/reports/Sexuality_SRC_SP_Final.pdf) [Consultado: 8 de enero de 2012].

ESTEBAN GALARZA, Mari Luz. Antropología encarnada: Antropología desde una misma. Papeles del CEIC. 2004; junio. Disponible en: [http://www.ceic.ehu.es/p285-content/es/contenidos/boletin\\_revista/ceic\\_papeles\\_numpublicados/es\\_publicad/a](http://www.ceic.ehu.es/p285-content/es/contenidos/boletin_revista/ceic_papeles_numpublicados/es_publicad/a)

djuntos/12.pdf [Consultado: 15 de Diciembre de 2012]

ESTEBAN GALARZA, Mari Luz. De la obligación de cuidar al derecho a ser cuidadas: una campaña renovada. Pensamiento crítico; 2005. Disponible en: <http://www.pensamientocritico.org/marest1105.htm> [Consultado: 15 de Diciembre de 2012]

FREIXAS, Anna. La sexualidad: un géiser de felicidad, a todas las edades. Mujer y Salud. 2006; 19. Disponible en: [http://mys.matriz.net/mys19/pdf/19\\_26.pdf](http://mys.matriz.net/mys19/pdf/19_26.pdf) [Consultado: 9 de enero de 2012]

GONZÁLEZ, M<sup>a</sup> Asunción. Masculinidad, feminidad y sexualidad. El desencuentro entre los sexos". En: Proyecto imaginado, una mirada joven a la frontera del conocimiento. Sexualidad: edades discursos y vivencias (1 al 5 septiembre de 2011)., Memoria

GUASCH, Oscar. Para una sociología de la sexualidad. Universidad Nacional de Colombia. Revista colombiana de sociología. 1993; n°64:105-121., 23.

HAWKESWORTH, Mary. Confundir el género (Confounding gender) , Debate feminista [México], año 10, vol. 20, octubre [primera edición, en inglés, 1997]. 1999

LAFER Celso. Reconstrucción de los derechos humanos: un diálogo con el pensamiento de Hannah Arendt. Madrid: Compañía de las Letras, 1991.

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. Bucaramanga 2012: Estado de Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. [en línea]. (2012) < [http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm\\_bucaramanga.pdf](http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm_bucaramanga.pdf)> [citado en 10 de septiembre de 2013].

PULEO, Alicia. Dialéctica de la sexualidad. Género y sexo en la Filosofía Contemporánea, Cátedra: Madrid, 1992,

SCOTT, Joan. El género como categoría para el análisis histórico. American Historical Review. Vol. 113. No. 5. Diciembre 2008. Universidad de Chicago.

SOLER, Susana. Mujeres, puestos de decisión y organizaciones deportivas: barreras y propuestas. [En línea]. Instituto Nacional de Educación Física de Cataluña <<  
[http://www.deporteyescuela.com.ar/sitio/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=313&Itemid=17](http://www.deporteyescuela.com.ar/sitio/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=313&Itemid=17)> [citado en 4 de agosto de 2013].

TAUCHER, Érica. Efectos de los niveles de fecundidad adolescente en la salud reproductiva y en la mortalidad infantil, en Serie Seminarios y Conferencias “La fecundidad adolescente en América Latina: ¿Transición o revolución?”, 2004. No. 37, Santiago de Chile, CEPAL.

VARGAS, Edwin., HENAO, Carmen. y GONZÁLEZ, Jairo. Informe del componente cualitativo de la investigación: fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. Documentos CESO No. 95, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de los Andes, Santa fe de Bogotá. 2004.

WELLDON, Estela. Madre, Virgen, Puta: Idealización y denigración de la maternidad. Siglo veintiuno: Madrid. 1993., p. 5-6.

# **ANEXOS**

# ANEXO A FORMATO DE ENCUESTA

## A. Información general

Fecha: Día: \_\_\_ Mes: \_\_\_ Año: \_\_\_ Encuesta No: \_\_\_\_\_

1. Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_
2. Ubicación: \_\_\_\_\_
3. Celular y/o fijo I: \_\_\_\_\_
4. Sexo: M: \_\_\_ H: \_\_\_
5. Tipo de documento de identidad:  
A) C.C. \_\_\_ B) T.I. \_\_\_ C) R.C. \_\_\_  
D) S.D. \_\_\_ E) Otro \_\_\_ Número \_\_\_\_\_
6. Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_ Mes \_\_\_ Año \_\_\_
7. Estado civil:  
A) Soltero-a \_\_\_ B) Casado-a \_\_\_ C) Unión libre \_\_\_  
D) Viudo-a \_\_\_ E) Divorciado-a \_\_\_
8. ¿Es usted cabeza de Hogar? A) SI \_\_\_ B) NO \_\_\_
9. ¿Cuál es su ocupación?: \_\_\_\_\_ (Esperar respuesta)

10. ¿Estudia en la actualidad?  
Si: \_\_\_ No: \_\_\_
11. ¿Cuál es su último año cursado?  
a) Preescolar \_\_\_  
b) Básica primaria \_\_\_  
c) Básica secundaria \_\_\_  
d) Técnico o Tecnológico \_\_\_  
e) Postgrado \_\_\_  
f) Ninguno \_\_\_
12. ¿Cuál fue la principal razón por la que Ud. Dejó de estudiar?  
a) Quedó embarazada \_\_\_  
b) Se casó \_\_\_  
c) Tenía que cuidar los niños \_\_\_  
d) La familia necesitaba ayuda \_\_\_  
e) Enfermedad \_\_\_  
f) Necesitaba ganar dinero \_\_\_  
g) No quiso estudiar \_\_\_  
h) Escuela muy lejos/ No había escuela \_\_\_  
i) Otra, ¿Cual? \_\_\_  
j) No sabe \_\_\_
13. ¿Puede usted leer y entender una carta o periódico?  
a) Fácilmente \_\_\_  
b) Con dificultad \_\_\_  
c) Imposible \_\_\_

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p><b>14. ¿Tiene SISBEN?</b></p> <p>a) Sí _____</p> <p>b) No _____</p> | <p><b>15. Nivel del SISBEN</b></p> <p>a) (0-1-2) _____</p> <p>b) (3-4) _____</p> <p>c) (5-6) _____</p> <p>d) No tiene _____</p> | <p><b>16. ¿Quién le presta los servicios de salud?</b></p> <p>a) ARS _____</p> <p>b) EPS _____</p> <p>c) Vinculado _____</p> <p>d) Otro _____</p> <p>e) Ninguno _____</p> | <p><b>17. Tipo de religión</b></p> <p>a) católico _____</p> <p>b) Evangélico _____</p> <p>c) Adventista _____</p> <p>d) Mormón _____</p> <p>e) Ninguna _____</p> <p>f) Otra _____</p> |
|--|---|---|---|

---

**B. SALUD REPRODUCTIVA**

---

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>18. ¿Cuántos partos ha tenido?</b> _____</p> <p><b>20. ¿Alguna vez dio a luz una niña/niño que nació vivo pero que falleció después?</b></p> <p>a) Sí _____ b) No _____</p> <p><b>22. ¿Cuándo quedó embarazada, quería hacerlo?</b></p> <p>a) En ese momento _____</p> <p>b) Más tarde _____</p> <p>c) No quería más hijos _____</p> <p><b>24. ¿Cuándo dio a luz donde atendieron el parto?</b></p> <p>a) Bucaramanga _____</p> <p>b) Área metropolitana _____</p> <p>c) Otro lugar _____</p> | <p><b>19. ¿De esos partos cuántos hijos ha tenido?</b> _____</p> <p><b>21. ¿Cuántas hijas/hijos han muerto?</b></p> <p>a) Hijos: _____</p> <p>b) Hijas: _____</p> <p><b>23. ¿Cuándo quedó embarazada donde se hizo los exámenes de control?</b></p> <p>a) Hospital/clínica _____</p> <p>b) Centro/puesto de salud cercano _____</p> <p>c) Centro de EPS/ARS _____</p> <p>d) Consultorio médico particular _____</p> <p>e) Otro, ¿Cual? _____</p> <p>f) Ningún control prenatal _____</p> <p><b>25. ¿Cuándo dio a luz quien la atendió?</b></p> <p>a) Partera _____</p> <p>b) Médico general/enfermera _____</p> <p>c) Médico especialista _____</p> <p>d) Otro...Cual _____</p> |
|---|---|

26. ¿Por qué no se hizo o ha hecho control de embarazo?
- a) Demasiado lejos \_\_\_\_\_
  - b) Muy costoso \_\_\_\_\_
  - c) Inseguridad \_\_\_\_\_
  - d) Mucho trámite EPS/ARS \_\_\_\_\_
  - e) No confía en los médicos \_\_\_\_\_
  - f) Horarios de consulta no le sirven \_\_\_\_\_
  - g) Esposo/compañero no la dejó \_\_\_\_\_
  - h) Creía que no necesitaba porque había tenido hijos sin problemas \_\_\_\_\_
  - i) Otro: \_\_\_\_\_
27. ¿Alguna vez tuvo usted un embarazo que terminara en pérdida, interrupción o aborto, embarazo extrauterino o una muerte fetal o nacido muerto?
- a) Pérdida \_\_\_\_\_
  - b) Interrupción/Aborto \_\_\_\_\_
  - c) Embarazo extrauterino \_\_\_\_\_
  - d) Muerte fetal, intrauterina \_\_\_\_\_
  - e) No \_\_\_\_\_
28. ¿Cuáles fueron las causas de esa pérdida?
- a) Caídas, golpes accidentales \_\_\_\_\_
  - b) Caídas golpes provocados (Violencia) \_\_\_\_\_
  - c) Crisis emocionales \_\_\_\_\_
  - d) Crisis económicas \_\_\_\_\_
  - e) Poco acercamiento a controles prenatales \_\_\_\_\_
  - f) No ha tenido. \_\_\_\_\_
29. ¿Cree usted que hay ciertos días entre una menstruación y otra, en que una mujer tiene mayor probabilidad de quedar embarazada si tiene relaciones sexuales?
- a) Sí \_\_\_\_\_
  - b) No \_\_\_\_\_
  - c) No sabe \_\_\_\_\_
30. Los días de mayor posibilidad de quedar embarazada son:
- a) Justo antes que comience la menstruación, \_\_\_\_\_
  - b) Durante la menstruación \_\_\_\_\_
  - c) Justo después que termine la menstruación \_\_\_\_\_
  - d) Entre una menstruación y otra \_\_\_\_\_
  - e) En cualquier momento \_\_\_\_\_
  - f) Otro \_\_\_\_\_
  - g) No sabe \_\_\_\_\_
31. ¿Qué métodos conoce usted o de cuáles ha oído hablar?
- a) Ligadura de trompas \_\_\_\_\_
  - b) Vasectomía \_\_\_\_\_
  - c) Píldora \_\_\_\_\_
  - d) Inyección \_\_\_\_\_
  - e) Implantes \_\_\_\_\_
  - f) Preservativo o condón \_\_\_\_\_
  - g) Espuma, jalea, óvulos \_\_\_\_\_
  - h) Método de amenorrea por lactancia \_\_\_\_\_
  - i) Abstinencia periódica, Ritmo, Calendario, \_\_\_\_\_
  - j) Retiro (Coitus interruptus) \_\_\_\_\_
  - k) Anticoncepción de emergencia \_\_\_\_\_
  - l) Otros métodos, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
32. ¿Ha tratado alguna vez de evitar un embarazo?
- a) Sí \_\_\_\_\_
  - b) No \_\_\_\_\_

33. ¿Cual método utilizaron?

- a) Ligadura de trompas \_\_\_\_\_
- b) Vasectomía \_\_\_\_\_
- c) Píldora \_\_\_\_\_
- d) Inyección \_\_\_\_\_
- e) Implantes \_\_\_\_\_
- f) Preservativo o condón \_\_\_\_\_
- g) Espuma, jalea, óvulos \_\_\_\_\_
- h) Método de amenorrea por lactancia \_\_\_\_\_
- i) Abstinencia periódica, Ritmo, Calendario, \_\_\_\_\_
- j) Retiro (Coitus interruptus) \_\_\_\_\_
- k) Anticoncepción de emergencia \_\_\_\_\_
- l) Otros métodos ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

---

3. SALUD SEXUAL

---

35. ¿Cuántos años tenía cuando empezó a vivir con su esposo/a o compañero/a?

Edad: \_\_\_\_\_

36. ¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?

Edad: \_\_\_\_\_

37. ¿Cuál era la edad de la persona con la que tuvo su primera relación sexual?

Edad: \_\_\_\_\_

38. ¿Alguna vez ha utilizado Condones durante una relación sexual?

Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

39. ¿Sabe donde pueden conseguirse condones?

Menciónelos Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

40. ¿Si usted quiere usted misma puede conseguir el condón? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

41. ¿Conoce las enfermedades de transmisión sexual? Por favor mencione las que conozca

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

34. ¿Cual es la principal razón por la que Ud. no esta usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?

- a) No se encuentra en unión \_\_\_\_\_
- b) No tiene relaciones sexuales \_\_\_\_\_
- c) Sexo poco frecuente \_\_\_\_\_
- d) Menopausia \_\_\_\_\_
- e) Infertilidad \_\_\_\_\_
- f) Posparto/lactancia \_\_\_\_\_
- g) Desea mas hijos \_\_\_\_\_
- h) Embarazada \_\_\_\_\_
- i) Se opone \_\_\_\_\_
- j) Marido se opone \_\_\_\_\_
- k) Otros se oponen \_\_\_\_\_
- l) Prohibición religiosa \_\_\_\_\_
- m) No conoce métodos \_\_\_\_\_
- n) Problemas de salud \_\_\_\_\_
- o) Miedo a efectos secundarios \_\_\_\_\_
- p) Uso inconveniente \_\_\_\_\_
- q) Interfiere con los procesos normales del cuerpo \_\_\_\_\_
- r) Falta de acceso \_\_\_\_\_
- s) Muy costoso \_\_\_\_\_
- t) Inseguridad \_\_\_\_\_
- u) Otros ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- v) No sabe \_\_\_\_\_

42. ¿Conoce Ud. sobre una enfermedad llamada SIDA/VIH?

SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

43. ¿Como cree que esta enfermedad se transmite?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

44. ¿Usted cree que tiene algún riesgo de contraerla?

SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

45. ¿Alguna vez usted se ha hecho la prueba para saber si tiene VIH/SIDA?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

46. ¿Alguna vez le han maltratado, golpeado, abofeteado o pateado?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

47. ¿Qué personas lo han hecho?

- a) Madre/padre \_\_\_\_\_
- b) Madrastra/padrastro \_\_\_\_\_
- c) Marido/compañero \_\_\_\_\_
- d) Otro pariente/Novio \_\_\_\_\_
- e) Ex novio \_\_\_\_\_
- f) *Ninguno* \_\_\_\_\_

48. ¿A quien pidió ayuda?

- a) Madre/padre \_\_\_\_\_
- b) Madrastra/padrastro \_\_\_\_\_
- c) Marido/compañero \_\_\_\_\_
- d) Otra persona pariente del marido \_\_\_\_\_
- e) Otra persona pariente suya \_\_\_\_\_
- f) Novio \_\_\_\_\_
- g) Ex novio \_\_\_\_\_
- h) Amiga(o)a/vecina(o) \_\_\_\_\_
- i) Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- j) *Ninguno*

49. ¿Cuándo la han maltratado físicamente, Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda?

- a) Inspección de policía \_\_\_\_\_
- b) Comisaría de familia \_\_\_\_\_
- c) ICBF \_\_\_\_\_
- d) FISCALIA \_\_\_\_\_
- e) Juzgado \_\_\_\_\_
- f) Institución de salud \_\_\_\_\_
- g) PROFAMILIA \_\_\_\_\_
- h) Organización privada \_\_\_\_\_
- i) Otra: \_\_\_\_\_
- j) Denunció pero retiró el denuncia \_\_\_\_\_
- k) Nunca ha buscado ayuda \_\_\_\_\_

50. ¿En qué forma castiga su esposo/compañero, y usted a sus hijos?

- a) Palmadas \_\_\_\_\_
- b) Empujones \_\_\_\_\_
- c) Reprimenda verbal \_\_\_\_\_
- d) Prohibiendo algo que le gusta \_\_\_\_\_
- e) Privándolos de la alimentación \_\_\_\_\_
- f) Con golpes con objetos \_\_\_\_\_
- g) Dejándolos encerrados \_\_\_\_\_
- h) Ignorándolos \_\_\_\_\_
- i) Poniéndoles trabajo \_\_\_\_\_
- j) Dejándolos por fuera de casa \_\_\_\_\_
- k) Quitándoles pertenencias \_\_\_\_\_
- l) Quitándoles apoyo económico \_\_\_\_\_
- m) Otra \_\_\_\_\_ ¿cuál? \_\_\_\_\_

## ANEXO B UBICACIÓN BARRIO MARÍA PAZ



## ANEXO C POBLACION PARTICIPANTE



## ANEXO D IMAGEN DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN

