

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

Conocimientos y respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017

Para optar el título profesional de:

Obstetra

Autores: Bach. Lizbeth Erika DEUDOR AVALOS

Bach. Idei Jhonatan SINCHE ROQUE

Asesor:

Mg. Samuel Eusebio ROJAS CHIPANA

Cerro de Pasco – Perú – 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Conocimientos y respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Mg. Nelly Adela HILARIO PORRAS
PRESIDENTE

Mg. Lola CHIRRE INOCENTE
MIEMBRO

Mg. Yolanda COLQUI CABELLO
MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios, por darnos la oportunidad de cumplir mi primer sueño profesional.

A mis padres por haberme forjado como persona y por su apoyo constante.

A toda mi familia que siempre confió en mí y celebró mis logros.

A todas mis docentes y mis colegas de la Escuela de Obstetricia

Lizbeth Erika DEUDOR AVALOS

A Dios por ser mi guía y permitirme conseguir el primer escalón de mi vida profesional

A mis padres y a toda mi familia que siempre estuvo a mi lado dándome fuerzas para seguir adelante.

A mis docentes y colegas

Idei Jhonatan SINCHE ROQUE

RECONOCIMIENTO:

Nuestra eterna gratitud a la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión que, a través de la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia, nos abrió el camino para nuestra formación profesional. Asimismo, a nuestras docentes que siempre estuvieron pendientes de nuestros avances y por su orientación en esta noble profesión.

Los Autores

RESUMEN

Nuestra investigación tiene como objetivo general: Determinar la relación que existe entre el Conocimiento y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidos en el Hospital María Auxiliadora - Lima, 2017. La investigación es de tipo Básico - cuantitativo; El diseño es: experimental, corte transversal no. Se elaboró en un cartel constituido por 120 usuarios adolescentes, seleccionado entre los meses de junio a diciembre de 2017. La técnica de la encuesta de opinión y el registro se utilizaron para la recuperación de la información. El procesamiento de la información y el tratamiento estadístico de la hipótesis, v.23 se desarrolló a través de la propia parcela estadística SPSS y el Microsoft Excel 2016.

Inmediatamente después de enviar los datos encontrados a la prueba estadística con el estadístico inferencial, paramétrico no X^2 ; Se determinó la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables: el conocimiento y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidos en el Hospital María Auxiliadora - Lima, 2017. La prueba estadística arrojó un valor $X^2 = 18.393 > X^2 = 9.488$ para las variable conocimientos y violencia de género y $X^2 = 28.658 > X^2 = 9.488$ para la variable respeto y violencia de género; con nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ determinando la relación de dependencia entre ambas variables de estudio.

Palabras clave: Derechos sexuales y reproductivos; violencia de género. Adolescente.

ABSTRACT

Our investigation has like general objective: Determining the relation that exists between Knowledge and the respect to the sexual and reproductive rights and the violence of kind in teens attended in the Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017. The investigation is of type Basic – quantitative; The design is: Experimental, transverse- court no. It was worked up in a sign constituted by 120 adolescent users, selected between the months of June to December 2017. The technique of the opinion poll and the record were used for information retrieval. Information processing and the statistical treatment of the hypothesis, v.23 unrolled through the statistical parcel SPSS itself and the Microsoft Excel 2016.

Right after submitting the data found to statistical proof with the statistician inferencial, parametric no χ^2 ; The existence of statistical significant relation between the variables was determined: Knowledge and the respect to the sexual and reproductive rights and the violence of kind in teens attended in the Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017. The statistical test yielded a value $\chi^2 = 18.393 > \chi^2 = 9.488$ for the variables knowledge and gender violence and $\chi^2 = 28.658 > \chi^2 = 9.488$ for the variable respect and gender violence; with significance level of $\alpha = 0.05$ determining the dependency relationship between both study variables.

Keywords: Sexual and reproductive rights; Violence of kind. Adolescent.

INTRODUCCION

La sexualidad es una condición humana. Los seres humanos son seres sexuados, desde que nacen hasta que mueren y en el desarrollo evolutivo, están influenciados por factores biológicos, psíquicos, sociales y culturales, que los alejan del instinto meramente biológico para construir un campo de la acción humana que responde a la adquisición de la racionalidad y el libre albedrío.

En este mismo sentido, la sexualidad y la actividad sexual son construidas socialmente en las relaciones sociales. Como señala Jeffrey Weeks, "Las posibilidades eróticas del animal humano, su capacidad de ternura, intimidad y placer nunca pueden ser expresadas 'espontáneamente', sin transformaciones muy complejas: se organizan en una intrincada red de creencias, conceptos y actividades sociales, en una historia compleja y cambiante" (Weeks, 1985: 21) (1).

Los Derechos Humanos fundamentales son atributos inherentes a las personas, todas y todos tenemos Derechos Humanos por el hecho de pertenecer a la especie humana. Estos han sido reconocidos internacionalmente en instrumentos, normas, convenciones, mecanismos, que se han aceptado también en Perú, porque el país ha suscrito estos instrumentos y los ha hecho parte de su ordenamiento jurídico, desde su norma superior que es la Constitución Política del Perú de 1993. Estos Derechos establecen principios para las relaciones en todas las interacciones sociales y políticas. Las relaciones en la familia, en la escuela, de las personas entre sí, de la ciudadanía con el Estado, de los habitantes con el medio ambiente, y también

por supuesto en el campo de la sexualidad, la reproducción, la afectividad y la emocionalidad. Permiten reconocer a las otras personas como únicas, iguales a otras con particularidades, gustos, deseos, y capacidad de decisión en todos los ámbitos de la vida personal y colectiva. Estos derechos están sustentados en cuatro que se consideran básicos y que se caracterizan por ser inalienables, indivisibles e interdependientes.

Asimismo, El término “derechos reproductivos” tiene un origen reciente, pero la idea de que las mujeres pudiesen decidir si tenían o no, cuándo y cómo tener hijos/as se originó en los movimientos feministas de control de la natalidad de los cuales el más conocido históricamente es el que se desarrolló en 1830 entre los socialistas en Inglaterra y que luego se extendieron al resto del mundo (Weeks, 1981) (2).

Tomando la declaración de La Organización Mundial de la Salud (OMS) el cual reconoce a la violencia contra las mujeres, como problema de prioridad para la salud pública (3).

La violencia es un fenómeno complejo de carácter social que tiene profundas raíces en el proceso de formación social de los géneros, su identidad y en las relaciones de poder que estos establecen, en la que participan las instituciones y sociedad civil. Por lo tanto, la violencia es un problema social, de naturaleza multicausal (4) y de gran extensión que muchas veces pasa desapercibido, pese a que puede generar muerte, daño o sufrimiento de la mujer en cualquier estrato social e independiente del ámbito cultural.

El desarrollo de diversos estudios respecto a la violencia basada en género va en aumento, los cuales se dirigen a la identificación de los factores asociados, mas no a determinar cuál es el factor con mayor influencia dentro de los ya estudiados. Lo cual permitiría plantear y ejecutar estrategias sanitarias de acción sobre la violencia basada en género.

Razón por la cual, se desarrolla el presente trabajo de investigación titulado "Conocimiento y respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017", el cual tiene por finalidad analizar y evaluar los Conocimientos que posee la adolescente y el respeto que ésta impone para sí, sobre sus derechos sexuales y reproductivos; ello en relación a la violencia de género que pudiera presentarse entre ellas y sus parejas. La investigación contribuirá a evaluar detalladamente los casos de violencia, para proponer su intervención en aras de mejorar la salud familiar y del binomio madre-niño.

El presente informe final de investigación consta de nueve apartados; **Introducción**, **Capítulo I**; Problema de investigación, Identificación y determinación del problema, Delimitación de la investigación, Formulación del problema, Formulación de Objetivos, Justificación y Limitaciones. **Capítulo II; Marco Teórico**, Antecedentes de estudio. Bases teóricas – científicas, Definición de términos básicos, Formulación de Hipótesis, Identificación de variables, Definición operacional de términos. **Capítulo III: Metodología y Técnicas de Investigación**, Tipo de investigación, Método, Diseño, Población y muestra. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, Técnica de procesamiento y análisis de datos, Tratamiento estadístico, Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos, orientación ética. recolección de datos. **Capítulo IV: Resultados y Discusión**, Descripción del trabajo de campo, presentación, análisis e interpretación de los resultados, prueba de hipótesis, Discusión de resultados. **Conclusiones. Recomendaciones. Referencias Bibliográficas. Anexos.**

INDICE

	Página
CARÁTULA	
PÁGINAS PRELIMINARES	
Acta de Sustentación	II
Dedicatoria	III
Reconocimiento	IV
Resumen	V
Abstract	VI
Introducción	VII
Índice	X

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y Determinación del problema	12
1.2 Delimitación de la Investigación	16
1.3 Formulación del problema	16
1.3.1 Problema General	16
1.3.2 Problemas Específicos	16
1.4 Formulación del Objetivos	17
1.4.1 Objetivo General	17
1.4.2 Objetivos Específicos	17
1.5 Justificación de la Investigación	18
1.6 Limitaciones de la Investigación	20

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio	21
2.2. Bases teóricas – científicas	30
2.3. Definición de términos básicos	45

2.4.	Formulación de Hipótesis	46
2.4.1.	Hipótesis General	46
2.4.2.	Hipótesis Específicos	46
2.5.	Identificación de variables	46
2.6.	Definición Operacional de variables e indicadores	47

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1	Tipo de investigación	50
3.2	Método de Investigación	50
3.3	Diseño de Investigación	51
3.4	Población y muestra	52
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52
3.6	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	54
3.7	Tratamiento estadístico	55
3.8	Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos	55
3.9	Orientación ética	55

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	Descripción del trabajo de campo	56
4.2	Presentación, análisis e interpretación de los resultados	56
4.3	Prueba de hipótesis	73
4.4	Discusión de Resultados	77
	CONCLUSIONES	84
	RECOMENDACIONES	86
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
	ANEXOS	94
	- Instrumentos de Recolección de datos	
	- Consentimiento informado	
	- Matriz de consistencia y Operacionalización de variables	

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 IDENTIFICACIÓN Y DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

En todo el mundo, existen millones de personas a quienes se les reprime el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, o son perseguidas si intentan hacerlo. Múltiples gobiernos, grupos religiosos, líderes políticos, incluido personas cercanas pretenden dictar a quién podemos besar, o a quién debemos y podemos amar; cómo pretendemos vestirnos; cuándo y cuántos hijos debemos tener. Existe un tremendo impacto especialmente en la vida de las mujeres y las niñas por la falta de control sobre el propio cuerpo y la sexualidad en este grupo de personas.

Todos nosotros y nosotras las personas, poseemos derechos; entre ellos a ejercer un libre control sobre nuestra sexualidad y reproducción, protegiéndonos sin sufrir discriminación, ni coacción, ni violencia. Este derecho incluye: acceso a información y atención en servicios de salud sexual y reproductiva, al que se incluye los derechos de contracepción; elegir el deseo o no de casarme; cuándo y con quién casarme; libre decisión si quiero y cuántos hijos tener, el cual incluye la decisión de interrupción de embarazo no deseado; vivir libre de violencia y experiencias que buscan manejar mi cuerpo y mi sexualidad, como la violencia sexual, la mutilación genital y los casamientos forzados.

En todo el mundo, existen tristes ejemplos de vulneración de estos derechos. Las niñas que se embarazan, siguen siendo excluidas de sus estudios, separadas de la escuela en países africanos como Sierra Leona y Guinea Ecuatorial. Es así que, una muestra de ello, es el anuncio del presidente de Tanzania en junio de 2017, quien prohibió que las niñas embarazadas se reincorporen a las escuelas del sistema público, lo que fomenta la estigmatización y la discriminación de dichas niñas y de toda aquella persona víctima de violencia sexual (5).

En Burkina Faso, el ser niña asegura probablemente que su infancia no dure mucho. Allí está establecido el matrimonio a forzado a temprana edad y consecuentemente al embarazo precoz, el cual es tradicional. Y, pese a que el gobierno dio el compromiso en el año 2016 para contraer matrimonio, se eleve la edad legal de las mujeres y las niñas. En la región del Sahel, en 2017, más del 50% de niñas comprendidas entre 15 y 17 años, estaban casadas. Además, deja a mujeres embarazadas y bebés en grave peligro de sufrir complicaciones, infecciones y muerte en el parto, ello debido a la escasez de equipos médicos, medicamentos y personal en los hospitales; así como, pese a estar prohibida por ley, la tasa de mutilación genital femenina sigue siendo muy incrementada (5).

En todo el mundo se han reportado agresión sexual en niñas menores de 18 años. En la Unión Europea, una de cada tres mujeres ha sufrido agresiones o abusos sexuales desde los 15 años de edad (5).

En enero de 2017 el presidente de Estados Unidos, puso en peligro la vida y la salud de millones de mujeres y niñas al bloquear la asistencia financiera a cualquier hospital u organización que proporcionara información o acceso a abortos seguros y legales o defendiera la despenalización del aborto. (5)

Durante el primer estudio multipaís llevado a cabo en 10 países en el 2005 por la Organización Mundial de la salud (OMS) respecto a salud de la mujer y violencia doméstica, en su mayoría de renta media y baja, se reportó que las mujeres en edades comprendidas entre 15 a 49 años (6): El 15% en Japón y 71% en Etiopía referían haber sufrido a lo largo de su vida violencia física o sexual perpetrada por su pareja. Entre un 0,3% y un 11,5% referían haber sufrido violencia sexual perpetrada por personas ajenas que no eran su pareja después de cumplidos los 15 años de edad. El 17% de las mujeres en la Tanzania rural, 24% en el Perú rural y 30% en zonas rurales de Bangladesh indicaron forzamiento en su primera experiencia sexual (6).

En un análisis reciente hecho por la OMS, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas, basado en los datos de más de 80 países, se observó que el 35% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por terceros (7).

A nivel mundial, un 30% de las mujeres que tuvieron una relación de pareja, sufrieron violencia física y/o sexual por parte de aquella pareja; y, en ciertas regiones, el porcentaje es mucho mayor. Otro dato de elevada importancia es que, de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo, un 38% de ellos, son cometidos por su pareja. (6) (8)

La violencia contra las mujeres, están presentes en todos los diversos ámbitos, y en las diversas formas y los distintos grados de intensidad. Por lo que supone, como toda violencia, la vulneración y violación a los derechos humanos. La violencia contra la mujer, es la más extendida, oculta e impune, y constituye no sólo un problema privado, sino público. Es seguramente la violación de los

derechos humanos más usual y que afecta a millones de mujeres y niñas en todo el mundo (9).

Según informe de la Organización Mundial de la Salud, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas, quienes han emitido en el 2013, que el 35% de las mujeres a nivel mundial, fueron víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja, siendo en su mayor parte, casos de violencia conyugal. Cabe remarcar que, en algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser mayor de hasta el 38% (7).

La Oficina Panamericana de la Salud (OPS), tomando como fuente los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud y de Salud Reproductiva del 2012, señala que, en América Latina y el Caribe de las mujeres comprendidas entre los 15 y 49 años de edad, el 15% y 17% ha recibido alguna vez violencia física o sexual por parte de la pareja (10)

En el Perú, ENDES 2012 reporta que, el 37,2% de las mujeres alguna vez unidas manifestaron que fueron víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero, entre estos tipos de violencia, se manifestaron los empujones, golpes, patadas, ataques o amenaza con cuchillo, pistola u otra arma; así como tener relaciones sexuales sin su consentimiento o realizar actos sexuales que ella no las aprobaba. En el departamento de La Libertad, la frecuencia de violencia conyugal reportada según esta encuesta es del 20.8%. (11)

Por ello, luego del análisis y teniendo en cuenta lo manifestado por los estudios realizados y las estadísticas proporcionadas, creemos que resulta necesaria realizar el presente estudio, ya que nuestra realidad en nuestro medio no es ajena a esta problemática; no solo por las consecuencias en el ámbito dela

dinámica familiar; sino, que dichos eventos pueden afectar de manera irreversible su desarrollo psicomotor del menor de 5 años, afectando su futuro (12); por lo que nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación que existe entre los conocimientos y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A. Delimitación Espacial

El presente trabajo de investigación se desarrolló en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora – MINSA - Lima

B. Delimitación Temporal

El estudio se realizó entre los meses de mayo y diciembre del 2017.

C. Delimitación Social:

La investigación se llevó a cabo en las gestantes adolescentes usuarias del Hospital María Auxiliadora – Lima.

D. Delimitación Conceptual:

Los conceptos comprendidos en el presente estudio son: Derechos sexuales y reproductivos y Violencia de género en adolescentes.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación que existe entre los conocimientos y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?

1.3.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es tipo de violencia de género según etapa de la relación en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?

- ¿Cuál es tipo de violencia de género según frecuencia episódica en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a la información en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a disfrutar de una vida sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a Tomar decisiones en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?

1.4 FORMULACIÓN DEL OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre los conocimientos y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el tipo de violencia de género según etapa de la relación en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017
- Determinar el tipo de violencia de género según frecuencia episódica en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017
- Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a la información en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017

- Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a disfrutar de una vida sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017
- Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a Tomar decisiones en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El estudio contribuye al enriquecimiento del conocimiento científico en materia de violencia de género; de manera especial en lo referente a la violencia de pareja en la población adolescente. Si bien es cierto, existen otras investigaciones al respecto, la presente investigación lo relaciona con la variable Conocimientos y respeto a los derechos sexuales y reproductivos, En el presente estudio se toman las bases teóricas, normas y directivas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerios de Salud (MINSa) y el Ministerio y poblaciones vulnerables (MIMDES).

El Valor teórico, es un aporte como fuente de conocimientos y antecedentes para la realización de futuras investigaciones respecto a las variables en estudio.

1.5.2 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El estudio, aporta los elementos necesarios para abordar la identificación de violencia de género en parejas en la etapa de vida adolescente; y la identificación del nivel de conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos; así como, el respeto a dichos derechos por parte de sus parejas. Por su parte, al ser un tema de índole social el presente estudio,

pretende crear conciencia de tal repercusión en la salud de la madre y del niño; así como, tomar acciones de forma inmediata para evitar riesgos en el binomio madre-niño.

Asimismo, el presente estudio se justifica dentro de ámbitos legales, concerniente a la violencia contra la mujer; por lo que tiene gran relevancia e importancia en el ámbito social, pues los resultados obtenidos servirán para tomar acciones pertinentes, en las zonas más vulnerables del ámbito de estudio. La investigación será de utilidad práctica para futuras investigaciones tomando en cuenta como antecedente y los datos obtenidos serán de mucha utilidad para la toma de decisiones tanto para el sector privado y estatal. Por otro lado, ver los porcentajes sobre la violencia contra la mujer en el Hospital María Auxiliadora, asimismo será el punto de partida para evitar casos de violencia contra la mujer y prevenir

Las Implicaciones prácticas, descenden de los resultados obtenidos en el presente estudio. Así mismo, que estos resultados sirvan de base para implementar otras investigaciones para profundizar y/o complementar el tema abordado.

1.5.3 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El estudio, se fundamenta en los principios de la salud pública; las variables en estudio se medirán a través de los instrumentos validados y aprobados por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud; asimismo, se utilizarán instrumentos de investigaciones anteriores relacionados a las variables en estudio, las cuales fueron validados y tienen margen de confiabilidad aceptables.

La Utilidad metodológica, radica en el aporte al campo de la investigación en salud sexual y reproductiva y la violencia de género, como un precedente para posteriores estudios para la práctica de especialidades en salud.

Por otra parte, esta investigación se justifica en los siguientes aspectos según Hernández Fernández y Batista (2014) (13) :

Conveniencia, puesto que tiene por finalidad aportar información empírica a través de modelos teóricos dirigidos a establecer la relación entre el clima social familiar y conductas antisociales en las adolescentes usuarias del Hospital María Auxiliadora - Lima.

Relevancia social, porque los resultados y conclusiones a las que se llegaron, tienen el propósito de aportar un nuevo hallazgo, permitiéndonos tener un nuevo conocimiento acerca de la influencia de los conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en las adolescentes. Por otra parte, siendo fundamental ayudar a los profesionales de la salud, a tomar acciones preventivas e intervenir implementado programas o planes según se estime conveniente, la utilización de los resultados reportados en la presente investigación.

1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro del desarrollo del trabajo de investigación se pudo encontrar dificultades en la disponibilidad de aceptación de la población en estudio por ser menores de edad; recurriendo en ese sentido, a la aceptación de los padres de familia y/o tutores de las adolescentes en estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 INTERNACIONALES

- A. **ALVAREZ ROCA (2003)**, CUBA, quien realizó un estudio cualitativo que tuvo como objetivo: elaborar un programa de intervención para la prevención de la violencia de género en un grupo de adolescentes de 15 a 19 años de la Comunidad 30 de noviembre, en la ciudad de Santiago de Cuba. Se utilizó el grupo focal para el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje a partir de las cuales se elaboró dicho programa. Los resultados arrojaron datos importantes sobre la forma este sector interpreta este fenómeno y el programa propuesto que les permitirá a los y las adolescentes un espacio de reflexión sobre esta problemática y les desarrollará conocimientos, sentimientos, valores y modos de comportamiento efectivos que los/as capaciten, según sus opciones, para una convivencia con las personas coetáneas y adultas basada en la equidad y la no violencia. (14)
- B. **García V. y otros (2013)** En un estudio realizado en España, titulado: “Violencia de género en estudiantes de enfermería durante sus relaciones de noviazgo 2013 ”, tuvo como objetivo: determinar la prevalencia de violencia de género en futuras enfermeras e identificar su relación con

variables sociodemográficas y personales (apoyo social y autoestima) y la percepción que tienen sobre su función como profesionales de atención primaria; de diseño descriptivo transversal, donde se tomó la población a estudiantes de Enfermería; se utilizó el cuestionario CUVINO que permitió identificar conductas de violencia técnica en el noviazgo y otras situaciones relacionadas. Se midió también el nivel de autoestima social, el número de apoyos y variables relacionadas con la función enfermera. En el cual los resultados denotaron: con criterio de «tolerancia cero», el 85.8% sufrió alguna situación de violencia técnica, mayoritariamente por desapego 73.3% y coerción 66,3%, aunque casi 1 de cada 5 sufrió también violencia física 18.3%. El 9,0% declaró haber sido realmente maltratada, percepción relacionada con la proporción global de estudiantes que se sintieron atrapadas (31.7%) y con miedo (13.8%) y con una mayor demora en la ruptura de la relación (13.2 meses vs. 3.6; $p < 0,05$). Sufrir violencia técnica se asoció con menor número de apoyos ($p < 0,05$) y con menor autoestima social ($p < 0,01$) (15)

C. ENRIQUE (2014) Ecuador, en su tesis: “Conocimiento en Salud Sexual y Reproductiva de los/las Adolescentes de segundo y tercer año de bachillerato del colegio Liceo de Loja vs. Los/las adolescentes del colegio Adolfo Valarezo de segundo y tercer año de bachillerato” tesis previa a la obtención del título de Médico General. Universidad Nacional de Loja, tuvo como **objetivo** determinar el nivel de conocimientos en salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes de segundo y tercer año de bachillerato del colegio Liceo de Loja Versus. Los/las adolescentes del colegio Adolfo Valarezo de segundo y tercer año de bachillerato. Como **resultado** se encontró: en el Colegio Liceo de Loja, el 80% de los estudiantes tienen conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, en el

colegio Adolfo Valarezo existe un menor nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva con un 63.3%. En el colegio Liceo de Loja los adolescentes tienen un mayor conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos con un porcentaje del 60%, mientras que en el colegio Adolfo Valarezo se encontró que el 40% de adolescentes conocen sobre sus derechos sexuales y reproductivos. El método anticonceptivo más utilizado para planificación familiar en los adolescentes de ambos colegios es el preservativo masculino. Los adolescentes de las instituciones investigadas no han presentado ningún tipo de infección de transmisión sexual. (16)

D. DÍAZ Y FÉLIX (2013) Venezuela, en su tesis: “Salud Sexual Y Reproductiva Con Enfoque De Género En Jóvenes Adolescentes Del Colegio Nacional Técnico —Víctor Manuel Guzmán de la Ciudad De Ibarra” tesis previa a la obtención del título de licenciado en enfermería. Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud escuela Profesional de Enfermería. El **objetivo** de este trabajo fue Analizar la influencia de la educación en la salud sexual y reproductiva con enfoque de género en adolescentes del Colegio Nacional Técnico —Víctor Manuel Guzmán. Como **resultado** encontraron que existen conocimientos impartidos por la institución pero que; sin embargo, todavía no sienten confianza de estudiantes hacia profesores. Por otra parte, existen estudiantes que a base de juegos o chistes logran obtener información pertinente y llegaron a la conclusión que los adolescentes de esta institución no tienen la suficiente información sobre salud sexual y reproductiva. (17)

E. GUZMÁN (2015) explica la violencia de género en adolescentes de la siguiente manera: Los resultados señalan que los y las adolescentes andaluces manifiestan posiciones contrarias a los estereotipos patriarcales tradicionales. En concreto, se declaran en contra de que los sentimientos y

las emociones sean cosas unidas principalmente a las mujeres, como habitualmente se viene remarcando como una característica propia de ellas, mientras que a los hombres se les atribuye otras relacionadas con la valentía y el coraje, opinión de la que tampoco participan las personas encuestadas. En cuanto a los papeles que creen adecuados para hombres y mujeres con respecto a determinadas cuestiones que podrían señalar la existencia de estereotipos sexistas, la presente investigación muestra que no consideran que, por razones de sexo, la mujer deba hacerse cargo de los hijos e hijas ni que los hombres sean los que deben proveer de sustento económico a la familia. De esta forma, no se participa de la idea de que la mujer debe estar en las tareas de la casa y los hombres deben ocupar el espacio público y ser, en exclusiva, los que ocupen los puestos de trabajo generados fuera del hogar. El estudio señala que existe muy poca permisividad con el rol de género masculino asociado a la dominación del hombre sobre la mujer y al ejercicio de la autoridad y poder de éste dentro de la relación. Continuando con la búsqueda de identificadores de estereotipos patriarcales en los y las adolescentes andaluces, tampoco los manifiestan de forma mayoritaria cuando se les pregunta si consideran que el papel fundamental del hombre en la pareja es proteger a la mujer mientras que la mujer debe centrarse en cuidar del hombre. (p. 269) (18)

- F. **TOLDOS (2002)** analiza la adolescencia, violencia y género. Llegando a realizar los siguientes aportes teóricos: Para el caso de violencia en adolescentes, se puede dar en un primer caso la violencia causada por un hombre en contra de una mujer, para las mujeres jóvenes este responde a una característica instrumental o masculina que cuando esta agresión la realiza una mujer. Aquí lo que queda demostrado es que ambos sexos dependiendo del rol que ocupen en los casos de violencia de género, la

intensidad de la instrumentalidad o de la expresividad será relativa, aun cuando los roles vuelvan a cambiarse para la mujer o para el hombre. Teniendo como conclusión que la observación es un mecanismo valido para determinar quien ocupa tal cual posición en casos de violencia de la mujer o del hombre en casos de pareja. Los estereotipos son reales, y la población los tiene inherentes a su personalidad y su percepción de la realidad donde desarrolla su vida (p. 321). (19)

2.1.2 NACIONALES

A. PAREDES Y CHAVES (2015) Iquitos, en su tesis: “Conocimiento sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas”, Para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana Facultad de Enfermería. Este estudio tuvo como **objetivo** general determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del Asentamiento Poblacional Micaela Bastidas, Junta Vecinal Urarinas, Iquitos – 2015; empleado el **método** cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacionar. La población fue de 67 adolescentes y la muestra determinada por conveniencia fue el 100% de la población, es decir los 67 adolescentes. Tuvo los siguientes **resultados**: las características demográficas identificadas en los adolescentes, fueron que: 46,3% tenían edad entre 10 a 13 años, 56,7% corresponden al sexo femenino y 95,5% respecto a la ocupación ha referido que solamente estudia. El nivel de conocimiento sobre salud sexual de los adolescentes, es: 50,7% con nivel de conocimiento medio, seguido de 25,4% con nivel de conocimiento alto y 23,9% con nivel de conocimientos deficiente. La conducta sexual de riesgo, se presenta así: 64,2% con conducta sexual sin riesgo en el inicio de relaciones sexuales,

85,1% con conducta sexual sin riesgo en el número de parejas sexuales, 92,6% con conducta sexual sin riesgo en aborto, 68,6% con conducta sexual sin riesgo en el uso de métodos anticonceptivos. Llegando a la **conclusión** que no existe relación estadística significativa entre: Nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en aborto (20)

B. NAVARRO Y LÓPEZ (2012) San Martín, en su tesis: “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales- 2012.” Tesis previa para obtener el título profesional de Obstetra. Universidad Nacional de San Martín, Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académica Profesional de Obstetricia. Para ello se plantearon el **objetivo** Determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización Las Palmeras - distrito de Morales. Periodo julio – setiembre 2012.cómo **resultado** encontraron que tienen un aceptable nivel de conocimientos: sobre Anatomía y Fisiología Sexual el 43.0% nivel de conocimiento alto y el 41.8% nivel de conocimiento medio; sobre salud sexual y reproductiva el 57% nivel de conocimiento alto; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6% nivel de conocimiento alto; y sobre los métodos anticonceptivos, el 56% tiene nivel de conocimientos alto. En relación a la actitud sexual evidenciamos que un 79.7% de los adolescentes encuestados demostraron tener actitudes favorables frente a su sexualidad; mientras que un 20.3% de los adolescentes demuestran una actitud desfavorable. Llegado a la siguiente **conclusión** que los adolescentes tienen un buen nivel de conocimiento sobre sexualidad y presentan actitudes favorables con respecto a la sexualidad. (21)

C. RILDO & QUINTO, (2017) Huancavelica, en su tesis: “Conocimiento y actitud sexual de las estudiantes de la I.E.E. “Francisca Diez Canseco de Castilla” tesis para optar el título profesional de Licenciado de Obstetricia en

la Universidad Nacional de Huancavelica: tuvo como **objetivo**: Determinar la relación entre el conocimiento y actitud sexual en las estudiantes del colegio Francisca Diez Canseco de Castilla - 2017. **Método**: La investigación fue no experimental de tipo sustantiva, prospectiva de corte transversal. Nivel correlacional y diseño descriptivo de relación; la población estuvo constituido por 479 estudiantes del 4° y 5° grado del Colegio Francisca Diez Canseco de Castilla. El estudio fue censal luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados**: Se encontró que un 64.4% (309) de estudiantes conocen sobre embarazo y un 35.5% (170) de estudiantes no conocen sobre embarazo, también se evidencio que un 32.2% (154) de estudiantes conocen sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), y un 67.8% (325) de estudiantes no conocen sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), con respecto a la actitud se encontró que un 87.7% (420) de estudiantes tienen una buena actitud frente a la prevención del embarazo y un 12.2% (59) de estudiantes tienen un mala actitud frente a la prevención del embarazo, también se evidencio que un 85.6% (410) estudiantes presentan una buena actitud frente a la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y un 14.4% (69) de estudiantes presentan una mala actitud frente a la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS). **Conclusión**: Se evidencia que en la población estudiada que el 55% (264), de las estudiantes, conocen sobre sexualidad, un 45% (215) estudiantes refieren que no conocen sobre la sexualidad, también se encontró que el 88% (421), presentan una buena actitud sobre la sexualidad, y un 12% (58), estudiantes presentan una mala actitud. Mediante la prueba estadística de Chi cuadrado de Pearson existe una relación entre el conocimiento y la actitud sexual de las estudiantes del colegio Francisca Diez Canseco de Castilla - 2017. (22)

D. PONCE (2012) analiza los niveles de violencia contra la mujer en el Perú, llegó a la siguiente conclusión: Conforme al trabajo de encuesta en demografía y salud familiar, también conocida como ENDES por las siglas de la misma, correspondiente al año 2011, donde los resultados arrojaron claras diferencias entre dos tipos de mujeres. Primero las mujeres emprendedoras y segundo las mujeres que fueron víctimas de algún tipo de violencia. La violencia contra las mujeres fue encontrado en mayor porcentaje con 30% en la Región Apurímac, con 30.4% en la Región Cusco, con 29.9% en la Región Tumbes, con 29.2% en la Región Ica y con 28.6% en la Región Piura. Por su parte los mayores casos de violencia psicológica se ubicaron en las siguientes regiones: con 27.4% en la Región Apurímac, con 26% en la Región Cusco, con 24.5% en la Región Tacna; el caso de la violencia física tuvo los siguientes resultados: con 19.4% en la Región Apurímac, con 17.8% en la Región Loreto; finalmente para los casos de violencia sexual los resultados fueron los siguientes: con 7.5% en la Región Apurímac, con 7.1% en la Región San Martín y con 6.6% en la Región Ayacucho. Los datos obtenidos han podido evidenciar que los casos de violencia física y psicológica contra mujeres emprendedoras fueron encontrados en las zonas urbanas como más frecuentes y en las zonas rurales como más intensas. Otro dato importante refiere al caso de las mujeres con estudios de nivel secundario sufrieron mayor violencia psicológica y física, mientras que las mujeres que no habían recibido algún tipo de estudio fueron víctimas de violencia más intensa. En los casos de casadas contra los casos de divorciadas, separadas y viudas la diferencia radica en que las primeras sufrieron mayor índice de violencia contra las segundas que padecieron mayor intensidad de violencia. También se puede notar que existe mayor violencia psicológica con el 29.6% en el trabajo realizado en casas contra el 17% en violencia física en trabajo doméstico y

el 175 en el caso de violencia sexual en trabajos de agricultura. Finalmente, la violencia que reciben las mujeres que trabajan fuera de casa fue mayor al que recibieron las mujeres que trabajan de manera eventual. (23)

2.1.3 LOCAL Y REGIONAL

- A. **Echevarría V. y Quispe L, (2009)** en la ciudad de Huancayo, en su estudio “Nivel de violencia basada en género en el puesto de salud de Cocharcas Sapallanga, 2009” cuyo objetivo es determinar el nivel de violencia basada en género en el puesto de salud de Cocharcas Sapallanga, 2009. El tipo de investigación fue descriptivo, diseño de investigación no experimental. Se utilizó el instrumento cuestionario y la técnica encuesta. La población fue 309 mujeres en edad fértil y la muestra 143 mujeres en edad fértil. Los resultados fueron: edad de mujeres 31-45 años 41%; estado civil casada 48%, grado de instrucción secundaria 42%. Se llegó a la conclusión que la violencia basada en genero determina a través del autodiagnóstico de las mujeres en edad fértil es de nivel de relación abusiva. (24)
- B. **PAREJA Y SÁNCHEZ (2016)** Junín, en su tesis: “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en Adolescentes de 14 a 17 años de la Institución Educativa Secundaria 19 de Abril de Chupaca”, tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Huancayo “ Franklin Roosevelt” tuvo como **objetivo** determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 17 años de la Institución Educativa Secundaria 19 de abril de Chupaca, periodo 2016. Los **resultados** fueron que el 36,6% de los adolescentes encuestados tienen conocimientos altos sobre sexualidad, 14,6% tiene conocimiento medio y 48,8% bajo; en cuanto a la actitud sobre sexualidad el 96.8 % tiene actitud favorable y un 3,2% actitud desfavorable. Se **concluye** que la mayoría de adolescentes de dicha institución educativa

tienen conceptos limitados de sexualidad sobre las dimensiones Anatomía y fisiología sexual y reproductiva, Ciclo de respuesta sexual, Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA y Métodos anticonceptivos como alternativa de prevención del embarazo y que también tienen actitudes ideales frente a la misma. (25)

2.2. BASES TEÓRICAS – CIENTÍFICAS

I. VIOLENCIA

1. DEFINICIÓN

Es un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte. La violencia es un acto social y en la mayoría de los casos un comportamiento aprendido en un contexto de inequidades sociales, basadas en el género, la edad y la raza, con imágenes violentas y de fuerza física, como la manera prevalente de resolver conflictos (26)

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MINDES): La violencia familiar es cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como la violencia sexual que se produzcan entre: a) cónyuges b) ex cónyuges c) convivientes d) ex convivientes e) ascendientes f) descendientes g) parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad h) quienes habitan en el mismo hogar siempre que no medien relaciones contractuales o laborales. i) Quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que convivan o no, al momento de producirse la violencia. Dentro de los alcances de la ley de protección frente a la violencia familiar 262601 se encuentra la protección a los niños, niñas y adolescentes frente a maltratos, físicos, psicológicos y/o sexuales (27)

2. TIPOS DE VIOLENCIA

A. VIOLENCIA FÍSICA

Cuando una persona se encuentra en situación de peligro físico y/o controlada por amenazas de uso de fuerza física. La violencia física es generalmente recurrente y aumenta en frecuencia y severidad a medida que pasa el tiempo, pudiendo causar la muerte de una persona. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir (26):

- Empujones
- Patadas
- Bofetadas
- Arrojar objetos
- Puñetazos

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MINDES): Cualquier agresión contra el niño, niña o adolescente por parte de cualquier familiar o allegado (ley 26260). Incluye las agresiones que se dan dentro del contexto del “castigo, corrección o disciplina” que imparten los padres o personas encargadas de la educación o cuidado del menor de 18 años. Modalidades: Puntapiés o patadas, puñetazos, bofetadas, jalones de cabello, empujones, tirar al suelo, golpes con palos, leñas, maderas, bastones, ahorcamiento o intento de asfixia, latigazos, correazos, pegar con sogas, heridas con arma punzo cortante o arma de fuego, golpes con otros objetos contundentes (piedras, fierros, botellas, herramientas, otras agresiones físicas con el cuerpo (arañazos, mordeduras, rodillazos, cabezazos, pisotones, etc.) y otros. Asimismo, está incluida la categoría de negligencia: como todo aquel descuido o abandono que produzca daño o lesión física al niño, niña y/o adolescente (27).

B. VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Este tipo de violencia, cuya frecuencia es muy alta, es la más difícil de identificar porque, a diferencia de la violencia física, no deja huellas en el cuerpo, pero afecta la esfera emocional de quien la vive. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir (28)

- Gritos
- Humillación
- Amenazas de daño
- Insultos
- Aislamiento Social

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MINDES): Son aquellas agresiones psicológicas que recibe el niño, niña o adolescente por parte de sus familiares o allegados, que usualmente anteceden o acompañan la violencia física. Modalidades: Gritos, insultos, indiferencia, rechazo, desvalorización y humillación, amenazas de daño o muerte a la víctima, impedimento de estudiar y/o recibir visitas estudiar o salir y el abandono (27)

C. VIOLENCIA SEXUAL

Incluye los tocamientos indebidos, violación, chantajes, insinuaciones y voyerismo. Para llevar a cabo sus actos sexuales contra su voluntad, la persona no está consciente, o tiene miedo a negarse, lastimar físicamente a la persona durante el acto sexual o atacar sus genitales, incluyendo el uso de objetos penetrantes, forzar a la persona a tener relaciones sexuales sin protección de un embarazo y/o ITS y VIH/SIDA

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MINDES) considera también dentro de estos tipos de violencia, a la violencia económica.

D. VIOLENCIA ECONÓMICA

Es una de las prácticas más sutiles de la violencia, que consiste en el control o restricción del dinero o de los bienes materiales como forma de dominación o castigo. Una de sus manifestaciones más frecuentes es el de otorgar un salario menor por la misma cantidad de trabajo en el mismo centro laboral (28):

- Negación de dinero para estudios
- Negación de pasajes
- Negación para atención en salud
- Negación de alimentación y vestimenta
- Exigencia a trabajar

II. VIOLENCIA DE GÉNERO

1. DEFINICIÓN

La violencia de género se define como todo acto de violencia por parte de la pareja o ex pareja que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer comprometiendo su bienestar, el de su familia y el de su comunidad; las amenazas de tales acciones, la coacción o la privación arbitraria de libertad son también incluidas, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (29)

2. ETIOLOGÍA

Por mucho tiempo y aun en diversas partes del mundo se considera al comportamiento violento como algo natural e innato del ser humano que no debe ser sujeto a explicaciones y que simplemente es de carácter necesario.

El fenómeno de la violencia contra la mujer ha estado sesgado por una serie de prejuicios, mitos y creencias que no poseían ningún rigor científico; sin embargo, actualmente existen diversas teorías que intentan encontrar cual es la explicación de este fenómeno, entre estas esta la teoría del género (30). (15)

La teoría del género señala que la identidad de género es construida a partir de un proceso en el que cada individuo aprende un conjunto de características de lo que es ser hombre o mujer; las cuales están definidas por oposición, es decir, lo que está permitido para uno no lo está para el otro. Se considera que la identificación con figuras parentales y/o significativas son la base de la formación de la identidad de género (31).

Los roles de género son las formas de expresión de un conjunto de comportamientos que han sido construidos cultural y socialmente y que se adscriben tanto a mujeres como a hombres a partir de las diferencias biológicas, de esta manera se constituyen los denominados género masculino y género femenino. Entonces, es así como se promueve la asignación de un rol reproductivo a la mujer que va ligado al cuidado del hogar, las tareas domésticas, la expresión abierta de sus sentimientos a los demás debiendo ser comprensiva, dulce y sacrificada; en oposición al hombre al que se le asocia con un rol productivo, de proveedor económico de la familia, de dirección del espacio familiar, siendo él quien debe tomar las decisiones demostrando ser fuerte, agresivo, competitivo, reprimiendo sentimientos de debilidad e irradiando seguridad (31) (32)

Paralelamente se establecen las relaciones de género entre hombres y mujeres que se construyen en los ámbitos doméstico, social y laboral. En estas relaciones se le atribuye mayor importancia y valor a uno de ellos que generalmente es el hombre al que se le otorga el poder simbólico sobre la mujer, generando de esta forma relaciones de inequidad y desigualdad (30) (32).

El sistema de género está referido al conjunto de normas y valores por medio de los cuales la sociedad establece el modo en el que hombres y mujeres deben funcionar y es así como el género organiza la vida de los individuos, de las instituciones y de las colectividades señalando cual es la forma en la que se debe organizar la sociedad y como debe ejercerse el poder (31) (32). (16,17)

Entonces la teoría del género demuestra cómo se da la prevalencia de la figura masculina sobre la femenina, por lo cual la violencia no solo es pasada por alto, sino también aceptada por la sociedad como algo cotidiano.

3. FACTORES DE RIESGO

Aunque el rol ejercido en la pareja parece ser el elemento fundamental que define a la violencia de género, no es el único elemento que puede desencadenarla, mantenerla y hacer que se desarrolle. Existen factores de riesgo de carácter individual, familiar, comunitario y social, algunos asociados a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos. Entre los factores de riesgo se encuentran los siguientes: (33) (34)

- Bajo nivel de educación (autores y víctimas de violencia)
- Antecedente de haber sido víctima de maltrato infantil (autores y víctimas)
- Antecedente de violencia familiar (autores y víctimas)
- Trastorno de personalidad antisocial (autores)
- Consumo nocivo de alcohol (autores y víctimas)

- Abuso de drogas ilegales
- Promiscuidad, tener muchas parejas (autores)
- Sospechas no justificadas de infidelidad en la pareja (autores)
- Actitudes de aceptación de la violencia (autores y víctimas)
- Discordia e insatisfacción marital (autores y víctimas)
- Dificultades de comunicación entre la pareja (autores)
- Creencia en el honor de la familia y la pureza sexual (autores)
- Ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre (autores)
- Sanciones legales leves contra los actos de violencia sexual (autores)

Como podemos ver, algunos de ellos están centrados en la variabilidad individual, influencias como el desarrollo infantil, la psicopatología, la educación y el abuso de drogas, tanto en los agresores como en las víctimas, lo que determina que pueda existir predisposición a ser violentos o a permitir ser víctimas de esa violencia.

Podríamos citar un ejemplo como el siguiente: individuos que siendo niños han presenciado el maltrato tanto físico como psíquico ejercido por sus padres hacia sus madres. Esta condición predispondría a estos niños a ser también agresores de sus parejas durante su etapa de adultez e incluso ya durante la adolescencia, demostrando roles de mayor dominancia sobre sus parejas o aceptación de comportamientos violentos como adecuados y necesarios en sus relaciones.

Es importante mencionar de manera preocupante la situación actual entre los jóvenes. Diversos estudios demuestran que la conducta que se adopta desde muy jóvenes en el entorno de la pareja puede condicionar su forma futura de vivir una relación en la edad adulta. Comúnmente las conductas en esta etapa están ligadas a celos, a un control excesivo de la pareja y a la idealización del

amor como algo sin lo cual no es posible ser feliz; aunque puede darse cualquier forma de violencia, tanto física, psíquica como sexual, en la mayor parte de casos comienza con la violencia verbal que incluso llega a verse como algo normal. (35)

Otro de los aspectos que confirman que la población no conoce el alcance real del problema, es la poca relevancia que tienen otros tipos de muertes que pueden darse en un contexto violento dentro de la pareja, como los suicidios. Es conocida, pero poco estudiada, la mayor incidencia de suicidios en las mujeres que son agredidas de forma continua por sus parejas por lo que se considera el maltrato como un factor de riesgo para el suicidio. Se ha encontrado una relación directa entre el maltrato a las mujeres y los trastornos depresivos que conducen a los intentos de suicidio, no quedando clara en el caso de los hombres. (36)

4. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

La violencia de género produce en las víctimas y en sus hijos graves problemas de carácter físico, psicológico, sexual y reproductivo a corto y largo plazo, condiciones que determinan un elevado costo económico y social.

La violencia contra la mujer puede tener consecuencias muy graves incluso mortales como el suicidio o el homicidio, puede ocasionar embarazos no deseados, abortos provocados, infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH. Un análisis del 2013 reveló que las mujeres que han sufrido maltratos físicos o abusos sexuales por parte de su pareja tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de padecer infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, en comparación con las mujeres que no habían sufrido violencia de pareja. Además, también tienen el doble de probabilidades de sufrir abortos.

La violencia de género durante la gestación incrementa la probabilidad de niños con bajo peso al nacer, aborto espontáneo, muerte fetal y parto prematuro.

La violencia de género puede ocasionar depresión, trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos de la conducta alimentaria, alteraciones emocionales e intento de suicidio. Las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja tienen el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas de adicción al alcohol.

Los efectos a nivel físico que pueden presentar son: cefalea, lumbalgia, dolor abdominal, fibromialgia, trastornos del tracto gastrointestinal, limitación de la movilidad y alteraciones del estado general.

El siguiente grupo afectado es el de los hijos de la mujer víctima de violencia. Los niños que crecen en este tipo de familias tienen mayor probabilidad de sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales que de alguna manera pueden asociarse a la comisión o el padecimiento de actos de violencia en su vida futura.

La violencia también está asociada a mayores tasas de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años siendo las patologías asociadas más comunes las enfermedades diarreicas y la malnutrición.

Los costos sociales y económicos que implica el manejo de esta patología son muy elevados y repercuten en toda la sociedad. Las mujeres víctimas pueden llegar a encontrarse incapacitadas para trabajar, perder su salario, dejar de participar en actividades cotidianas y ver disminuidas sus fuerzas para cuidar de sus hijos e incluso de sí mismas. (30) (31)

5. PREVENCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN

Actualmente son pocas las intervenciones cuya eficacia haya sido demostrada mediante estudios bien diseñados. Es necesario el uso de mayor cantidad de recursos para reforzar la prevención de la violencia de género, sobre todo la prevención primaria con el principal objetivo de impedir que se produzca el primer episodio.

En países de altos ingresos, dentro de los programas de prevención primaria se encuentra el programa escolar de prevención de la violencia en las relaciones de noviazgo que es muy eficaz; sin embargo, aún no se ha evaluado su posible eficacia en países con escasos recursos. Otras estrategias de prevención primaria que se han revelado prometedoras pero que requieren una mayor evaluación son las que fomentan la comunicación y las relaciones interpersonales adecuadas dentro de la comunidad, las que reducen el acceso al alcohol y por lo tanto su uso nocivo, y las que tratan de cambiar las normas culturales en materia de género.

Para generar cambios duraderos, es importante la promulgación de leyes y formulación de políticas que protejan a las víctimas, combatan la discriminación de la mujer fomentando la igualdad de género y ayuden a adoptar normas culturales más pacíficas. La participación del sector salud puede ser de gran ayuda en la prevención de la violencia contra la mujer, por ello otra estrategia importante es la sensibilización y la formación de los trabajadores de servicios de salud de manera tal que se aborden integralmente las consecuencias que se pueden generar por estos actos de violencia y las necesidades de las víctimas y supervivientes. (30)

III. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. DEFINICIÓN

La salud sexual y la reproductiva están íntimamente ligadas y son interdependientes. Con esta perspectiva la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La Salud sexual y reproductiva, incluye desde el punto de vista integral y global saber sobre anatomía y fisiología de los órganos genitales y las diferencias entre hombres y mujeres, la fertilidad y la gestación de la propia sexualidad con la representación de los diferentes métodos anticonceptivos y consideraciones de anticoncepción de emergencia; la Salud sexual y reproductiva también incluye las enfermedades de transmisión sexual, una definición, características generales, infecciones más frecuentes, vías de transmisión y prevención, diagnóstico y tratamiento (37)

La salud reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria, y para reproducirse, así como la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual (38)

La salud sexual y reproductiva tiene un enfoque integral, que abarca todo el ciclo de vida de las personas (niño, adolescente, adulto y adulto mayor). Para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación específicas y diferenciadas durante cada una de las etapas del ciclo de vida de las personas, debido a que las necesidades en

el área sexual y reproductiva son cambiantes durante todo el ciclo de vida. El concepto lleva implícito el derecho que tienen todas las personas de adoptar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva y que sus decisiones sean respetadas sin discriminación alguna (38)

2. MARCO TEÓRICO

La salud sexual y reproductiva es un derecho inclusivo y amplio que no sólo abarca la atención de los principales factores de riesgo, sino también acciones de intervención referida a género, educación, cultura, estilos de vida, acceso a servicios de salud, como determinantes de la salud sexual y reproductiva (38)

Las diferencias de género en el acceso a y control de los recursos, en el poder y en la toma de decisiones, y en los roles y responsabilidades, tienen implicancias para el status de las mujeres y los varones. Éstas tienen por resultado: diferente riesgo y vulnerabilidad a infecciones y enfermedades; diferentes percepciones de las necesidades de salud y de las formas apropiadas de tratamiento; diferente acceso a los servicios de salud; diferentes consecuencias o resultados de una enfermedad; y diferentes consecuencias sociales como producto de los problemas de salud (38)

3. ROLES DE GÉNERO

En los roles de género, se han identificado los comportamientos, tareas y responsabilidades consideradas masculinas y femeninas. Estos roles están condicionados por factores tales como la edad, clase social, religión, pertenencia a grupos étnicos, origen regional, tradiciones y por cambios inducidos por los procesos de desarrollo. Podemos identificar tres tipos de roles principales:

- **Productivo:** Incluye la producción de bienes y servicios remunerados en dinero o especies. Generalmente aparece como el rol principal del hombre, y a pesar de la creciente incorporación de la mujer en el mercado de trabajo se considera un rol secundario para ella. Este rol en el caso de las mujeres se lleva a cabo en peores condiciones, tiene menos reconocimiento, prestigio y les otorga menos poder de decisión y autonomía.
- **Reproductivo:** Incluye la reproducción biológica y aquellas actividades necesarias para garantizar el bienestar familiar. Está relacionado con las tareas domésticas vinculadas con la protección, cuidado y crianza de los hijos.
- **Comunitario:** Asociado con las actividades y tareas que aporten al desarrollo comunitario. Generalmente lo realizan las mujeres como extensión de su rol productivo, asegurando el mantenimiento y la provisión de recursos de consumo colectivo, como el agua, la educación y otros.

Es por ello que la iniciativa de transversalización de la perspectiva de género no excluye iniciativas específicas para mujeres. Esas iniciativas positivas son necesarias y complementarias de una estrategia de transversalización, que requiere (38)

- Distribuir los recursos, oportunidades y beneficios del proceso de transversalización equitativamente entre ambos sexos.
- Incluir los intereses, las necesidades, experiencias y visiones tanto de las mujeres como de los varones en la definición de los abordajes, las políticas y los programas, y en la determinación de la agenda general.

En este sentido el Ministerio de Salud considera que la sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva.

Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida, la reproducción es la capacidad temporal de procrear que tienen hombres y mujeres. La salud reproductiva está referida tanto a hombres como a mujeres e implica el derecho a controlar sus cuerpos, criar los hijos que deseen y permanecer libres de enfermedades (38)

La sexualidad se encuentra condicionada por la sociedad y la cultura particular en la que se desarrolla y por la forma particular en que se va integrando el conjunto de experiencias vitales por las que atraviesan las personas (38)

4. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y reproductivos se orientan al mejoramiento de la vida, al bienestar y al logro de relaciones personales sanas y equitativas, permiten que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad, respetando la dignidad de las personas, permitiéndole a los seres humanos el disfrute de una sexualidad sana segura y con el menor riesgo posible.

Los derechos sexuales y reproductivos son parte inseparable del derecho a la salud y los derechos humanos, abarcan no sólo la atención en salud oportuna y apropiada sino los principales factores sociales, económicos y culturales determinantes de la salud. Estos derechos como parte del derecho a la salud están protegidos por la legislación internacional y documentos de las Naciones Unidas (38)

Entre los principales derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres tanto adultas/os, adultas/os mayores, como adolescentes y jóvenes podemos citar los siguientes:

- Derecho a recibir información, educación y orientación oportuna de calidad sobre el propio cuerpo y la sexualidad, incluyendo temas como métodos anticonceptivos, riesgo de embarazo, aborto, ITS y VIH SIDA.
- Derecho a una educación formal que incluya temas de salud sexual y reproductiva, así como los derechos que le asisten y sus responsabilidades.
- Derecho a explorar el propio cuerpo y sexualidad sin miedo, vergüenza, culpa u otros impedimentos.
- Derecho a ser libre para elegir la propia pareja y decidir tener o no tener relaciones sexuales sin presiones, manipulación, discriminación o violencia.
- Derecho a expresar la sexualidad en condiciones dignas, placenteras, seguras sin ningún tipo de discriminación por la orientación sexual.
- Derecho a una sexualidad libre y placentera independiente de la reproducción y el estado civil.
- Derecho a la información, acceso y elección voluntaria de métodos anticonceptivos seguros que protejan de las ITS incluido el VIH SIDA y del embarazo no deseado.
- Derecho a vivir una maternidad y paternidad voluntaria y sana, decidiendo libre y responsablemente si tener o no hijos, cuándo y cuántos tener.
- Derecho a compartir la responsabilidad del control de la reproducción entre hombres y mujeres, en condiciones de equidad que posibiliten la toma de decisiones libres e informadas.
- Derecho a acceder a una atención de salud de calidad de bajo costo, donde se resuelvan las necesidades, se brinde un trato respetuoso y se guarde confidencialidad.

- Derecho a participar de manera individual u organizada en la planificación y ejecución de programas y formulación de políticas sobre salud sexual y reproductiva.
- Derecho a la atención de calidad con enfoque de equidad, género e interculturalidad.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.3.1 VIOLENCIA: Es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. (39)

2.3.2 VIOLENCIA DE GÉNERO: La violencia de género en el entorno intrafamiliar ocurre cuando hay maltrato entre los miembros de una familia. El maltrato puede ser de tipo físico, psicológico, sexual o económico. (40)

2.3.3 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: Capacidad de las personas de disfrutar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, y la libertad para decidir si tener o no relaciones sexuales. Es también poder decidir si tener o no tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos. Incluye nuestro derecho a recibir información adecuada para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, y a acceder a servicios de salud adecuados. (41)

2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.3.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación significativa entre los conocimientos y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017

2.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICOS

- El tipo de violencia de género según etapa de la relación en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017 es el psicológico en la etapa del embarazo
- El tipo de violencia de género según frecuencia episódica en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017 es el psicológico de manera esporádica.
- Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a la información en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017
- Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a disfrutar de una vida sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017
- Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a Tomar decisiones en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017

2.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

2.5.1 Independiente: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2.5.2 Dependiente: VIOLENCIA DE GÉNERO

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES E INDICADORES

2.5.1 Variable: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (42)

Definición conceptual:

SALUD SEXUAL: la OMS lo define como “La Integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales del bienestar sexual que sean positivamente enriquecedores y potencian la personalidad, la comunicación y el amor”. Requiere entre otras intervenciones, el fomento del trato justo entre los sexos para la mejora de las relaciones personales y la calidad de vida. La sexualidad está presente y forma parte de toda la vida.

Definición operacional:

Conocimientos sobre la Capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos que no incluye como elemento indispensable la procreación; en esencia la sexualidad es una oportunidad para desarrollar los valores de amor, comunicación, responsabilidad y equidad de género, evaluada a través de un cuestionario el nivel respectivo, valorado en escalas: favorable, intermedio y bajo.

SALUD REPRODUCTIVA: Es un estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Incluye el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos de planificación familiar y el derecho de la mujer a tener acceso a servicios de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos.

Definición operacional:

Conocimientos sobre la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse con la libertad de decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Este concepto implica el

ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual. Valorados a través de las escalas: favorable, intermedio y bajo.

2.5.2: Variable: VIOLENCIA DE GÉNERO

Definición conceptual:

VIOLENCIA: Es un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte. La violencia es un acto social y en la mayoría de los casos un comportamiento aprendido en un contexto de inequidades sociales, basadas en el género, la edad y la raza, con imágenes violentas y de fuerza física, como la manera prevalente de resolver conflictos (43)

GÉNERO: Comprende las características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas, son propias de una cultura, son historias, se van transformando con y en el tiempo. Genera actitudes, comportamientos, valores, símbolos y expectativas diversas, según grupos sociales. (44)

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: Es todo acto de fuerza física o verbal, coerción o privación con la intención de perpetuar y promover las relaciones desiguales entre los géneros. Frecuentemente se hace referencia a la violencia contra la mujer como VBG.

Definición operacional:

La violencia de género son todos aquellos actos de fuerza o coerción que atente contra la integridad de una mujer adolescente, causando daño físico o

psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúa su condición de subordinación; valorada a través de escalas de permanente, esporádico, rara vez. (43)

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	Escala
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	A. <u>INFORMACIÓN:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Información científica • Sencilla, comprensible • Educación sexual integral • Riesgos en la sexualidad 	<u>Ordinal:</u>
	B. <u>VIDA SEXUAL</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sana (libre decisión) 2. Segura (sin riesgo) 3. Libre de amenazas 4. Libre de coerción 	Favorable Intermedio
	C. <u>TOMA DE DECISIONES:</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conducta sexual (autonomía) 2. Estilo de vida sexual 3. Reproducción 4. Desarrollo de vida 	Bajo
VIOLENCIA DE GÉNERO	1. ANTES DEL EMBARAZO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Física 2. Psicológica 3. Sexual 4. Económica 	<u>Ordinal:</u>
	2. DURANTE EL EMBARAZO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Física 2. Psicológica 3. Sexual 4. Económica 	Permanente Esporádico
	3. DURANTE EL PUERPERIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Física 2. Psicológica 3. Sexual 4. Económica 	Rara vez

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tomando a Hernández Sampieri (13). El estudio se enmarca en el tipo de investigación:

Descriptivo, porque registra los datos tal y como se presentan en la realidad, poniendo de manifiesto las características actuales de las variables.

Correlacional, porque permite determinar la relación existente entre las variables de estudio: Conocimientos y respeto a los derechos sexuales y reproductivos y Violencia de género

Prospectivo, porque la investigación se realiza a partir de, a través del tiempo; en adelante.

Observacional, porque en el desarrollo de la investigación, no existe manipulación de variable alguna

3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se utilizó los métodos generales de análisis - síntesis e inductivo – deductivo. Como método auxiliar se aplicó el método Estadístico, el cual se basa en el empleo de números, agrupación de los mismos, la comparación de los hechos y la utilización de datos recogidos para formular

leyes. Su base metódica radica en el empleo de números para señalar y presentar los hechos investigados, los que a su vez podrán ser agrupados, clasificados y presentados.

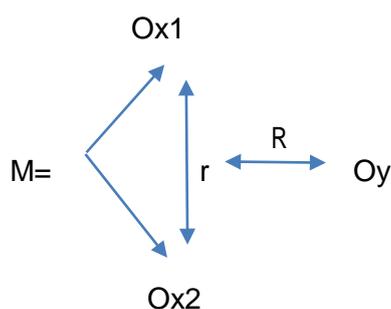
Las conclusiones fueron plasmadas a través de la estadística inferencial, con la prueba de correlación de variables, utilizando la Prueba estadística no paramétrica de la Chi Cuadrada.

3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño empleado para responder a las preguntas planteadas y comprobar las hipótesis de la investigación, se empleó el diseño No Experimental con corte transversal, recolectando datos en un tiempo único y sin manipulación de variable alguna (13).

A través de este diseño nos proponemos evaluar los conocimientos y respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la presencia de violencia de género en adolescentes, para posteriormente analizar la relación existente entre ellas.

Esquema del diseño:



Interpretando el diagrama tenemos:

- M:** Muestra de la población

- OX1:** Conocimientos de los derechos sexuales y reproductivos
- OX2:** Respeto a los derechos sexuales y reproductivos
- r:** Relación de las variables Conocimientos – respeto a los DSR
- OY:** Observación a variable Violencia de género
- R:** Relación de las variables Conocimientos y respeto DSR y Violencia de género

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Teniendo en cuenta la definición de población como el conjunto de los elementos del cual se quiere investigar. La población para el presente estudio lo conforman todas las usuarias adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, durante el año 2017.

MUESTRA

Tomando a Hernández Sampieri (13), se define muestra al subconjunto de la población, el mismo que debe ser seleccionado para integrar el estudio. En la investigación que presentamos; la muestra está constituida por 120 adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, durante los meses de junio a diciembre del año 2017. A través de muestro no probabilístico de tipo intencionado, seleccionando a las adolescentes con antecedentes de violencia de género y las que dieron consentimiento informado para la realización del estudio.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Tomando a Tamayo (45) (2004) “es la parte operativa del diseño investigativo. Hace referencia al procedimiento, condiciones y lugar de la recolección de datos” (p. 211).

El estudio utiliza la técnica de la encuesta y el registro, que según Tamayo y Tamayo (45) “Es aquella que lee el encuestado, la serie de interrogantes y/o ítems cuya característica es la estructuración , planificación y completadas por un encuestador frente a quien va respondiendo” . El registro, para recabar información de las historias clínicas de todas y cada una de las adolescentes gestantes usuarias durante el período junio a diciembre de 2017.

3.5.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.2.1. CUESTIONARIO PARA RECOGER INFORMACIÓN.

En el estudio se usó el cuestionario. Según Rodríguez (2005) “conciene a una forma concreta de la técnica de observación, logrando que el que investiga centre su atención en aspectos precisos y sean sujetos a determinadas circunstancias” (p. 98).

3.5.2.2. Instrumento para medir la variable Violencia de género en adolescentes

Se utilizó el cuestionario para recabar la información que se consigna la usuaria adolescente y evaluado a través de los puntajes siguientes:

1. VIOLENCIA FÍSICA:
 - a) Rara vez = 0 - 9
 - b) Esporádicamente =10 - 27
 - c) Frecuentemente = 28 – 45
2. VIOLENCIA PSICOLÓGICA
 - a) Rara vez = 0 - 14
 - b) Esporádicamente =15 - 42
 - c) Frecuentemente = 43 – 70
3. VIOLENCIA SEXUAL:
 - a) Rara vez = 0 - 9
 - b) Esporádicamente =10 - 27
 - c) Frecuentemente = 28 – 45
4. : VIOLENCIA ECONÓMICA-OMISIÓN:
 - a) Rara vez = 0 - 10
 - b) Esporádicamente =11 - 30
 - c) Frecuentemente = 31 – 50

3.5.2.3. Instrumento para medir la variable Nivel conocimientos

- Se utilizó un cuestionario con 10 ítems para recabar la información que consigna la usuaria adolescente y evaluado a través de los puntajes siguientes:

Puntajes: Correcto: 01 punto Incorrecto: 0 puntos

- Favorable : 7 – 10 puntos
- Intermedio: 5 – 7 puntos
- Bajo : 0 – 4 puntos

3.5.2.4. Instrumento para medir la variable Nivel de Respeto

- Se utilizó el cuestionario para recabar la información que se consigna la usuaria adolescente y evaluado a través de los puntajes siguientes:

Resultados:

- Adecuado : 71-100 puntos
- Moderado : 41-70 puntos
- Bajo : 20-40 puntos

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

3.6.1. APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

CUESTIONARIO:

Se aplicó en un tiempo de 30 minutos posterior a la atención brindada por el personal obstetra, captándolas en las unidades de atención. Se les explicó en primera instancia los objetivos y los propósitos de la investigación; pasando luego de su aceptación a firmar el consentimiento informado en presencia de sus padres y/o apoderados.

HISTORIA CLÍNICA Y FICHA DE REGISTRO

Se tomó la historia clínica perinatal y hospitalaria de las adolescentes atendidas en la unidad de Obstetricia para pasar al registro de los datos en la ficha respectiva.

3.7 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24; como también el programa Excel 2016.

Por la naturaleza de las variables de estudio, para la prueba de hipótesis se utilizó la estadística inferencial a través de la Chi cuadrada, con ello determinar el grado de asociación entre nuestras variables de estudio.

3.8 SELECCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

3.8.1. Validez por juicio de expertos:

Hernández et al (2010) manifestó que: “La eficacia de un instrumento, a través del cual mide una variable. (p.201). (13)

En el presente estudio, empleamos la historia clínica perinatal y la historia clínica hospitalaria, los cuales son instrumentos validados por los organismos nacionales e internacionales. El cuestionario como instrumento para recoger información, fue validado a través de juicio de expertos, para recoger información general socio económica de las adolescentes y valorar el nivel de violencia sufrida.

3.9 ORIENTACIÓN ÉTICA

Los autores de la presente investigación, fueron parte de la institución de salud como es el Hospital María Auxiliadora en calidad de Internos de Obstetricia durante el período 2017 – 2018. Por lo tanto, como parte del equipo de salud, los datos recolectados y los resultados que se presentan a través del presente informe de tesis, son datos recabados de fuente primaria, con el consentimiento informado de las usuarias y/o de sus familiares quienes fueron sometidas a estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

El trabajo fue desarrollado durante los meses de junio a diciembre de 2017, período de tiempo en que los autores de la presente investigación, fueron parte del HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA en calidad de Internos de Obstetricia durante el período 2017 – 2018. Por lo tanto, como parte del equipo de salud, los datos recolectados y los resultados que se presentan a través del presente informe fueron recabados de fuente primaria durante el período de atención del parto y el de convalecencia post cesárea.

4.2 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS Los

resultados que se presentan a continuación, fueron procesados en Microsoft Excel 2016, así como el software estadístico SPSS v.24, Para mejor visualización se presentan a través de tablas y gráficos de barras.

Para la contrastación de la hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica de la Chi cuadrada.

CUADRO N° 01

FRECUENCIA E INDICADORES FAMILIARES Y PERSONALES DE LA PAREJA VÍCTIMA DE VIOLENCIA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA-LIMA, 2017

ESTADO CIVIL DE SUS PADRES	N°	%
Soltera	22	18.33
Casada	61	50.83
Conviviente	37	30.83
TOTAL	120	100.00

INSTRUCCIÓN DE LA PAREJA	N°	%
Primaria	15	12.50
secundaria	75	62.50
Superior	30	25.00
TOTAL	120	100.00

OCUPACIÓN DE LA PAREJA	N°	%
Estudia	52	43.33
Empleado	12	10.00
Independiente	56	46.67
TOTAL	120	100.00

EDAD DE LA GESTANTE	N°	%
10 - 14 años	25	20.83
15 - 19 años	95	79.17
TOTAL	120	100.00

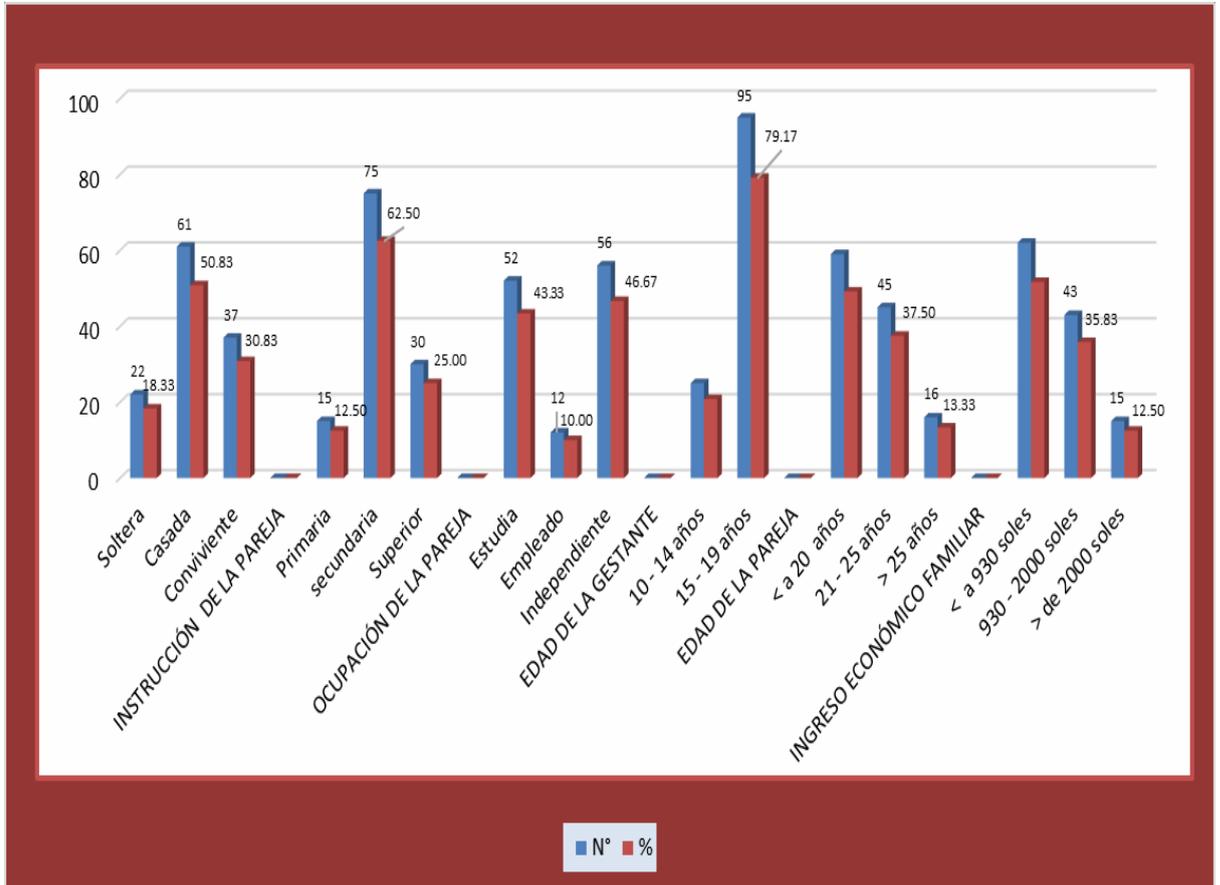
EDAD DE LA PAREJA	N°	%
< a 20 años	59	49.17
21 - 25 años	45	37.50
> 25 años	16	13.33
TOTAL	120	100.00

INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR	N°	%
< a 930 soles	62	51.67
930 - 2000 soles	43	35.83
> de 2000 soles	15	12.50
TOTAL	120	100.00

FUENTE: Cuestionario

GRÁFICO N° 01

FRECUENCIA E INDICADORES FAMILIARES Y PERSONALES DE LA PAREJA VÍCTIMA DE VIOLENCIA, HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA-LIMA, 2017



FUENTE: Cuadro N° 01

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 01, se evidencia la frecuencia e indicadores familiares y personales de adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

La edad más frecuente en las adolescentes, está comprendida en aquellas que tienen entre 15 – 19 años en un 79,17% (95), comparado con las que tienen entre 10-14 años en un 20,83% (25).

Por otro lado, el estado civil de los padres de las adolescentes son casados en el

50.83% (61); en tanto que en el 30.83% (37) sus padres son convivientes y en el 18.33 (22) son solteras.

De la misma manera, la edad de las parejas de las adolescentes en estudio, el 49.17% (59) son menores de 20 años; seguidos en un 37.50% (45) de aquellos que tienen entre 21 y 25 años; y de los que tienen más de 25 años en un 13.33% (16). Por su parte, el grado de instrucción de las parejas, el 62.50% (75) tiene estudios secundarios; en tanto que, el 25.00% (30) tiene o cursan estudios superiores; y el 12.50% (15) tiene estudios de primaria. Asimismo, en cuanto a la ocupación de sus parejas, el 46.67% (56) labora independientemente; el 43.33% (52) continúa estudiando; y el 10.00% (12) son empleados.

CUADRO N° 02

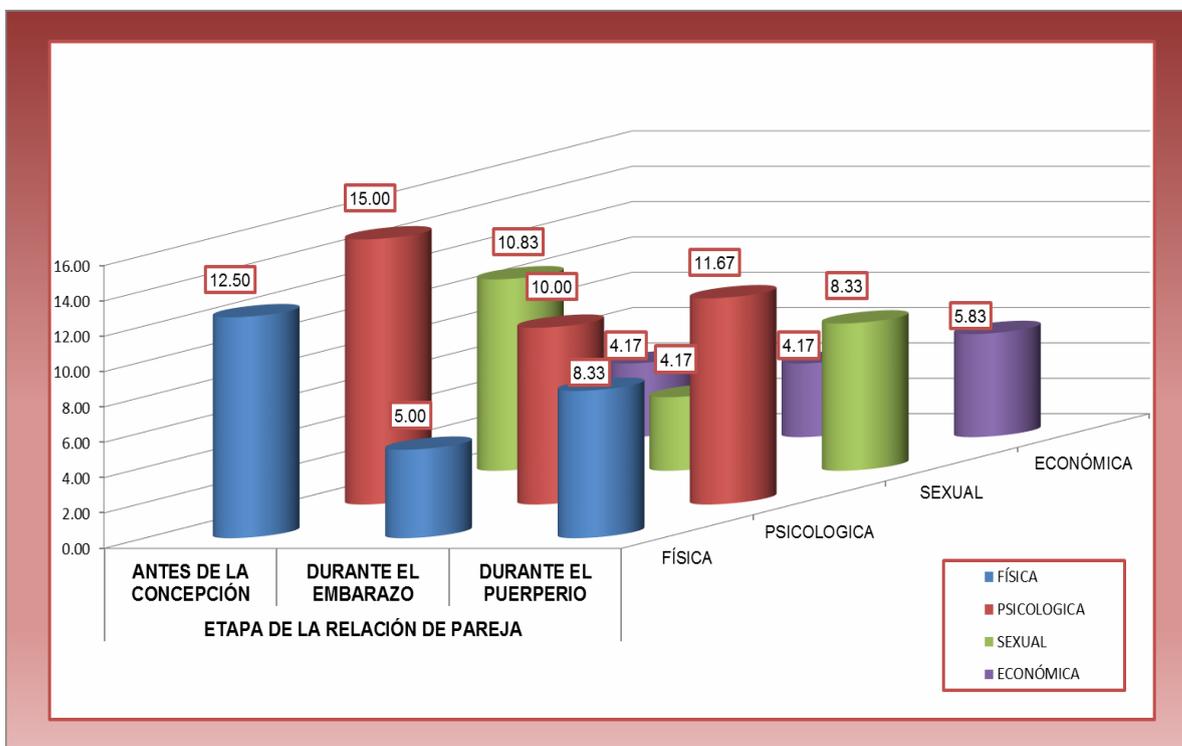
TIPO DE VIOLENCIA EN RELACIÓN A LA ETAPA DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA - LIMA, 2017"

TIPO DE VIOLENCIA	ETAPA DE LA RELACIÓN DE PAREJA						TOTAL	
	Antes de la Concepción		Durante el Embarazo		Durante el Puerperio			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Física	15	12.50	6	5.00	10	8.33	31	25.83
Psicológica	18	15.00	12	10.00	14	11.67	44	36.67
Sexual	13	10.83	5	4.17	10	8.33	28	23.33
Económica	5	4.17	5	4.17	7	5.83	17	14.17
TOTAL	51	42.50	28	23.33	41	34.17	120	100.00

FUENTE: Cuestionario

GRÁFICO N° 02

TIPO DE VIOLENCIA EN RELACIÓN A LA ETAPA DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA - LIMA, 2017"



FUENTE: Cuadro N° 02

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 02, se evidencia el tipo de violencia y a la etapa de la relación de pareja en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

El tipo de violencia más frecuente en la relación de pareja en adolescentes en estudio fue la violencia psicológica en un 36.67% (44), seguido de la violencia física en un 25.83% (31); en tanto que la violencia sexual estuvo presente en el 23.33% (28) y la violencia económica en un 14.17% (17)

De la misma manera, se observa la mayor presencia de violencia en la pareja estuvo antes de la concepción en un 42.50% (51), seguido de la violencia durante el puerperio en un 34.17% (41) y en un 23.33% (28) durante el embarazo.

CUADRO N° 03

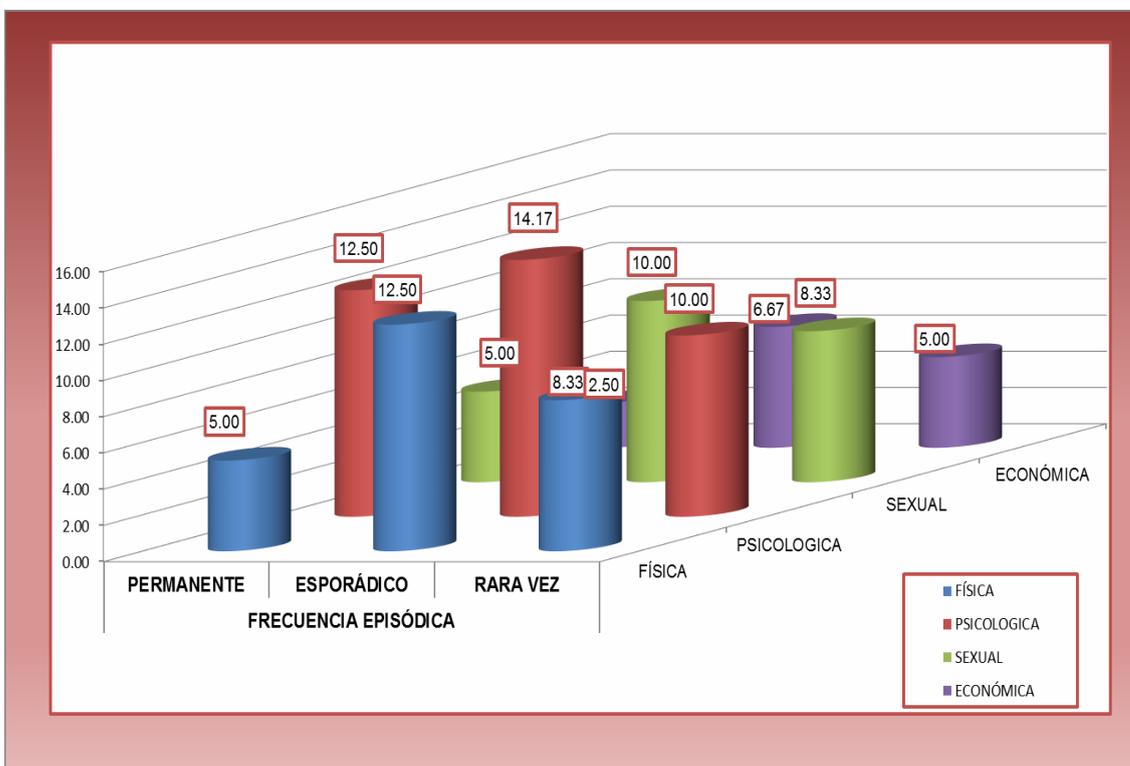
TIPO DE VIOLENCIA EN RELACIÓN A LA FRECUENCIA EPISÓDICA EN LA RELACIÓN DE PAREJA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA - LIMA, 2017"

TIPO DE VIOLENCIA	FRECUENCIA EPISÓDICA						TOTAL	
	Permanente		Esporádico		Rara Vez			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Física	6	5.00	15	12.50	10	8.33	31	25.83
Psicológica	15	12.50	17	14.17	12	10.00	44	36.67
Sexual	6	5.00	12	10.00	10	8.33	28	23.33
Económica	3	2.50	8	6.67	6	5.00	17	14.17
TOTAL	30	25.00	52	43.33	38	31.67	120	100.00

FUENTE: Cuestionario

GRÁFICO N° 03

TIPO DE VIOLENCIA EN RELACIÓN A LA FRECUENCIA EPISÓDICA EN LA RELACIÓN DE PAREJA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA - LIMA, 2017"



FUENTE: Cuadro N° 03

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 03, se evidencia el tipo de violencia en relación a la frecuencia episódica de la relación de pareja en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

El tipo de violencia más frecuente en la relación de pareja en adolescentes en estudio fue la violencia psicológica en un 36.67% (44), seguido de la violencia física en un 25.83% (31); en tanto que la violencia sexual estuvo presente en el 23.33% (28) y la violencia económica en un 14.17% (17)

De la misma manera, se observa que presencia de violencia en la pareja es esporádico en un 43.33% (52), seguido de la violencia que es rara vez en un 31.67% (38) y en un 25.00% (30) dicha violencia estuvo presente permanentemente.

CUADRO N° 04

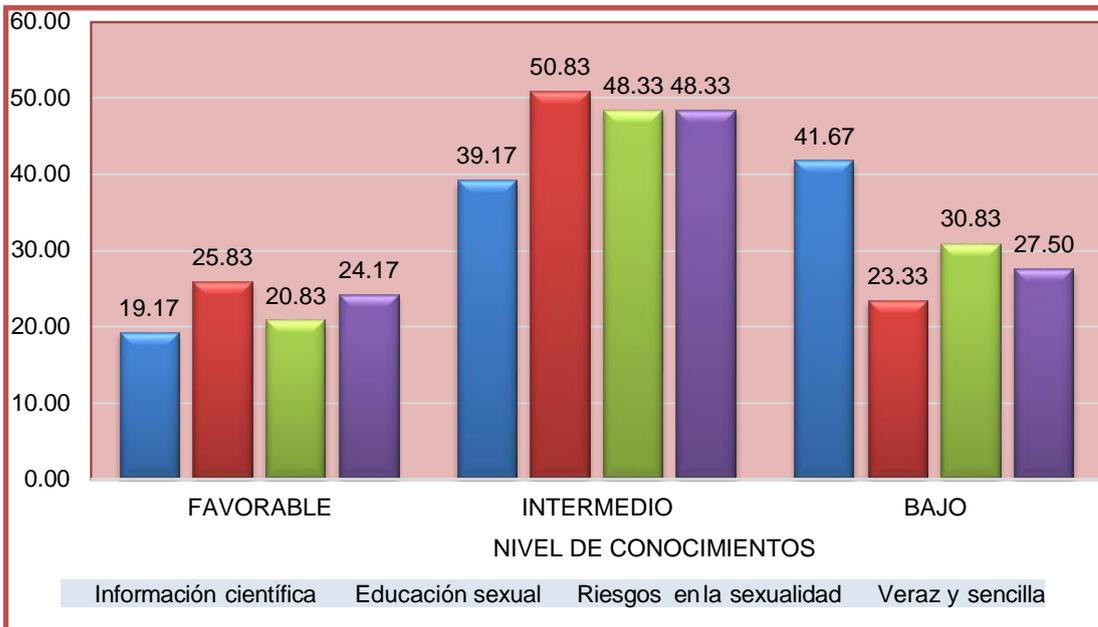
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y RESPETO EN RELACIÓN AL DERECHO A INFORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA - LIMA, 2017"

DERECHO A INFORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	NIVEL DE CONOCIMIENTOS						TOTAL		NIVEL DE RESPETO						TOTAL	
	FAVORABLE		INTERMEDIO		BAJO				ADECUADO		MODERADO		BAJO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Información científica	23	19.17	47	39.17	50	41.67	120	100.00	15	12.50	39	32.50	66	55.00	120	100.00
Educación sexual	31	25.83	61	50.83	28	23.33	120	100.00	21	17.50	54	45.00	45	37.50	120	100.00
Riesgos en la sexualidad	25	20.83	58	48.33	37	30.83	120	100.00	16	13.33	33	27.50	71	59.17	120	100.00
Veraz y sencilla	29	24.17	58	48.33	33	27.50	120	100.00	20	16.67	34	28.33	66	55.00	120	100.00
TOTAL	27	22.50	56	46.67	37	30.83	120	100.00	18	15.00	40	33.33	62	51.67	120	100.00

FUENTE: Cuestionario

GRÁFICO N° 04

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y RESPETO EN RELACIÓN AL DERECHO A INFORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA - LIMA, 2017"



FUENTE: Cuadro N° 04



INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 04, se evidencia el nivel de conocimientos y respeto en relación al derecho a la información en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

El nivel de conocimiento sobre derecho a información en salud sexual y reproductiva es intermedio en un 46.67% (56), en tanto que, el nivel de conocimiento es bajo en un 30.83% (37) y solo en el 22.50% (27) es favorable dichos conocimientos.

Por otra parte, el nivel de respeto sobre el derecho a información en salud sexual y reproductiva es bajo en un 51.67% (62), en tanto que, el nivel de respeto es Moderado en un 33.33% (40) y solo es Adecuado en el 15.00% (18) de las adolescentes.

CUADRO N° 05

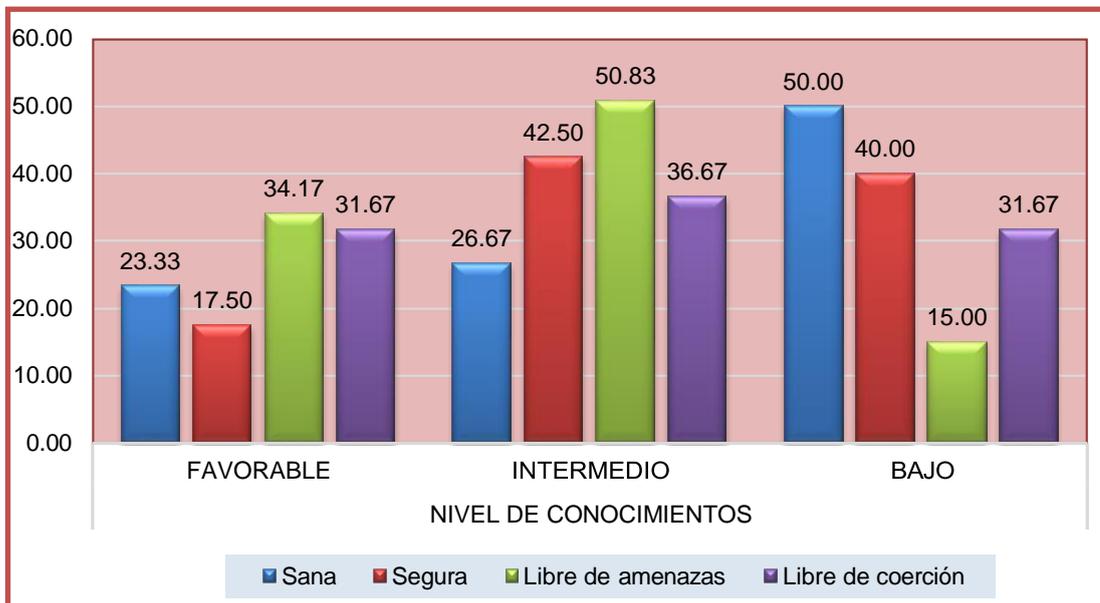
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y RESPETO EN RELACIÓN AL DERECHO A DISFRUTAR UNA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA - LIMA, 2017"

DERECHO A DISFRUTAR UNA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA	NIVEL DE CONOCIMIENTOS						TOTAL		NIVEL DE RESPETO						TOTAL	
	FAVORABLE		INTERMEDIO		BAJO				ADECUADO		MODERADO		BAJO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sana	28	23.33	32	26.67	60	50.00	120	100.00	15	12.50	24	20.00	81	67.50	120	100.00
Segura	21	17.50	51	42.50	48	40.00	120	100.00	14	11.67	32	26.67	74	61.67	120	100.00
Libre de amenazas	41	34.17	61	50.83	18	15.00	120	100.00	22	18.33	37	30.83	61	50.83	120	100.00
Libre de coerción	38	31.67	44	36.67	38	31.67	120	100.00	21	17.50	27	22.50	72	60.00	120	100.00
TOTAL	32	26.67	47	39.17	41	34.17	120	100.00	18	15.00	30	25.00	72	60.00	120	100.00

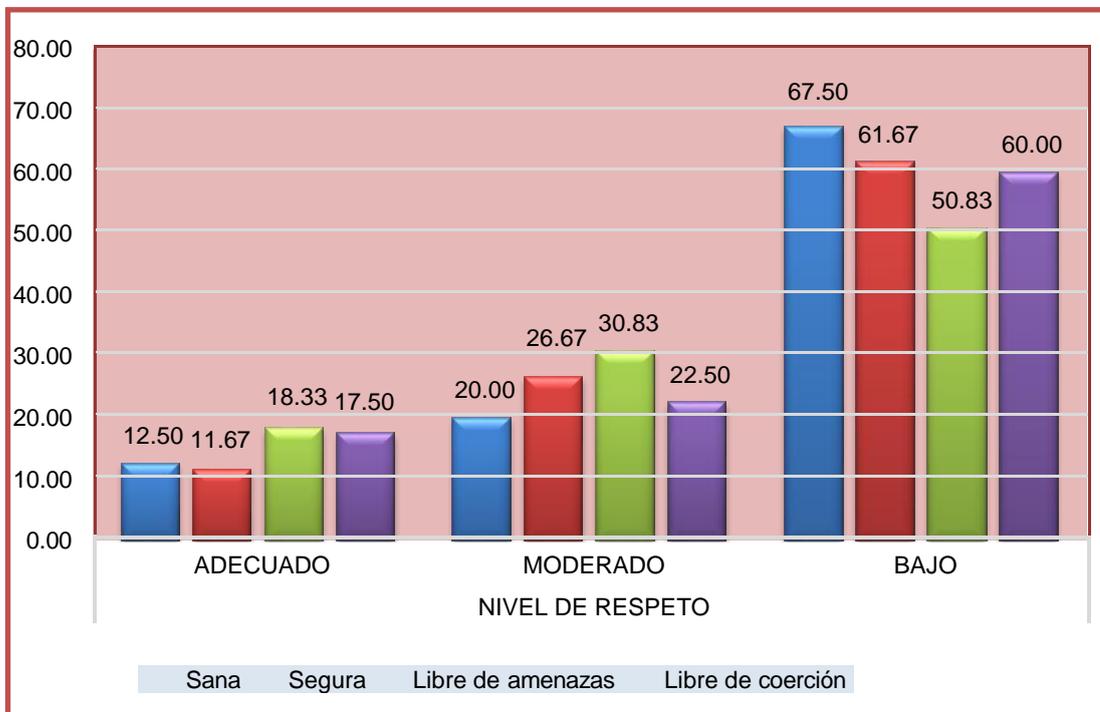
FUENTE: Cuestionario

GRÁFICO N° 05

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y RESPETO EN RELACIÓN AL DERECHO A DISFRUTAR UNA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA - LIMA, 2017"



FUENTE: Cuadro N° 05



INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 05, se evidencia el nivel de conocimientos y respeto en relación al derecho a disfrutar una vida sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

El nivel de conocimiento sobre derecho a disfrutar una vida sexual y reproductiva es intermedio en un 39.17% (47), en tanto que, el nivel de conocimiento es bajo en un 34.17% (41) y solo en el 26.67% (32) es favorable dichos conocimientos.

Por otra parte, el nivel de respeto sobre el derecho a disfrutar una vida sexual y reproductiva es bajo en un 60.00% (72), en tanto que, el nivel de respeto es Moderado en un 25.00% (30) y solo es Adecuado en el 15.00% (18) de las adolescentes.

CUADRO N° 06

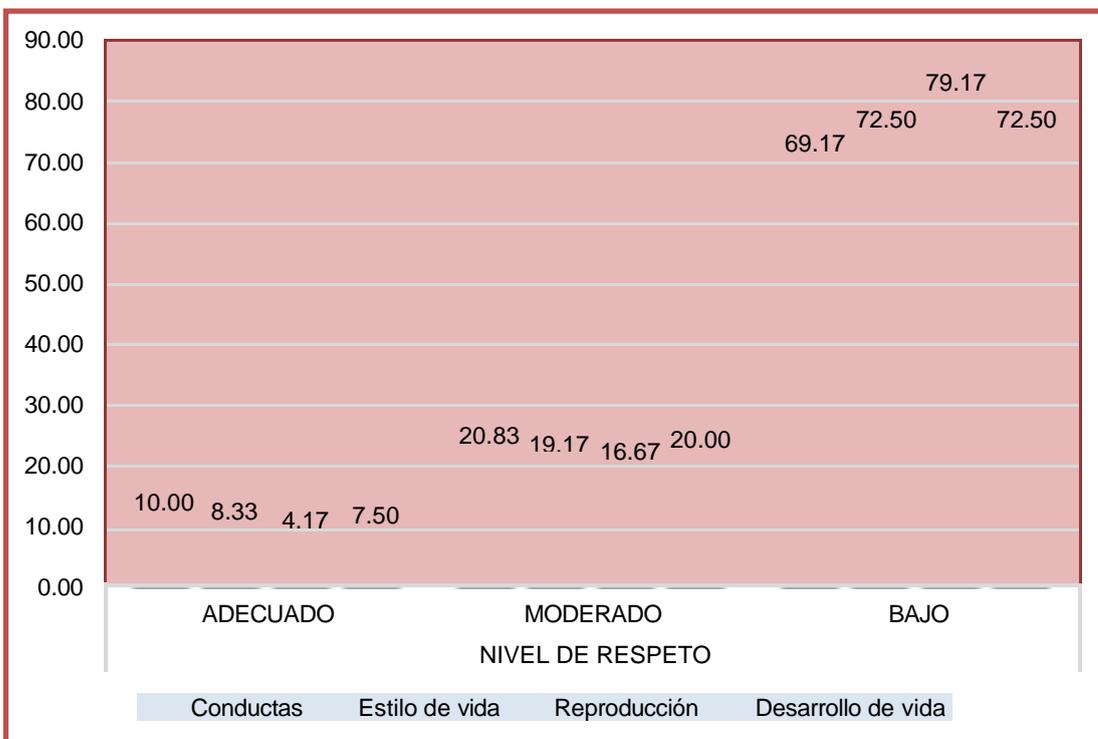
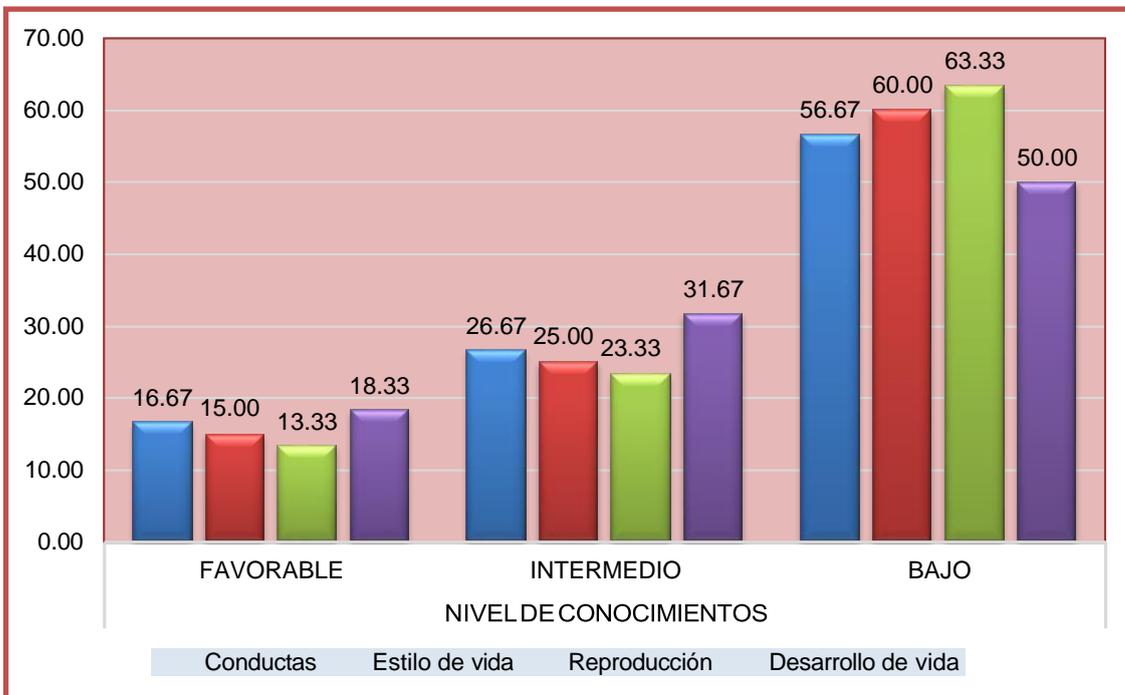
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y RESPETO EN RELACIÓN AL DERECHO A TOMA DE DECISIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA - LIMA, 2017"

DERECHO A TOMA DE DECISIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	NIVEL DE CONOCIMIENTOS						TOTAL		NIVEL DE RESPETO						TOTAL	
	FAVORABLE		INTERMEDIO		BAJO				ADECUADO		MODERADO		BAJO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Conductas	20	16.67	32	26.67	68	56.67	120	100.00	12	10.00	25	20.83	83	69.17	120	100.00
Estilo de vida	18	15.00	30	25.00	72	60.00	120	100.00	10	8.33	23	19.17	87	72.50	120	100.00
Reproducción	16	13.33	28	23.33	76	63.33	120	100.00	5	4.17	20	16.67	95	79.17	120	100.00
Desarrollo de vida	22	18.33	38	31.67	60	50.00	120	100.00	9	7.50	24	20.00	87	72.50	120	100.00
TOTAL	19	15.83	32	26.67	69	57.50	120	100.00	9	7.50	23	19.17	88	73.33	120	100.00

FUENTE: Cuestionario

GRÁFICO N° 06

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y RESPETO EN RELACIÓN AL DERECHO A TOMA DE DECISIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA - LIMA, 2017



FUENTE: Cuadro N° 06

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 06, se evidencia el nivel de conocimientos y respeto en relación al derecho a tomar decisiones en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

El nivel de conocimiento sobre derecho a tomar decisiones en salud sexual y reproductiva es bajo en el 57.50% (69), en tanto que, el nivel de conocimiento es Moderado en el 26.67% (32) y solo en el 15.83% (19) es adecuado dichos conocimientos.

Por otra parte, el nivel de respeto sobre el derecho a tomar decisiones en salud sexual y reproductiva es bajo en un 73.33% (88), en tanto que, el nivel de respeto es intermedio en un 19.17% (23) y solo es favorable en el 7.50% (09) de las adolescentes.

4.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Ho: No Existe relación significativa entre los conocimientos y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017

Ha: Existe relación significativa entre los conocimientos y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017

Al someter las variables de estudio conocimientos y respeto a los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017 al respectivo contraste de hipótesis, haciendo uso de la técnica estadística inferencial no paramétrica de la Chi Cuadrada, cuya fórmula es:

$$\sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Se procede a hallar los valores de la χ^2_c y χ^2_t respectivamente a través del siguiente cuadro N° 07:

CUADRO N° 07

CONOCIMIENTOS Y RESPETO A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA – LIMA, 2017

VIOLENCIA DE GÉNERO	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DERECHO SEXUAL Y REPRODUCTIVO						TOTAL		NIVEL DE RESPETO AL DERECHO SEXUAL Y REPRODUCTIVO						TOTAL	
	FAVORABLE		INTERMEDIO		BAJO				ADECUADO		MODERADO		BAJO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Antes de la Concepción	14	11.67	18	15.00	19	15.83	51	42.50	7	5.83	10	8.33	34	28.33	51	42.50
Durante el Embarazo	8	6.67	16	13.33	4	3.33	28	23.33	6	5.00	16	13.33	6	5.00	28	23.33
Durante el Puerperio	4	3.33	11	9.17	26	21.67	41	34.17	2	1.67	5	4.17	34	28.33	41	34.17
TOTAL	26	21.67	45	37.50	49	40.83	120	100.00	15	12.50	31	25.83	74	61.67	120	100.00

FUENTE: Cuestionario

Procedemos al **Análisis Estadístico** correspondiente, hallando X^2 :

$$X^2_c = 18.393 > X^2 = 9.488 \text{ (gl} = 4, \alpha = 0.05)$$

Para proceder a tomar la **DECISIÓN**:

Si $X^2_c > X^2_t \rightarrow$ Ho: Se rechaza
Ha: Se acepta

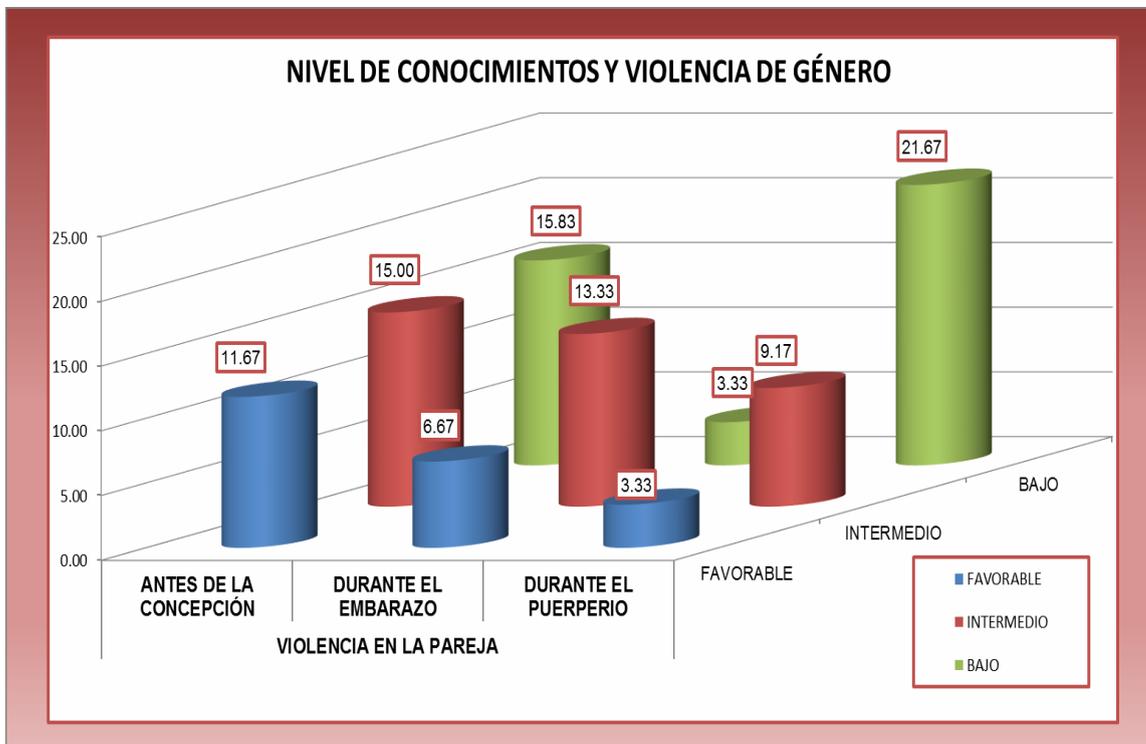
$$X^2_c = 28.658 > X^2_t = 9.488 \text{ (gl} = 4, \alpha = 0.05)$$

Para proceder a tomar la **DECISIÓN**:

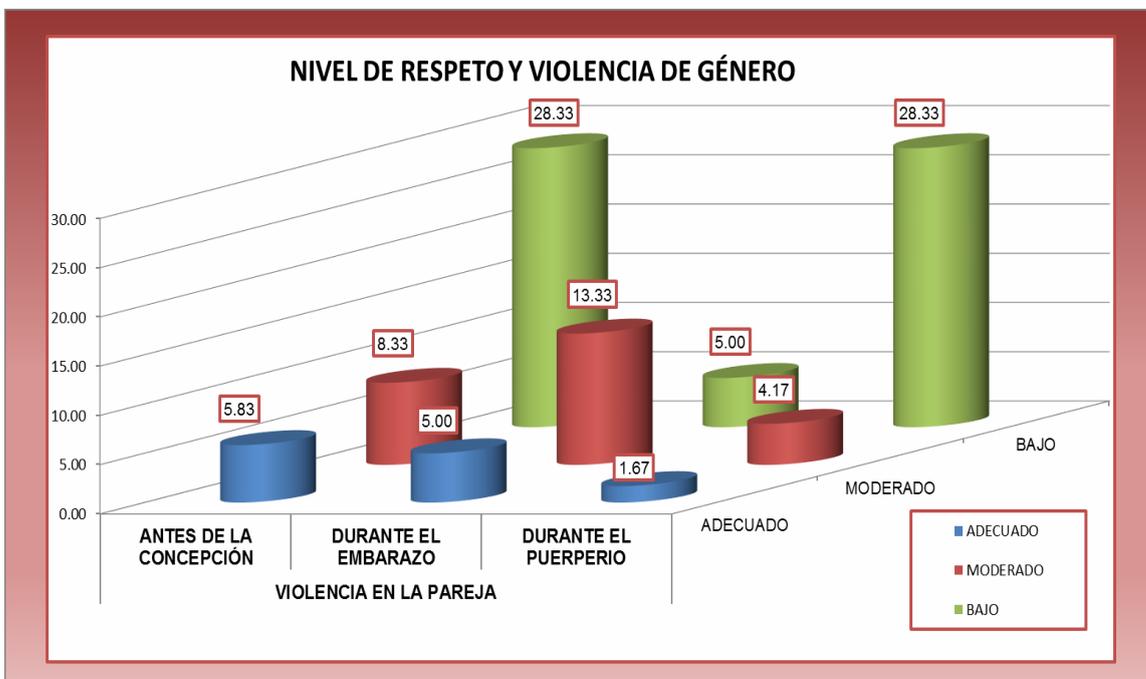
Si $X^2_c > X^2_t \rightarrow$ Ho: Se rechaza
Ha: Se acepta

GRÁFICO N° 07

CONOCIMIENTOS Y RESPETO A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA – LIMA, 2017



FUENTE: Cuadro N° 07



FUENTE: Cuadro N° 07

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 07, se evidencia el nivel de conocimientos y respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

El nivel de conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos es bajo en el 40.83% (49), en tanto que, el nivel de conocimiento es intermedio en el 37.50% (45) y solo en el 21.67% (26) es favorable.

Por su parte, el nivel de respeto a los derechos sexuales y reproductivos es bajo en un 61.67% (74), en tanto que, el nivel de respeto es Moderado en un 25.83% (31) y solo es Adecuado en el 12.50% (15) de las adolescentes.

Luego de hallar por intermedio de la X^2 y su fórmula correspondiente, a través de las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas, una $X^2 = 18.393$ y una $X^2_{\alpha} = 9.488$, con 4 grados de libertad y nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Por lo que, teniendo una $X^2_o > X^2_{\alpha}$ rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, para la variable conocimientos y violencia de género.

Por su parte, para la variable respeto y violencia de género se halló una $X^2_o = 28.658$ y una $X^2_{\alpha} = 9.488$, con 4 grados de libertad y nivel de significancia de $\alpha = 0.05$.

Por lo que, teniendo una $X^2_o > X^2_{\alpha}$ rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna. Confirmando la existencia de relación estadística significativa entre las variables de estudio.

4.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Hoy en día la violencia en las relaciones de enamoramiento cada vez va en aumento, la consecuencia de ello es la violencia intrafamiliar y está siendo manifestada de diferentes maneras que afectan la salud emocional de la persona.

En el estudio el tipo de violencia más frecuente en la relación de pareja en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora fue la violencia psicológica en un 36.67%; la presencia de violencia física fue en un 25.83%; en tanto que, la violencia sexual estuvo presente en el 23.33%, y la violencia económica en un 14.17%. Por su parte, la presencia de violencia según etapa de la relación de pareja, ésta tuvo mayor presencia antes de la concepción en un 42.50%, seguido de violencia producida durante el puerperio en un 34.17%; y, aquella producida durante el embarazo en un 23.33%.

De la misma manera, en el estudio, la frecuencia episódica de violencia en las adolescentes, se produjo esporádicamente en el 43.33% de ellas; en tanto que, en el 31.67% la violencia se produjo rara vez; y, en el 25.00% de ellas, la violencia estuvo presente de manera permanente.

Comparando los resultados concuerdan con el estudio de Begazo Jacobo N. (Arequipa 2016), quien señala que, de las estudiantes, el 33.3% presentaron violencia leve, 43.4% moderada y 13.3% severa (46). Se advierte que en ambos estudios predomina la violencia moderada, posiblemente esto se deba al arraigo cultural, al machismo que existe en nuestra sociedad.

La violencia es un problema social que afecta a toda la comunidad, esta debería de trabajarse para identificar desde la adolescencia, como lo manifiestan Villanueva, Campos y Borrego, la violencia en las relaciones de pareja inicia desde la etapa de enamorados, de no identificarlas y resolverlos continuarán durante la vida conyugal (47). Según Gonzáles, Echeburúa y de Corral, refieren que, durante esta etapa se aprenden cuáles son las pautas de interacción, las cuales suelen llevarlas hasta la edad adulta; consideran que en estas primeras relaciones se van generando las primeras pautas de maltrato como: los celos, el control, las amenazas, agresiones verbales y físicas (48). Entonces, si el camino de la violencia coge o tiene su apogeo más alto en la vida conyugal, esto ya no solo puede manifestarse de manera física, psicológica o emocional, si no que pueden llegar al extremo casos de feminicidios que son noticia diaria en nuestro país; casos que pudieron ser prevenibles si se hubiera tomado la debida importancia desde la adolescencia, el inicio de las relaciones de enamoramiento; educando a la población sobre el origen y los diferentes tipos de violencia en la relación de enamoramiento.

Comparando los resultados concuerdan con los de García, Fernández y Rodríguez (España 2013), evidenciando que, el 73.3% presentaron violencia por desapego, 66.3% coerción y 18.3% física (15). Por otro lado, López, Rodríguez Franco y Rodríguez Díaz (España 2014), encontraron que, el 30% presentaron violencia por desapego y 25.1% coerción (49). En ambos estudios predomina la violencia por coerción seguida por desapego.

La violencia por coerción se basa en el maltrato que busca manipular las emociones y las actividades que realiza la pareja por medio del seguimiento, el control de los amigos y las amenazas como el suicidio ante una posible culminación de la relación. En la actualidad este tipo de violencia es la más usada, ya que es por manipulación sentimental hacia su pareja utilizando mentiras, pudiendo llegar a convencer a la

pareja a hacer algún tipo de acto requerido según su conveniencia²⁹. La mayoría de las estudiantes cambian sus comportamientos muchas veces por darle gusto al enamorado, también porque están cegadas por el amor y no se han dado cuenta que están siendo manipuladas por el enamorado para tener el control sobre ella, para que así pierdan su autonomía sobre sí misma y esto puede traer consecuencias en sus relaciones futuras. Por otro lado, la violencia por desapego es un tipo de violencia en el cual el enamorado trata con indiferencia a la enamorada haciendo así que la relación enfríe y se separen sentimentalmente por varios días sin terminar la relación que se posee, una de las partes es la víctima ya que la relación continúa pero la indiferencia y la falta de respeto domina la mayor parte del tiempo entre la pareja ²⁶. Esto ocurre por la falta de interés y el compromiso por parte del enamorado hacia su pareja, lo cual va ocasionar en la víctima ansiedad, una autoestima baja, la inseguridad y la confianza en sí misma.

En nuestro estudio se evidenció que, el nivel de conocimiento sobre derecho a información en salud sexual y reproductiva es intermedio en el 46.67% de las adolescentes; en el 30.83% el nivel de conocimiento es bajo; y, solo en el 22.50% los conocimientos son favorables. Pero, por otra parte, el nivel de respeto al derecho a información en salud sexual y reproductiva por parte de su pareja es bajo en el 51.67%; en el 33.33% de ellas es intermedio; y, solo en el 15.00% de las adolescentes es favorable.

Por su parte, el nivel de conocimiento sobre derecho a disfrutar una vida sexual y reproductiva en las adolescentes, es intermedio en un 39.17%; en el 34.17% el nivel de conocimiento es bajo; y, en solo un 26.67% de ellas es favorable dichos conocimientos. Entre tanto, el nivel de respeto al derecho a disfrutar una vida sexual y reproductiva por parte de sus parejas, es bajo en el 60.00%; en tanto que, el nivel de respeto es intermedio en el 25.00%; y, solo es favorable en el 15.00% (18) de las

adolescentes.

De igual manera, el nivel de conocimiento sobre derecho a tomar decisiones en salud sexual y reproductiva en adolescentes es bajo en el 57.50%; en tanto que, el nivel de conocimiento es intermedio en el 26.67% de ellas; y, solo en el 15.83% es favorable. Entre tanto, el nivel de respeto al derecho a tomar decisiones en salud sexual y reproductiva por parte de sus parejas, es bajo en el 73.33%; en tanto que, el nivel de respeto es intermedio en el 19.17%; y, solo es favorable en el 7.50% de las adolescentes.

ENRIQUE (2014) Ecuador, en su tesis: “Conocimiento en Salud Sexual y Reproductiva de los/las Adolescentes de segundo y tercer año de bachillerato del colegio Liceo de Loja vs. Los/las adolescentes del colegio Adolfo Valarezo de segundo y tercer año de bachillerato” encontró como resultado que: en el Colegio Liceo de Loja, el 80% de los estudiantes tienen conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, en el colegio Adolfo Valarezo existe un menor nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva con un 63.3%. En el colegio Liceo de Loja los adolescentes tienen un mayor conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos con un porcentaje del 60%, mientras que en el colegio Adolfo Valarezo se encontró que el 40% de adolescentes conocen sobre sus derechos sexuales y reproductivos. El método anticonceptivo más utilizado para planificación familiar en los adolescentes de ambos colegios es el preservativo masculino. Los adolescentes de las instituciones investigadas no han presentado ningún tipo de infección de transmisión sexual. (16)

Por su parte, **DÍAZ Y FÉLIX (2013)** Venezuela, en su tesis: “Salud Sexual Y Reproductiva Con Enfoque De Género En Jóvenes Adolescentes Del Colegio Nacional Técnico —Víctor Manuel Guzmán de la Ciudad De Ibarra” encontró como **resultado** que, existen conocimientos impartidos por la institución pero que; sin

embargo, todavía no sienten confianza de estudiantes hacia profesores. Por otra parte, existen estudiantes que a base de juegos o chistes logran obtener información pertinente y llegaron a la conclusión que los adolescentes de esta institución no tienen la suficiente información sobre salud sexual y reproductiva. (17)

Entre tanto, PAREDES Y CHAVES (2015) en la selva oriental del Perú, Iquitos, en su tesis: "Conocimiento sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas", Tuvo los siguientes resultados: El nivel de conocimiento sobre salud sexual de los adolescentes, es: 50,7% con nivel de conocimiento medio, seguido de 25,4% con nivel de conocimiento alto y 23,9% con nivel de conocimientos deficiente. La conducta sexual de riesgo, se presenta así: 64,2% con conducta sexual sin riesgo en el inicio de relaciones sexuales, 85,1% con conducta sexual sin riesgo en el número de parejas sexuales, 92,6% con conducta sexual sin riesgo en aborto, 68,6% con conducta sexual sin riesgo en el uso de métodos anticonceptivos. Llegando a la conclusión que no existe relación estadística significativa entre: Nivel de conocimiento sobre salud sexual y conducta sexual de riesgo en aborto (20)

Estudio similar por NAVARRO Y LÓPEZ (2012) en la selva peruana de la región San Martín, en su tesis: "Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales- 2012." Halló como resultado que, los adolescentes tienen un aceptable nivel de conocimientos: sobre Anatomía y Fisiología Sexual; el 43.0% nivel de conocimiento alto y el 41.8% nivel de conocimiento medio; En relación a salud sexual y reproductiva, el 57% posee nivel de conocimiento alto; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6% posee nivel de conocimiento alto; y sobre los métodos anticonceptivos, el 56% tiene nivel de conocimientos alto. En relación a la actitud sexual evidenciamos que un 79.7% de los adolescentes encuestados demostraron tener actitudes favorables frente a su

sexualidad; mientras que un 20.3% de los adolescentes demuestran una actitud desfavorable. Llegado a la siguiente **conclusión** que los adolescentes tienen un buen nivel de conocimiento sobre sexualidad y presentan actitudes favorables con respecto a la sexualidad. (21)

Por su parte, en la sierra central del país, RILDO & QUINTO, (2017) Huancavelica, en su tesis: "Conocimiento y actitud sexual de las estudiantes de la I.E.E. "Francisca Diez Canseco de Castilla" mostró los resultados, encontrando que, un 64.4% de estudiantes conocen sobre embarazo. Un 67.8% de estudiantes no conocen sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) concluyendo que, la población estudiada en un 55%, de las estudiantes, conocen sobre sexualidad, un 45% no conocen sobre la sexualidad, también se encontró que el 88%, presentan una buena actitud sobre la sexualidad, Mediante la prueba estadística de Chi cuadrado de Pearson existe una relación entre el conocimiento y la actitud sexual de las estudiantes del colegio Francisca Diez Canseco de Castilla - 2017. (22)

Las adolescentes que vienen sufriendo violencia a temprana edad, ya que al ser la primera ilusión las adolescentes y jóvenes se ven deslumbradas al mantener una relación con una persona ajena a la familia, lo cual hace que no identifiquen lo que ocurre en su relación y esto puede traer consecuencias fatales a futuro como son los casos de feminicidios. Por lo tanto, es primordial prevenir estos casos de violencia mediante la concientización a la población universitaria sobre el inicio y los diferentes tipos de violencia existentes en las relaciones de enamoramiento.

En general, en nuestro estudio, el nivel de conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos es bajo en el 40.83% de las adolescentes; en tanto que, en el 37.50% de ellas, el nivel de conocimiento es intermedio; y, solo en el 21.67% (26) los conocimientos son favorables. Entre tanto, el nivel de respeto a sus derechos sexuales y reproductivos por parte de sus parejas, es bajo en un 61.67%; en tanto

que, en un 25.83% el nivel de respeto es Moderado; y, siendo solo en un 12.50% Adecuado el nivel de respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.

En el epílogo de nuestra investigación, la relación tanto a las variables conocimientos y violencia de género; así como Respeto y Violencia de género se encontró relación estadística significativa; por lo que, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna; confirmando nuestra hipótesis general planteada.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

El tipo de violencia más frecuente en la relación de pareja en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora fue la violencia psicológica en un 36.67%; la presencia de violencia física fue en un 25.83%; en tanto que, la violencia sexual estuvo presente en el 23.33%, y la violencia económica en un 14.17%. Por su parte, la presencia de violencia según etapa de la relación de pareja, ésta tuvo mayor presencia antes de la concepción en un 42.50%, seguido de violencia producida durante el puerperio en un 34.17%; y, aquella producida durante el embarazo en un 23.33%.

SEGUNDA:

La frecuencia episódica de violencia en las adolescentes, se produjo esporádicamente en el 43.33% de ellas; en tanto que, en el 31.67% la violencia se produjo rara vez; y, en el 25.00% de ellas, la violencia estuvo presente de manera permanente.

TERCERA:

El nivel de conocimiento sobre derecho a información en salud sexual y reproductiva es intermedio en el 46.67% de las adolescentes; en el 30.83% el nivel de conocimiento es bajo; y, solo en el 22.50% los conocimientos son favorables. Pero, por otra parte, el nivel de respeto al derecho a información en salud sexual y

reproductiva por parte de su pareja es bajo en el 51.67%; en el 33.33% de ellas es Moderado; y, solo en el 15.00% de las adolescentes es Adecuado.

CUARTA:

El nivel de conocimiento sobre derecho a disfrutar una vida sexual y reproductiva en las adolescentes, es intermedio en un 39.17%; en el 34.17% el nivel de conocimiento es bajo; y, en solo un 26.67% de ellas es favorable dichos conocimientos. Entre tanto, el nivel de respeto al derecho a disfrutar una vida sexual y reproductiva por parte de sus parejas, es bajo en el 60.00%; en tanto que, el nivel de respeto es Moderado en el 25.00%; y, solo es Adecuado en el 15.00% de las adolescentes.

QUINTA:

El nivel de conocimiento sobre derecho a tomar decisiones en salud sexual y reproductiva en adolescentes es bajo en el 57.50%; en tanto que, el nivel de conocimiento es intermedio en el 26.67% de ellas; y, solo en el 15.83% es favorable. Entre tanto, el nivel de respeto al derecho a tomar decisiones en salud sexual y reproductiva por parte de sus parejas, es bajo en el 73.33%; en tanto que, el nivel de respeto es Moderado en el 19.17%; y, solo es Adecuado en el 7.50% de las adolescentes.

SEXTA:

En general, el nivel de conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos es bajo en el 40.83% de las adolescentes; en tanto que, en el 37.50% de ellas, el nivel de conocimiento es intermedio; y, solo en el 21.67% (26) los conocimientos son favorables. Entre tanto, el nivel de respeto a sus derechos sexuales y reproductivos por parte de sus parejas, es bajo en un 61.67%; en tanto que, en un 25.83% el nivel de respeto es Moderado; y, siendo solo en un 12.50% Adecuado el nivel de respeto a sus derechos sexuales y reproductivos. Encontrando finalmente relación estadística significativa entre nuestras variables de estudio.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Los profesionales de la salud deben concientizar a las adolescentes que, deben desterrar los prejuicios, mitos y las creencias de la posición superior del varón sobre ellas; y que, las mujeres sigan considerándose inferiores; o, de la desigualdad en el reparto de poder entre sexos.

SEGUNDA:

Los establecimientos de salud deben Implementar un programa de atención a las adolescentes conducentes al fortalecimiento de sus derechos y al reconocimiento del maltrato por parte de su pareja y rechazarlo; así como advertir y prevenir maniobras habituales del varón que parecen ser no dañinas.

TERCERA:

Las instituciones de salud y educación deben promover en todo espacio la educación en salud sexual y reproductiva para incrementar los niveles de conocimiento y fortalecer su derecho a la información y eliminar los tabúes y los prejuicios en la materia; así como promover la exigencia del respeto a sus derechos y su cumplimiento por parte de sus parejas.

CUARTA:

Promover a través de las instituciones de salud, el respeto del ejercicio pleno de los derechos de todos y todas las adolescentes a disfrutar una vida sexual y reproductiva

plena, partiendo de la base que cada persona tiene particularidades; y que, ésta no debe ser fuente de diferencias y/o discriminación; sino, permitiendo entendidas particularidades afectivas y sexuales dentro del marco del respeto a los derechos de los demás.

QUINTA:

El departamento de Obstetricia del hospital y de los establecimientos de salud, deben redoblar esfuerzos en la atención a la población adolescente, para consolidar su autonomía en la toma de decisiones dentro del marco de su derecho sexual y reproductivo con pleno conocimiento y responsabilidad de hacerlo respetar.

SEXTA:

El Ministerio de Salud debe asignar mayor presupuesto y recursos para cumplir con las metas y objetivos de educar en sexualidad y reproducción; así como adecuar políticas gubernamentales en esta materia donde las niñas, niños, adolescentes y jóvenes sean actores primordiales, luego la familia y el estado como acompañantes en este proceso formativo para apoyar sus necesidades, potenciar sus conocimientos y fomentar su respeto.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Weeks, J.. El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas. Madrid: Talasa. Madrid - España: Talasa; 1985.
2. Weeks, J. Sex, Politics and Society: The Regulation of Sexuality since 1800., Nueva York: Longman. Nueva York: Longman; 1981.
3. Blanco P, Ruiz J, Quemada C. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. segunda ed. España: Díaz de Santos; 2005.
4. MIMPV.. Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 MIMPV , editor. Lima-Perú; 2009.
5. Amnistía Internacional España. [Online].; 2019 [cited 2019 marzo 21. Available from: HYPERLINK "https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-sexuales-reproductivos/"
<https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-sexuales-reproductivos/> .
6. Organización mundial de la salud. Violencia contra la mujer, Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”. [Online].; 2013 [cited 2019 marzo 21. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_2013_0620/es/"
http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_2013_0620/es/ .
7. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer. Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. [Online].; 2013 [cited 2019 marzo 21. Available from: HYPERLINK "http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf."

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf.

8. Delgado, Ana. Escurra, Luis. Atalaya, María. Pequeña, Juan. Cuzcano, Abel. Álvarez, David. Rodríguez, Rosa. Actitudes hacia la violencia contra la mujer en la relación de pareja en estudiantes de cuarto grado de secundaria de instituciones educativas estatales y no estatales de Lima Metropolitana. Revista IIPS. 2013; 16(20).
9. Lujan M. Violencia contra las mujeres y alguien más... España: Tesis Doctoral. Universidad de Valencia; 2013.
- 10 Oficina Panamericana de la Salud. "Violencia contra la Mujer en América Latina y el Caribe. Análisis comparativo de datos poblacionales en 12 países". [Online].; 2015 [cited 2019 marzo 21. Available from: HYPERLINK "<http://www.cladem.org/pdf/Informe-Relatoria-de-Violencia.pdf>"
<http://www.cladem.org/pdf/Informe-Relatoria-de-Violencia.pdf> .
- 11 Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI). Violencia contra las mujeres, niñas y niños. [Online].; 2012 [cited 2019 marzo 21. Available from: HYPERLINK " <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap12.pdf>"
<http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap12.pdf> .
- 12 Zarza B. Los menores ante la violencia doméstica. España: [Tesis Doctoral]. Universidad de Salamanca; 2011.
- 13 Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5th ed. México: McGraw Hill-Interamericana editores S.A.; 2014.
- 14 Alvarez Roca, Maité M. Violencia de Género y Adolescencia, una propuesta de intervención educativa. Otras Miradas. 2003 diciembre; 3(2).
- 15 García V. y otros. Violencia de género en estudiantes de enfermería durante sus relaciones de noviazgo. Elsevier Doyma - España. 2013; 45(6): p. 290-296.
- 16 Enrique T. Conocimiento en salud sexual y reproductiva de las/los estudiantes de segundo y tercer año de bachillerato del colegio liceo de Loja vs los /las adolescentes del colegio Adolfo Valacero y tercer año de bachillerato Lojas; Ecuador; 2014.

- 17 Diaz J, Felix J. Salud sexual y reproductiva con enfoque de genero en jovenes adolescentes del colegio nacional tecnico- Victor Manuel Guzman de la ciudad de Ibarra Ibarra: Universidad Tecnica del Norte; Venezuela; 2013.
- 18 Guzmán S. Violencia de género en adolescentes. Tesis Doctoral. España: Universidad de Sevilla.; 2015.
- 19 Toldos R. Adolescencia, violencia y género. Tesis Doctoral. España: Universidad Complutense de Madrid.; 2002.
- 20 Paredes N, Chavez L.. Conocimiento sobre salud sexual y conductas sexuales de riesgo, en adolescentes del asentamiento poblacional Micaela Bastidas Iquitos Iquitos - Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.
- 21 Navarro M, Lopez A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanizacion las palmeras- distrito de morales. periodo Junio-Setiembre Tarapoto: San Martín - Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2012.
- 22 Mejia R, Quinto Y. Conocimiento y actitud sexual de las estudiantes de la I.E.E. Franciscas Dies Canseco de Castilla- 2017 Huancavelica - Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2017.
- 23 Ponce G. Niveles de violencia contra la mujer emprendedora en el Perú: Un análisis basado en la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2011. Artículo Científico. Perú:. Revista de Ciencias Empresariales de la Universidad de San Martín de Porres. 2012.
- 24 Echevarria Veronica y Quispe Luz.. Nivel de violencia basada en género en el puesto de salud de Cocharcas Sapallanga, 2009 Cocharcas - Sapallanga, Huancayo.; 2012.
- 25 Pareja E, Sanchez A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de 14 a 17 años de la Institución Educativa secundaria 19 de abril de Chupaca. Huancayo - Perú; 2016.
- 26 Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la salud sexual y reproductiva. Modulo I ed. Lima – Perú: Editorial Ñanez S.A.; 2016.
- 27 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. [Online].; 2007 [cited 2019 marzo 21. Available from: [HYPERLINK](#)

http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/folleto_maltrato_abuso_sexual1.pdf .

28 Red Nacional de Refugios. Violencia. México [en línea]. [Online].; 2014 [cited 2019 marzo 21. Available from: HYPERLINK "http://www.rednacionalderefugios.org.mx/violencia.html" <http://www.rednacionalderefugios.org.mx/violencia.html> .

29 Organización mundial de la salud. Violencia contra la mujer, Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”. [Online].; 2013 [cited 2019 marzo 15. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_wom_en_20130620/es/" http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_wom_en_20130620/es/ .

30 Alarcón Cebrián, Antonio. Estilos parentales de socialización y ajuste psicosocial de los adolescentes: un análisis de las influencias contextuales en el proceso de socialización. España: Tesis doctoral - Universidad de Valencia; 2012.

31 Instituto de la mujer. Imaginario cultural, construcción de identidades de género y violencia: formación para la igualdad en la adolescencia. [Online].; 2008 [cited 2019 marzo 15. Available from: HYPERLINK "http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/imaginarioCultural.pdf" <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/imaginarioCultural.pdf> .

32 Adam A. Una revisión sobre violencia de género. Todo un género de duda. A review on gender violence. A whole doubt gender. Gac. int. cienc. Forense. [Online].; 2013 [cited 2019 enero 18. Available from: HYPERLINK "http://www.uv.es/gicf/4A1_Adam_GICF_09.pdf" http://www.uv.es/gicf/4A1_Adam_GICF_09.pdf .

33 Herrera Rodas, Claudia Lorena; Peraza Segura, Carmen. Porter Aguilar, Hugo.. El abuso verbal dentro de la violencia doméstica. Scielo Medicina. Legal Costa Rica. 2014; 21(249).

- 34 Gómez Palencia, Leticia Gálvez.. Proyecto de prevención de violencia de género en adolescentes. España: Palencia: Universidad De Valladolid; 2015.
- 35 Llamas Martínez, Victoria. Frías Oncina, Ifigenia Ana.. La Violencia de Género como factor de riesgo de Suicidio. [Online].; 2010 [cited 2019 enero 18. Available from: HYPERLINK "http://www.congresoestudioviolencia.com/2012/articulo13.php" <http://www.congresoestudioviolencia.com/2012/articulo13.php> .
- 36 Calloapaza Salazar, Lizeth Marilú. Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná, 2015 Arequipa - Perú: universidad católica de Santa Maria; 2015.
- 37 Izquierdo A. Salud Sexual y Reproductiva. Revista Cubana de Enfermería. 2013 enero; 29(1): p. 45-78.
- 38 Ministerio de Salud del Perú.. Documento Técnico. Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú. Acciones a desarrollar en el eje temático de Salud Sexual y Reproductiva Lima - Perú: MINSA; 2014.
- 39 Organización Mundial de Salud.. Violencia.. [Online].; 2015 [cited 2018 diciembre 16. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/topics/violence/es/" <http://www.who.int/topics/violence/es/> .
- 40 Cabanillas Claudia y Torres Orestes.. Influencia de la violencia intrafamiliar en el rendimiento académico en adolescentes de la Institución Educativa Fanny Abanto Calle, 2012. Chiclayo – Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
- 41 Zamberlin N, Portnoy F.. Tu cuerpo, tu salud, tus derechos. Guía sobre salud sexual y reproductiva. Primera edición ed. Argentina: Buenos Aires: UNFPA; 2007.
- 42 Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud N° 032-MINSA/DGSP-V. 01, Norma Técnica de Planificación Familiar. Lima – Perú.: MINSA; 2005.
- 43 Ministerio de Salud. Protocolo sobre violencia contra la mujer. Guías Nacionales de Atención Integral Lima – Perú: MINSA; 2006.

- 44 Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e interculturalidad en Salud. NTS N° 047-MINSA/DGSP-V. 01. Lima – Perú: MINSA; 2006.
- 45 Tamayo y Tamayo, Mario. El Proceso de Investigación Científica México; 2004.
- 46 Bagazo Jacobo N. A. Investigación sobre la Violencia Durante el Noviazgo en las Alumnas de la Escuela Profesional de Psicología Arequipa, 2016 Arequipa - Perú: Universidad Nacional de San Agustín.Facultad De Psicología, RR.II. y Ciencias de La Comunicación. ; 2016.
- 47 Villanueva, L. Campos, N. y Borrego C. Maltrato psicológico en las relaciones de parejas de estudiantes universitarios de Trujillo. Revista de Psicología. 2014; 16(1): p. 26-49.
- 48 Gonzáles, I.; Echeburúa, E. y de Corral, P. Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: Una revisión. Revista Psicología Conductual. España. 2008; 16(2): p. 207-225.
- 49 López J. y otros. Percepción y etiquetado de la experiencia violenta en las relaciones de noviazgo juvenil. Elsevier. 0213-9111/ SESPAS. España. 2014.

ANEXOS

ANEXO 01

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario sobre Identificación de violencia de género

Estimada Usuaría:

El cuestionario forma parte de un estudio de investigación en el que Usted forma parte; por lo que, Usted debe saber que es anónima y, no hay respuestas verdaderas ni falsas, tampoco correctas o incorrectas; por lo que no tienen calificativos.

Los resultados obtenidos serán de uso exclusivo para la investigación que busca recabar información sobre conocimientos y respeto a los derechos sexuales y reproductivos relacionado con violencia de género.

INSTRUCCIÓN

Le presento una lista de interrogantes donde Usted debe marcar en los paréntesis un aspa (X) o una cruz (+) la que crea conveniente como su respuesta.

Asimismo, se le solicita llenar los espacios en blanco cuando las preguntas sean abiertas, según corresponda.

DATOS GENERALES:

DIMENSIÓN 1: SOCIO CULTURAL ECONÓMICO

1. EDAD:

- a. 12 – 14 años ()
- b. 15 – 19 años ()

2. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE SU PAREJA:

- Sin Instrucción ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

3. OCUPACIÓN DE LA PAREJA:

- Estudiante ()
- Empleado ()
- Independiente ()

4. PROCEDENCIA:

- Zona urbana ()
- Zona Rural ()
- Referencia: (lugar)

5. ESTADO CIVIL DE SUS PADRES:

- Soltera ()
- Conviviente ()
- Casada ()
- Pareja no estable ()

6. INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR:

- Menos de 930 soles ()
- 930 a 2000 soles ()
- Más de 2000 soles ()

7. Gestaciones:

- Primera ()
- Segunda ()
- Tercera ()

8. ABORTOS

- SI ()
- NO ()

DATOS ESPECÍFICOS:

Marque con un aspa (X) la respuesta que considere acertada con su punto de vista, según las siguientes alternativas

0. Nunca. 1. Casi Nunca 2. A veces 3. Casi siempre 4. Siempre

N°	ITEM	0	1	2	3	4
DIMENSIÓN : VIOLENCIA FISICA						
1	Alguna vez le han intentado de ahorcar o asfixiar					
2	La agresión es hasta dejar heridas leves o graves					
3	La ha agredido con cuchillo o navaja					
4	La ha golpeado con las manos o con algún objeto					
5	Te golpea con un palo					
6	Te han pateado hasta ocasionarte heridas					
7	Le ha disparado con un arma					
8	Te han tirado con cualquier objeto que encuentra					
9	Alguna vez te han golpeado hasta tener una fractura					
DIMENSIÓN : VIOLENCIA PSICOLOGICA						
10	Eres sometida u obligada a callar de por miedo a mas maltratos					
11	La ha amenazado con matarla, matarse él o matar a los niños					
12	La ha amenazado con alguna arma (cuchillo, navaja, pistola o rifle)					

13	La ha amenazado con irse, dañarla, quitarle a los hijos o correrla					
14	La ha encerrado, le ha prohibido salir o que la visiten					
15	Teniendo tiempo para ayudar, le ha dejado a usted todas las tareas del hogar y la atención a los hijos					
16	Le ha dicho que usted lo engaña					
17	Le ha hecho sentir miedo					
18	Ha hecho que los hijos o parientes se pongan contra usted					
19	Aunque tenga dinero, ha sido codo o tacaño con los gastos de la casa					
20	Le ha amenazado que no le va a dar para los gasto de casa o no le da					
21	Se ha gastado el dinero que se necesita para la casa					
22	Se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes					
23	Ha destruido, las cosas del hogar					
DIMENSION : VIOLENCIA SEXUAL						
24	La ha obligado a hacer actos sexuales que a usted no le parecen correcto					
25	Ha usado su fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales					
26	Le ha exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera					
27	Te sientes amenazada como acercamientos, contra tu voluntad					
28	Fuiste obligado a tener relaciones sexuales caricias en tu cuerpo contra tu voluntad contacto sexual entre familiares o parientes en tu propia casa					
29	Te obligaron a leer alguna revista pornográfica					
30	Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales, por temor fuiste forzada					
31	Estas propensa a estar en situaciones de maltrato de violencia sexual relaciones emocionales entre otras formas de expresión o contenido erótico, videos otros					
32	Abusa sexualmente de ti cada vez que él llega a casa en estado etílico					
DIMENSION : VIOLENCIA OMISIÓN						
33	Le ha ignorado o han sido indiferente					
34	Ha sentido en algún momento que en esta relación han habido malos tratos					
35	Su pareja en algún momento cambie algunas conductas negativas que tiene para con usted					
36	Alguna vez te ha tomado una foto estando desnuda					
37	No la toma en cuenta o no le brinda cariño					

38	No me sentiría muy triste si nuestra relación terminara en un futuro cercano.					
39	Le ha avergonzado, menospreciado, le ha dicho que es fea o la ha comparado con otras mujeres					
40	Se ha enojado mucho porque no está listo el que hacer, porque la comida no está como él quiere					
41	Tocamientos a las partes de tu cuerpo contra tu voluntad					
42	Le ha ignorado o han sido indiferente					

PUNTAJES:

- 0 – 1 = Rara vez
 2 = Esporádicamente
 3-4 = Frecuentemente

RESULTADOS:

1. VIOLENCIA FÍSICA:

- a) Rara vez = 0 - 9
 b) Esporádicamente = 10 - 27
 c) Frecuentemente = 28 – 45

2. VIOLENCIA PSICOLÓGICA

- a) Rara vez = 0 - 14
 b) Esporádicamente = 15 - 42
 c) Frecuentemente = 43 – 70

3. VIOLENCIA SEXUAL:

- a) Rara vez = 0 - 9
 b) Esporádicamente = 10 - 27
 c) Frecuentemente = 28 – 45

4. : VIOLENCIA ECONÓMICA-OMISIÓN:

- a) Rara vez = 0 - 10
 b) Esporádicamente = 11 - 30
 c) Frecuentemente = 31 – 50

ANEXO N°02

CUESTIONARIO

INDICACIONES: A continuación, se le presenta una serie de INTERROGANTES, las cuales cuentan con diferentes alternativas. Usted puede seleccionar con un (X) la opción que le parezca más indicada. No hay respuesta buena o mala. Sea lo más honesta posible. MUCHAS GRACIAS.

I. CONOCIMIENTO:

1. ¿Qué son los Derechos Sexuales y Reproductivos?

- a. Son derechos relacionados con la atención del paciente, empleados exclusivamente en el área de salud.
- b. Son facultades inherentes del ser humano, que garantizan el desarrollo libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual, reproductiva y de la convivencia sexual.
- c. a y b
- d. No sabe.

2. ¿Los Derechos Sexuales y Reproductivos son parte de los Derechos Humanos?

- a. Si
- b. No
- c. En algunos casos.
- d. No sabe

3. ¿Identifica estos Derechos Sexuales y Reproductivos en su vida diaria como mujer?

- a. Si
- b. No
- c. En algunos casos.
- d. No sabe.

4. ¿En qué consiste el DERECHO A DECIDIR DE FORMA LIBRE SOBRE MI CUERPO Y MI SEXUALIDAD?

- a. Tengo derecho a que el personal de los servicios de salud no debe negarme información o atención bajo ninguna condición y éstas no deben estar sometidas a ningún prejuicio.
- b. Tengo derecho a que se respeten las decisiones que tomo sobre mi cuerpo y mi vida sexual, asimismo asumir las consecuencias de estas.
- c. Tengo derecho a ejercer mis libertades individuales de expresión, manifestación, reunión e identidad sexual y cultural, independientemente de cualquier prejuicio.

d. No sabe.

5. ¿En qué consiste el DERECHO A LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y A LA EQUIDAD DE GÉNERO?

- a. Tengo derecho a decidir libremente con quién compartir mi vida, mi sexualidad, mis emociones y afectos.
- b. Tengo derecho al respeto de mis espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de mi vida, incluyendo el sexual.
- c. Tengo derecho a un trato digno y equitativo, y a gozar de las mismas oportunidades de desarrollo personal integral.
- d. No sabe.

6. ¿En qué consiste el DERECHO A LA LIBERTAD REPRODUCTIVA?

- a. Tengo derecho a decidir de acuerdo a mis deseos y necesidades, tener o no hijos, cuántos, cuándo y con quién.
- b. Tengo derecho a la libertad, a la seguridad jurídica, a la integridad física y psicológica.
- c. Tengo derecho a que no se me discrimine por mi edad, género, sexo, preferencia sexual, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física o por cualquier otra condición personal.
- d. No sabe.

7. ¿En qué consiste el DERECHO A EJERCER Y DISFRUTAR PLENAMENTE MI VIDA SEXUAL?

- a) Tengo derecho a recibir información veraz, no manipulada sobre temas relativos a la información sobre sexualidad.
- b) Tengo derecho a una educación sexual sin prejuicios, que fomente la toma de decisiones libre e informada.
- c) Tengo derecho a vivir cualquier experiencia o expresión sexual que yo elija, siempre que sea, como práctica de una vida emocional y sexual plena, saludable y placentera.
- d) No sabe.

8. ¿En qué consiste el DERECHO AL RESPETO DE MI INTIMIDAD Y VIDA PRIVADA?

- b) Tengo derecho a beneficiarme de los avances de la ciencia y el progreso tecnológico.
- c) Tengo derecho al respeto de mis espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de mi vida, incluyendo el sexual.
- d) Tengo derecho a recibir servicios de salud de manera gratuita, oportuna y de calidad.
- e) No sabe.

9. ¿En qué consiste el DERECHO A VIVIR LIBRE DE VIOLENCIA SEXUAL?

- b) Tengo derecho a participar en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas sobre sexualidad, salud sexual y reproductiva.
- c) Tengo derecho a que se respeten las decisiones que tomo sobre mi cuerpo y mi vida sexual.
- d) Tengo derecho a la libertad, a la seguridad jurídica, a la integridad física y psicológica.
- e) No sabe.

10. ¿En qué consiste el DERECHO AL LIBRE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA?

- a) Tengo derecho a vivir cualquier experiencia o expresión sexual que yo elija, siempre que sea, como práctica de una vida emocional y sexual plena, saludable y placentera.
- b) Tengo derecho a que los personales de los servicios de salud no deben negarme información o atención bajo ninguna condición y éstas no deben estar sometidas a ningún prejuicio.
- c) Tengo derecho a decidir de acuerdo a mis deseos y necesidades, tener o no hijos, cuántos, cuándo y con quién.
- d) No sabe.

II. ACTITUD - RESPETO:

DENOMINACIÓN	INICIALES	PUNTAJE
Totalmente de acuerdo	TD	5
De acuerdo	DA	4
Neutro	N	3
En Desacuerdo	EDA	2
Totalmente en Desacuerdo	TEDA	1

N°	ITEM	1	2	3	4	5
		TEDA	EDA	N	DA	TD
1	Las mujeres podemos acudir a un centro de salud sin pedir autorización a nadie					
2	Los derechos sexuales y reproductivos benefician a hombres y mujeres.					
3	Las mujeres son las que deben de elegir el número de hijos y cuándo tenerlos.					
4	Los hombres pueden realizar adecuadamente los quehaceres del hogar.					
5	Las mujeres y los hombres pueden manejar dinero de igual manera.					
6	Los hombres y mujeres tienen las mismas necesidades sexuales.					
7	La mujer debe ser responsable de su fecundidad y por lo tanto de evitar y prevenir los embarazos.					

8	Tanto hombre y mujer pueden ponerse de acuerdo a la hora de tomar decisiones.					
9	La mayor responsabilidad económica del hogar puede recaer en la mujer					
10	Las mujeres son mejores para la crianza de los hijos, debido a su instinto maternal.					
11	Una pareja puede funcionar con el hombre en la casa cuidando a los hijos y con la mujer trabajando fuera del hogar.					
12	Un hombre puede dar el cuidado adecuado a un bebé.					
13	Las mujeres saben manejar adecuadamente un hogar.					
14	Las mujeres pueden participar en actividades que impliquen esfuerzo.					
15	Las mujeres con hijos pequeños pueden participar en actividades fuera del hogar.					
16	La mujer puede representar a la familia a la hora de tomar decisiones sobre el hogar.					
17	Las mujeres son más resistentes a las enfermedades.					
18	Una mujer con VIH puede relacionarse con otras personas.					
19	Todas las parejas pueden expresar su amor libremente.					
20	Las mujeres son las que pueden decidir cuál método anticonceptivo usar.					

VALORACION:

I. CONOCIMIENTOS

1. b	2. a	3. a	4. b	5. c
6. a	7. c	8. b	9. c	10. b

Puntajes: Correcto: 01 punto Incorrecto: 0 puntos

EVALUACIÓN:

- a) Favorable : 7 – 10 puntos
- b) Intermedio : 5 – 7 puntos
- c) Bajo : 0 – 4 puntos

II. ACTITUD-RESPECTO

- a) ● ADECUADO : 71-100 puntos
- b) ● MODERADO : 41-70 puntos
- c) ● BAJO : 20-40 puntos

ANEXO 03



Ficha de Tamizaje – Violencia Familiar y Maltrato Infantil

FECHA:.....
 DISA:..... ESTABLECIMIENTO:..... H.CL:.....
 SERVICIO: EMERGENCIA: OBSTETRICIA: CRED: OTROS:.....
 NOMBRE DEL USUARIO..... GRAD. INST.....
 EDAD:..... SEXO: MASCULINO FEMENINO

Lea al paciente:																																					
Debido a que la Violencia Familiar es dañina para Salud de las personas, en todos los programas estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:																																					
Pregunte:																																					
Si es adulto (a):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 5px;">¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">Si <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">¿Quién?.....</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">¿Desde cuándo?.....</td> </tr> </table>	¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		¿Quién?.....			¿Desde cuándo?.....																												
¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																																			
	¿Quién?.....																																				
	¿Desde cuándo?.....																																				
Si es padre o madre de familia:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 5px;">¿Su hijo es muy desobediente?</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">Si <input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">No <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	¿Su hijo es muy desobediente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
¿Su hijo es muy desobediente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>																																			
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Marque con una (X), todos los indicadores de maltrato que observe:																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Físico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables, marca de mordeduras.</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, otros.</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: Cefalea, problemas de sueño.</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Problemas con apetito Enuresis. (niños).</td></tr> </tbody> </table>	Físico	<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables	<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras	<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables, marca de mordeduras.	<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, otros.	<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.	<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: Cefalea, problemas de sueño.	<input type="checkbox"/> Problemas con apetito Enuresis. (niños).	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Retraimiento</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Llanto frecuente</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar sobresalir</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Tartamuedo</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Ausentismo escolar</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Aislamiento de personas</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Intento de suicidio</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, alnalg</td></tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> Retraimiento	<input type="checkbox"/> Llanto frecuente	<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar sobresalir	<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención	<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños	<input type="checkbox"/> Tartamuedo	<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar	<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad	<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar	<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde	<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico	<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas	<input type="checkbox"/> Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, alnalg	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Sexuales</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Embarazo precoz</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Abortos o amenaza</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Enferm. de trans. Sexual</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Negligencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Accident. o enf. muy frecuente</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aliño</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre, etc.</td></tr> </tbody> </table>	Sexuales	<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)	<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital	<input type="checkbox"/> Embarazo precoz	<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza	<input type="checkbox"/> Enferm. de trans. Sexual	Negligencia	<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento	<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud	<input type="checkbox"/> Accident. o enf. muy frecuente	<input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aliño	<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo	<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre, etc.
Físico																																					
<input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables																																					
<input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras																																					
<input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables, marca de mordeduras.																																					
<input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, otros.																																					
<input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.																																					
<input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: Cefalea, problemas de sueño.																																					
<input type="checkbox"/> Problemas con apetito Enuresis. (niños).																																					
<input type="checkbox"/> Retraimiento																																					
<input type="checkbox"/> Llanto frecuente																																					
<input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar sobresalir																																					
<input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención																																					
<input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños																																					
<input type="checkbox"/> Tartamuedo																																					
<input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar																																					
<input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad																																					
<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar																																					
<input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde																																					
<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico																																					
<input type="checkbox"/> Aislamiento de personas																																					
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio																																					
<input type="checkbox"/> Uso de alcohol, drogas, alnalg																																					
Sexuales																																					
<input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)																																					
<input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital																																					
<input type="checkbox"/> Embarazo precoz																																					
<input type="checkbox"/> Abortos o amenaza																																					
<input type="checkbox"/> Enferm. de trans. Sexual																																					
Negligencia																																					
<input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento																																					
<input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud																																					
<input type="checkbox"/> Accident. o enf. muy frecuente																																					
<input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aliño																																					
<input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo																																					
<input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre, etc.																																					
FECHA:..... DERIVADO POR:..... FIRMA:.....																																					
NOMBRE DEL PROF. QUE ATENDIO EL CASO:..... N° DE COLEGIATURA:.....																																					

ANEXO 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma en el presente documento, de manera completamente voluntaria, doy por consentido mi participación de la investigación “Conocimientos y respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017”, que tiene relación con la atención de mi menor hija.

Doy mi consentimiento a la participación voluntaria y consiste en responder algunas preguntas y no consiste en realizar en mi persona procedimientos invasivos, los mismos que no ponen en riesgo mi integridad Física ni emocional. Así mismo, se me informó de los objetivos de la investigación. Los datos que proporcione serán enteramente confidenciales; asimismo, puedo ordenar de la no participación de este estudio en el momento que mi persona así lo determine.

Los internos de Obstetricia Idei Jhonatan SINCHE ROQUE y Lizbeth Erika DEUDOR AVALOS, me explicaron sobre las particularidades como responsables de la investigación que vienen realizando.

Firma del padre y/o apoderado

Firma de la investigadora

San Juan de Miraflores - Lima, 2017

ANEXO 05 - A



CONSTANCIA

Otorgado a:

SINCHE ROQUE, IDEI JHONATAN

Alumno de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión

Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela de Formación Profesional de Obstetricia

Por haber concluido satisfactoriamente su Internado de Obstetricia, realizado en el Servicio de Obstetricia del Departamento de Ginecología y Obstetricia, de la Sede Docente del HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, desde el 29 de mayo 2017 al 31 de mayo 2018.

San Juan de Miraflores, 06 de junio 2018.

M. C. ANA MARIA CAJAS ROJAS
Jefe de Departamento
Ginecología y Obstetricia



M. C. JORGE POLO CORTEZ
Jefe de Oficina
Apoyo a la Docencia e Investigación



M. C. HUGO TORRES ALEJOS CANO
Director General
Hospital María Auxiliadora

ANEXO 05 - B



PERU Ministerio de Salud

Hospital María Auxiliadora

CONSTANCIA

Otorgado a:

DEUDOR AVALOS, LIZBETH ERIKA

Alumna de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión

Facultad de Ciencias de la Salud - Escuela de Formación Profesional de Obstetricia

Por haber concluido satisfactoriamente su Internado de Obstetricia, realizado en el Servicio de Obstetricia del Departamento de Ginecología y Obstetricia, de la Sede Docente del HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, desde el 29 de mayo 2017 al 31 de mayo 2018.

San Juan de Miraflores, 06 de junio 2018.

M. C. ANA MARÍA ROJAS
Jefe de Departamento
Ginecología y Obstetricia



M. C. JORGE POLO CORTEZ
Jefe de Oficina
Apoyo a la Docencia e Investigación



M. C. HUGO VÍCTOR ALEJOS CANO
Director General
Hospital María Auxiliadora

ANEXO 06

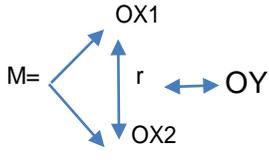
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	DIMENSIÓN	INDICADORES	Escala medición
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Es un conjunto de creencias y comportamientos que predisponen a comportarme de una adecuada manera frente a un determinado objeto	Para evaluar la actitud sobre salud sexual y reproductiva se aplicó el test de Actitud , consta de proposiciones, en base a la escala de Likert.	1. <u>INFORMACIÓN:</u>	a. Información científica b. Sencilla, comprensible c. Educación sexual integral d. Riesgos en la sexualidad	Nominal
			2. <u>VIDA SEXUAL</u>	a. Sana (libre decisión) b. Segura (sin riesgo) c. Libre de amenazas d. Libre de coerción	Nominal
			3. <u>TOMA DE DECISIONES:</u>	a. Conducta sexual (autonomía) b. Estilo de vida sexual c. Reproducción d. Desarrollo de vida	Nominal
VIOLENCIA DE GÉNERO	Es un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte.	Cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como la violencia sexual que se produzcan entre la pareja	1. ANTES DEL EMBARAZO	1. Física 2. Psicológica 3. Sexual 4. Económica	Nominal
			2. DURANTE EL EMBARAZO	1. Física 2. Psicológica 3. Sexual 4. Económica	
			3. DURANTE EL PUERPERIO	1. Física 2. Psicológica 3. Sexual 4. Económica	

ANEXO 07

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Conocimientos y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	MÉTODOS
<p>Problema General ¿Cuál es la relación que existe entre los conocimientos y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación que existe entre los conocimientos y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017</p>	<p>Hipótesis General Existe relación significativa entre los conocimientos y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la violencia de género en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017</p>	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>V1: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</p>	<p><u>DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</u></p> <p>1. <u>INFORMACIÓN:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Información científica Sencilla, comprensible Educación sexual integral Riesgos en la sexualidad <p>2. <u>VIDA SEXUAL</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Sana (libre decisión) Segura (sin riesgo) Libre de amenazas Libre de coerción 	<p>TIPO de Estudio: Investigación Básica.</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuantitativo <p>MÉTODO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Descriptivo correlacional-prospectivo <p>Diseño: Tipo: no experimental de corte transversal</p>
<p>Problemas Específicos:</p> <p>1. ¿Cuál es tipo de violencia de género según etapa de la relación en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>1. Determinar el tipo de violencia de género según etapa de la relación en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017</p>	<p>Hipótesis Específicas:</p> <p>1. El tipo de violencia de género según etapa de la relación en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017 es el psicológico en la etapa del embarazo</p>		<p>3. <u>TOMA DE DECISIONES:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Conducta sexual (autonomía) Estilo de vida sexual Reproducción Desarrollo de vida 	 <p>Población Muestral En el presente estudio lo conforman las 120 usuarias adolescentes</p>

<p>2. ¿Cuál es tipo de violencia de género según frecuencia episódica en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a la información en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a disfrutar de una vida sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?</p> <p>5. ¿Cuál es la relación que existe entre el</p>	<p>2. Determinar el tipo de violencia de género según frecuencia episódica en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017</p> <p>3. Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a la información en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017</p> <p>4. Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a disfrutar de una vida sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017</p> <p>5. Establecer la relación que existe</p>	<p>2. El tipo de violencia de género según frecuencia episódica en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017 es el psicológico de manera esporádica.</p> <p>3. Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a la información en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017</p> <p>4. Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a disfrutar de una vida sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017</p> <p>5. Existe relación significativa entre el</p>	<p>DEPENDIENTE</p> <p>V2: VIOLENCIA DE GÉNERO</p>	<p><u>VIOLENCIA DE GÉNERO</u></p> <p>1. <u>FÍSICA</u></p> <p>a. Antes de la concepción</p> <p>b. Durante el embarazo</p> <p>c. Durante el puerperio</p> <p>2. <u>PSICOLÓGICA</u></p> <p>a. Antes de la concepción</p> <p>b. Durante el embarazo</p> <p>c. Durante el puerperio</p> <p>3. <u>SEXUAL</u></p> <p>a. Antes de la concepción</p> <p>b. Durante el embarazo</p> <p>c. Durante el puerperio</p> <p>4. <u>ECONÓMICA</u></p> <p>a. Antes de la concepción</p> <p>b. Durante el embarazo</p> <p>c. Durante el puerperio</p>	<p>del Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017.</p> <p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Registro <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario • Ficha de Registro • Historia Clínica <p>Métodos De Análisis De Investigación:</p> <p>Estadística descriptiva y Estadística inferencial (X²)</p>
---	--	--	--	--	---

<p>nivel de conocimientos y el respeto al derecho a Tomar decisiones en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017?</p>	<p>entre el nivel de conocimientos y el respeto al derecho a Tomar decisiones en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017</p>	<p>nivel de conocimientos y el respeto al derecho a Tomar decisiones en salud sexual y reproductiva en adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora – Lima, 2017</p>			
--	--	---	--	--	--