

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y HUMANIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



**“Empoderamiento de mujeres jóvenes sobre el virus de papiloma humano (VPH) en la colonia Roberto González del municipio de Chinandega, en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2013”.**

Monografía para optar al Título de Licenciadas en Trabajo Social.

ELABORADO POR:

- **Bra. Gloria René Martínez Mayorga.**
- **Bra. Yolanda Ibeth Ríos Espinal.**
- **Bra. Leslie Sugey Ríos Sánchez.**

TUTOR:

- **MSc. Marcos Vinicio Sandino Montes.**

**León, Junio 2012.**

**¡A la Libertad por la Universidad!**

## AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud por sobre todo está dirigida a mi Único Señor y Salvador Jesucristo, quien por medio de su Espíritu Santo Consolador me brindó la sabiduría, entendimiento, perseverancia y fortaleza pudiendo así culminar con esta etapa de mi vida a pesar de las adversidades.

A mis padres **René Martínez Romero** y **Gloria Mayorga Marín**, quienes por su amor y entrega me convirtieron en la persona que ahora soy.

A **German Vidal Medina Soto**, quien es el amor de mi vida.

A mis compañeros/as de clases con quienes compartí alegrías, tristezas, temores, retos, etc. Agradezco en particular a:

**Lic. Cándida Gloria García**, a quien respeto, admiro y reconozco como una madre, y a su familia quienes con su apoyo incondicional, me brindaron su mano amiga encontrando en ellos/as a un segundo hogar en la vida.

**Lic. María Ivana Bonilla**, pues en ella encontré a parte de una excelente compañera de clases a una verdadera amiga.

A **Lic. Cony Borbón Ramos**, directora ejecutiva del ONG **Casa del Joven Voluntario (CAJOVO)** y coordinadora local del proyecto “Fortalecer las capacidades de jóvenes y adolescentes en Chinandega y la RAAN de Nicaragua para hacer valer sus derechos en SSR”, quien me asesoró y acompañó a lo largo de más de 6 años de verdadera e incondicional amistad brindándome su tiempo y dedicación, compartiendo así de sus conocimientos profesionales y experiencias de vida, haciendo de mí una mujer y profesional más segura y orgullosa de sí misma.

A los docentes que me acompañaron durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos, principalmente a **Lic. Ángela Ulloa** y **Lic. German Caldera**, e imposible no mencionar a quien con tanta disposición y respeto me alentó incansablemente a seguir luchando por culminar el proceso de defensa monográfica, me refiero al **Lic. Julio Argueta**.

A mi tutor **MSC. Vinicio Sandino**, quien me ha orientado en todo momento en la realización de este proyecto que enmarca el último escalón hacia un futuro de mayor calidad profesional. A todos/as quienes creyeron en mí, ya que con sus palabras y gestos me confortaban cuando la meta me parecía imposible de cumplir, también agradezco especialmente a las personas que jamás apostaron ni creyeron en mí, ya que ellos/as me enseñaron que en la vida lo que no me mata... me hace más fuerte.

**Gloria René Martínez Mayorga.**

## **AGRADECIMIENTOS**

En especial a mi tutor profesor Marcos Vinicio Sandino Montes, por toda la paciencia y su valioso tiempo, sus conocimientos me sirvieron de gran ayuda, gracias por todo el apoyo, considero que usted fue mi mejor elección, porque me ha servido como ejemplo.

A mi novio por ser alguien muy especial en mi vida y ser una persona excepcional que me ha brindado su apoyo incondicional y ha hecho suyos mis preocupaciones y problemas. Gracias por tu amor, paciencia y comprensión.

A toda mi familia y amigos que siempre me apoyaron para terminar mi carrera.

**Yolanda Ibeth Ríos Espinal.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Le agradezco a Dios en primer lugar por darme la oportunidad de vivir y poder culminar mis estudios universitarios.

A mi madre Aura Sánchez Garache por ser mi principal proveedora en todos los sentidos.

A mi novio Hiuberth Ernesto Luna Martínez por ser mi principal motivador en el camino hacia la defensa de mi monografía, a mi familia por siempre demostrarme su interés y darme ánimo para seguir adelante y poder cumplir lo que me propongo siempre.

A nuestro tutor el maestro Marco Vinicio Sandino por proporcionarnos constantemente el pan del saber y guiarnos con sus vastos conocimientos.

**Leslie Sugey Ríos Sánchez.**

## **DEDICATORIA**

A mi madre **Gloria Mercedes Mayorga Marín**, porque con su ejemplo de vida en la búsqueda constante de superación personal me transmitió uno de los valores que te hace crecer y ser cada día más un mejor ser humano, el valor de la “Autodeterminación”.

A mis hijos **Axel Vidal Medina Martínez** y **Jonathan Josué Medina Martínez**, quienes antes de ir al preescolar fueron a la universidad... ya que desde antes de nacer me apoyaron y creyeron en mí, por ser quienes me han hecho comprender que en la vida amar y entregarse sin límites e incondicionalmente es un don concedido por el Altísimo, y sobre todo que el amor, respeto y admiración de un hijo/a es más valioso que cualquier otro éxito en la vida del ser humano.

**“Hijos míos... son la viva expresión del amor que Dios misericordioso y fiel me concede, ustedes son mi mástil en el que me aferro para no desfallecer ante cualquier tempestad...Y mi mayor motivación y orgullo en la vida.”**

Es mi deseo desde lo más profundo de mi alma que tomen esta culminación de trabajo monográfico como ejemplo de que siempre se puede realizar una meta cuando lleva por fin la dignificación del ser humano, la honra y gloria a Dios y el reconocimiento del esfuerzo de nuestros padres, si se lucha lo suficientemente por ella y se entrega lo mejor de un/o mismo... La meta tarde o temprano la verás cumplida.

**Gloria René Martínez Mayorga.**

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la vida, salud y fuerzas para terminar mi carrera.

A mis padres por apoyarme incondicionalmente en todo momento, por sus sabios consejos y motivación en todo este proceso y es a quienes debo este triunfo profesional. Gracias por todo su trabajo y dedicación para darme una formación académica.

A mi hermana por su motivación, apoyo y sobre todo por hacerme entender lo importante que es el estudio para la superación.

A mi segunda familia por apoyarme siempre en todo y creer en mí. Gracias porque sé que siempre puedo contar con ustedes.

**Yolanda Ibeth Ríos Espinal.**

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme salud y vida para avanzar cada día, a mi madre por apoyarme incondicionalmente en cada paso para lograr ser una profesional de éxito que sirva de manera eficiente a la comunidad.

**Leslie Sugey Ríos Sánchez.**

**Área: Salud Pública**



**Tema:**

Empoderamiento de mujeres jóvenes sobre el virus de papiloma humano (VPH) en la colonia Roberto González del municipio de Chinandega, en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2013.

**Problema:**

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes, prácticas y nivel de empoderamiento de las mujeres jóvenes sobre el VPH en la colonia Roberto González del municipio de Chinandega, en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2013

# ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	3
III.	OBJETIVOS.....	5
3.1.	Objetivo General.....	5
3.2.	Objetivos Específicos.....	5
IV.	MARCO TEÓRICO.....	6
4.1.	Antecedentes.....	6
4.2.	La Salud como un derecho humano fundamental.....	10
4.3.	La Salud Sexual y Reproductiva como un derecho humano, que beneficia principalmente a las mujeres.....	11
4.4.	El virus de Papiloma Humano y el riesgo de cáncer.....	13
4.5.	Que se entiende por empoderamiento.....	16
V.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	38
5.1.	Tipo de estudio.....	38
5.2.	Área de Estudio:.....	38
5.3.	Universo y muestra.....	41
5.4.	Instrumentos de recolección de información.....	41
5.5.	Plan de tabulación y análisis.....	44
VI.	RESULTADOS.....	46
6.1.	Datos generales:.....	46
6.2.	Nivel de Conocimientos sobre el VPH.....	48
6.3.	Actitudes sobre VPH.....	52
6.5.	Nivel de empoderamiento.....	54
6.6.	Análisis bivariado.....	56
VII.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	59
7.1.	Datos generales:.....	59
7.2.	Nivel de conocimiento de VPH.....	59
7.3.	Actitudes sobre el VPH.....	62

7.4. Prácticas de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer VPH.....	63
7.5. Nivel de empoderamiento .....	65
7.6. Valoración del análisis bivariado .....	66
VIII. CONCLUSIONES .....	67
IX. RECOMENDACIONES .....	69
BIBLIOGRAFÍA .....	70
ANEXOS.....	74

## I. INTRODUCCIÓN

En Nicaragua las mujeres son propensas para adquirir enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el Virus de Papiloma Humano (VPH) que es el agente causal del cáncer cérvico uterino, que constituye la octava causa de muerte en mujeres, esta enfermedad afecta a un alto porcentaje de mujeres jóvenes de todo el mundo pero los índices de contagio más altos se da en los países en vías de desarrollo (Pachón del Amo, I. et. all., 2007).

Su alta incidencia está asociada al inicio precoz de la actividad sexual y la multiplicidad de parejas .A pesar de que la infección por VPH está ampliamente difundida en el mundo, su real importancia como factor necesario para múltiples enfermedades, aún es desconocida por la población, lo que es asociado a diversos factores culturales, en particular creencias y prejuicios que dificultan la prevención y diagnóstico precoz.

De los más de 100 tipos de VPH conocidos, aproximadamente 40 son transmitidos sexualmente y pueden infectar la piel, la mucosa oral y los genitales. (Valenzuela, s/f).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), han aumentado principalmente porque las mujeres inician su vida sexual a temprana edad y esto trae consecuencias graves en la salud, una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en las mujeres del mundo es el VPH que es el agente causal del cáncer de cuello uterino, que es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres a nivel mundial.

El factor de riesgo de contraer una ITS, muchas veces se da por la falta de información en las mujeres.

En el presente estudio se pretende determinar los conocimientos, actitudes, prácticas y el nivel de empoderamiento de mujeres jóvenes sobre el VPH en la colonia Roberto González del municipio de Chinandega, en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2013.

En el segundo capítulo se presenta la justificación de este trabajo.

El en capítulo tres, se estructuró un marco teórico de referencia que contribuyó a la precisión de las preguntas de los instrumentos de recolección de la información.

En el capítulo cuarto, se explica el diseño metodológico utilizado, identificando el tipo, unidad de medida, diseño muestral, instrumento y plan de análisis.

Los capítulos quinto y sexto corresponden a la presentación y análisis de los resultados obtenidos.

En los capítulos séptimo y octavo se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Se acompaña con la bibliografía consultada y como anexo el instrumento de recolección de la información y los cruces de variables que no resultaron significativos.

## II. JUSTIFICACIÓN

Consideramos que como trabajadoras sociales, es necesario determinar el nivel de empoderamiento que tienen las mujeres jóvenes sexualmente activas acerca de sus derechos sexuales y reproductivos y en particular sobre el virus del papiloma humano (VPH), una de las principales causantes del cáncer de cuello de útero, el segundo en importancia en la mujer después del de mama.

La promiscuidad sexual, la falta de protección y sobre todo, el desconocimiento y poco empoderamiento sobre los derechos sexuales y reproductivos, predisponen a las mujeres jóvenes a contraer este virus.

Uno de los factores que incide, además en la proliferación de esta infección, es el hecho que los varones portadores son generalmente asintomáticos.

La mayoría de los estudios existentes se enfocan hacia los aspectos clínicos y patológicos, pero muy poco se ha estudiado la incidencia de la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, que obliga a proporcionar información adecuada sobre las infecciones de transmisión sexual, en la prevención de esta epidemia.

Con relación al aspecto científico los resultados de los estudios podrán ser utilizados por la Casa del Joven Voluntario (CAJOVO) Chinandega, esta es una organización que trabaja con jóvenes y adolescentes en el campo de la educación en la salud sexual y reproductiva y atiende a mujeres jóvenes y adolescentes de los 13 municipios del departamento de Chinandega, esta a su vez tiene convenio con el Ministerio de Salud (MINSa), lo cual les permitirá conocer más afondo en que se está fallando y que estrategias nuevas se pueden implementar para hacer crecer el empoderamiento de la mujer joven nicaragüense acerca de la prevención del VPH.

Este trabajo de investigación constituye aportes sobre el empoderamiento que tienen las jóvenes sobre el VPH, donde influye el auto cuidado, los factores que inciden en el

empoderamiento de la mujer y como estas ejercen sus derechos sexuales y reproductivos para prevenir esta terrible enfermedad.

Consideramos que los resultados de esta investigación orientarán, a planificar estrategias preventivas por parte de autoridades educativas, sanitarias, al igual que instituciones, organizaciones y ONG que trabajan con jóvenes en la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, también para que los y las jóvenes que buscan información sobre el VPH tengan donde documentarse, además servirá como apoyo para posteriores estudios referente a esta materia.



### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo General**

Determinar los conocimientos, actitudes, prácticas y el nivel de empoderamiento de mujeres jóvenes sobre el VPH en la colonia Roberto González del municipio de Chinandega, en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2013

#### **3.2. Objetivos Específicos**

1. Valorar el nivel de conocimiento en VPH en mujeres jóvenes en la colonia Roberto González del municipio de Chinandega, en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2013.
2. Identificar las actitudes y prácticas relacionadas con el VPH de las mujeres jóvenes en la colonia Roberto González del municipio de Chinandega, en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2013.
3. Estimar el nivel de empoderamiento de las de mujeres jóvenes en la promoción sobre la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos en la prevención del VPH en la colonia Roberto González del municipio de Chinandega, en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2013.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. Antecedentes**

Los derechos sexuales y reproductivos se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y otros documentos de las Naciones Unidas; entre los principales instrumentos legales internacionales que los apoyan se encuentran: La declaración Universal de los Derechos Humanos (1,948); Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos (1,976); Pacto de Derechos Económicos y Sociales (1,976); Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1,981); Convención sobre los Derechos del Niño (1,990) ,declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1,993), Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1,994), Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijín(1,995). Nicaragua firmó en 1981 la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.

El feminismo en Nicaragua es producto de una conjugación de intereses: de clase, género y de nación, en el marco de la lucha contra el imperialismo. Una cantidad de mujeres sin precedente participó en la lucha contra Somoza, durante la revolución Sandinista. La Constitución de 1950 establece que la mujer ejercerá el sufragio activo de acuerdo con la ley de la materia, limitando de hecho su capacidad de ejercicio de derechos ciudadanos. Aquí merece especial atención la reforma a la Constitución del 20 de abril de 1955 con respecto a los derechos de las mujeres demarcados en la Constitución de 1950, deja libre el camino para la participación plena de la mujer como ciudadana. El 20 de abril de 1955 se aprobó el voto femenino en Nicaragua y el 3 de febrero de 1957 las mujeres votaron por primera vez.

La revolución de 1979 generó transformaciones y cambios en el plano ideológico relativas, entre otros, al cambio de género agilizó procesos, especialmente en los 80 y 90 promovió la emergencia de las mujeres como marginadas sociales; adquirió un nuevo tipo de protagonismo

político, demandó y propuso cambios en las relaciones de género; visibilizó, reivindicó y exigió los derechos de las mujeres, sobre cualquier otro tipo de consideración.

La derrota electoral del FSLN en 1990 dio inicio a una nueva fase en la historia de Nicaragua, anunciando el retroceso de las conquistas políticas, económicas y sociales alcanzadas durante la revolución.

En este período la mujer tuvo una participación importante, en la década de los 90 se destaca el avance en la preservación de los derechos de la niñez y las mujeres, especialmente para las víctimas de violencia intrafamiliar y sexual. La primera Comisaría de la Mujer y la Niñez fue inaugurada en 1993.

A inicios de la década de los 90, la Policía Nacional diseñó y orientó una política de género, para promover el equilibrio de género al interior de la institución y prestar, desde el punto de vista de género, un servicio diferenciado a la población. (Chaher, s/f).

Han pasado sesenta y ocho años desde que los fundadores de las Naciones Unidas consagraron, en la primera página de nuestra Carta, la igualdad de derechos de hombres y mujeres. Desde entonces, sucesivos estudios nos han enseñado que no hay un instrumento más eficaz de desarrollo que el empoderamiento de la mujer. No hay ninguna otra política que tenga iguales posibilidades de elevar la productividad económica o reducir las tasas de mortalidad de niños y niñas menores de un año y de las madres. Ninguna otra política es tan precisa para mejorar la nutrición y promover la salud, incluida la prevención del VPH.

Harald zur Hausen, en 1976 publicó la hipótesis de que el virus del papiloma humano jugaba un papel importante en la causa del cáncer de cuello de útero. Sus trabajos científicos llevaron al desarrollo de una vacuna contra dicho virus que llegó al mercado en 2006.

En Nicaragua un total de 3.357 mujeres en edad reproductiva fueron diagnosticadas con lesiones precancerosas y cancerosas en la cervix en los primeros seis meses del año 2012 y va

en aumento cada día debido a que las mujeres no acuden a los centros de salud a realizarse los exámenes de Papanicolaou.

La mayoría de las lesiones están vinculadas al virus de papiloma humano que provoca el cáncer cérvico uterino (CACU) que actualmente afecta a seis de cada diez mujeres nicaragüenses, dijo la representante del Centro de Mujeres (Ixchen, privado), Fabiola González.

Los departamentos de mayor incidencia son: Managua, León, Chinandega, Chontales, Jinotega, Rivas, Carazo y el Caribe norte de Nicaragua, de acuerdo a las muestras realizadas en todo el país. (González, 2008)

En Nicaragua el cáncer cérvico uterino, representa el 20% de muertes en mujeres mayores de 50 años y el 45% en mujeres jóvenes, estudios llevados a cabo por el centro regional radioterapia Managua, estiman que el cáncer cérvico uterino está situado en el segundo lugar como causa de muertes. (López, 2008).

En las investigaciones hemos encontrados que en los últimos 5 años, se han desarrollado estudios relacionados con el VPH, la mayoría dedicados a los aspectos clínicos o patológicos.

Titulo	Autores	Conclusiones más relevantes
1. Factores socioeconómicos y culturales asociados con la infección por virus de Papiloma Humano en las pacientes con VPH del Hospital Cesar Amador Molina en Matagalpa 2006.	1. Bra: Josefina del Carmen González Ruiz 2. Bra: Miriam del Carmen Moreno Arauz 3. Bra: Zoila Lastenia Rodríguez	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las mujeres estudiadas tienen nivel académico bajo, lo que no les permite tener un trabajo que les garantice un salario digno que cubra sus necesidades de vida.</li> <li>▪ La mayoría de ellas no tienen estabilidad en sus relaciones de pareja, son solteras, en el aspecto cultural están siendo afectadas porque iniciaron su vida sexual a temprana edad, también por sus creencias y mitos.</li> </ul>
2. Infección por papiloma virus humano y su relación con enfermedad cervical pre maligna	1. Kathia Irina Vargas Pineda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las personas más afectadas por el VPH son menores de treinta años, los dos factores</li> </ul>

en mujeres en edad sexualmente activa. Departamento De Ginecología- Obstetricia, Heodra Junio a Noviembre del 2003.		que más influyen en la transmisión de este virus son: inicio de la actividad sexual a temprana edad y numero de compañeros sexuales.
---	--	--

Se encontraron además estudios relacionados con Conocimientos, Actitudes y Prácticas, que se acerca más con el enfoque de la monografía.

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Conclusiones más relevantes</b>
1. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los estudiantes del Instituto Nacional, la Dalia Matagalpa, Febrero del 2004	1. Isaac Ramón Mairena Montenegro 2. Rahner Stefan Mantillas Arces 3. Laura Libertad Madariaga Delgado	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las/os jóvenes indicaron conocer sobre algunos métodos anticonceptivos, también de algunas ITS, sin embargo expresaron no haber padecida alguna de estas infecciones.</li> <li>▪ Los jóvenes no precisaron el momento oportuno para el matrimonio, y dijeron desconocer el funcionamiento de su cuerpo, pobre acceso a los servicios de salud y discriminación sobre el acceso a la información.</li> </ul>
2. Conocimientos, actitudes y prácticas del Cáncer Cérvico Uterino y el examen de Papanicolaou en las mujeres del Municipio de Paiwas en el periodo de Enero a Diciembre del año 2007.	1. Br. Justo Emilio Baldizón Brenes 2. Br. Cristian José Bravo Blanco	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se determinó un bajo nivel de conocimiento acerca del cáncer cérvico uterino y del examen de Papanicolaou,</li> <li>▪ Las actitudes que tienen las pacientes fueron desfavorables o negativas.</li> <li>▪ La población de estudio presentó prácticas de riesgo medio, como acciones que aumentan la probabilidad de adquirir cáncer cérvico uterino</li> </ul>

En ningún estudio se aborda con un enfoque de empoderamiento, que es el punto de vista del estudio.

A pesar de que las mujeres del área urbana y rural tienen algún grado de educación escolar, más del cincuenta por ciento de ellas desconocen que es el VPH y las posibles complicaciones a largo plazo como el cáncer de cuello uterino.

Debido al incremento de esta enfermedad en Nicaragua y al desconocimiento que tienen algunas mujeres sobre el VPH y su relación con el cáncer cérvico uterino se considera importante realizar un estudio de empoderamiento de mujeres jóvenes sobre VPH en la colonia Roberto González del municipio de Chinandega, en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2013.

## **4.2. La Salud como un derecho humano fundamental**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución ha definido la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 1946) La salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Pertenece al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

El papel del Estado es fundamental por ser el primer responsable de garantizar el derecho a la salud, por medio de su gestión económica y la concertación de esfuerzos sociales e institucionales. El cumplimiento del derecho a la salud, además de ser un deber jurídico y político, es un imperativo para alcanzar el desarrollo económico del Estado.

En Nicaragua, la Salud, como Derecho Humano, también está respaldada por el artículo 59 de la Constitución Política que afirma: “Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud, es deber del Estado establecer las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación”

### **La OMS en 2007, lo concreta en:**

- Igualdad y no discriminación en el acceso y las prestaciones de los servicios de salud
- Participación de la ciudadanía en las decisiones y la organización de los servicios de salud

- Monitorización y responsabilidad, es decir evaluación de su funcionamiento y capacidad de los ciudadanos para exigir a los servicios de salud y a sus directivos que se responsabilicen de sus errores
- Derecho a la confidencialidad
- Atención a los determinantes de salud y no solo a las enfermedades
- Servicios sanitarios adecuados para la atención de las enfermedades prevalentes en cada país.
- Higiene y saneamiento del medio ambiente, las aguas, los lugares de trabajo, etc.
- Acceso a información y educación sanitaria
- Acceso a los fármacos esenciales. (López C. E.)

### **Equidad en salud**

Al hablar de equidad en salud conviene distinguir entre estado de salud y atención de la salud. El **estado de salud** tiene que ver con el bienestar físico, psíquico y social de las personas; mientras tanto, la **atención de la salud** es la atención, se refiere a aspectos centrales de los servicios de salud, como son la accesibilidad, utilización, calidad, asignación de recursos y financiamiento.

#### **4.3. La Salud Sexual y Reproductiva como un derecho humano, que beneficia principalmente a las mujeres**

Los derechos sexuales y reproductivos son parte fundamentales de los derechos humanos y se encuentran dentro del marco de los Derechos Humanos, relativamente recientes porque sólo durante la “Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo” de El Cairo en 1994 que se formulan y se consagran por primera vez. En 1995, la Plataforma de Acción de la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer” en Beijing reitera estos derechos, los cuales, se refieren a los derechos de las mujeres a tener control y a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos referentes a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva. Estos derechos implican; un ejercicio de la autonomía en las decisiones acerca de la sexualidad, libres de coerción, discriminación y violencia y establecen también la igualdad entre mujeres y hombres

en los asuntos relacionados con las relaciones sexuales y la reproducción, incluyendo el absoluto respeto a la de gestores sociales (Thomas, 2005)

En Nicaragua el reconocimiento de los derechos de las mujeres se ha dado sólo después de largas luchas como: el derecho al voto llevada adelante por las sufragistas en el tiempo del somocismo y otra realizada recientemente para obtener una penalización a la violencia contra las mujeres que se concretó en la Ley 779 en el año 2011, ambos avances requirieron años de lucha por parte de las mujeres. (Movimiento Autónomo de Mujeres, 2012)

El primer documento, llamado Política Nacional de Población, es de septiembre de 1996, cuando finalizaba el gobierno de doña Violeta de Chamorro. Era la primera vez que en Nicaragua se diseñaba una política de población. Durante el gobierno sandinista nunca hubo una política de población escrita, solo algunos aspectos, y se manifestaba en los discursos de los dirigentes. El gobierno sandinista fue un gobierno pro-natalista: promovía que las mujeres tuvieran todos los hijos que pudieran tener y fue 1996 que Nicaragua elaboró su primer documento de política de población, que afirma que las personas tienen derecho a la información y derecho a usar medios para que la familia planificara, esto haciéndose en el marco de los valores morales, de los valores familiares y de los valores de la sociedad nicaragüense, eminentemente católica. En el documento de 1997 se mantuvo esa misma línea. Según estadísticas, el 64% de la población nicaragüense es católica y de ese porcentaje, sólo un 30% se declaran católicos practicantes. (Pizarro, 2003)

### **Propuestas sobre el derecho a la salud de los y las Nicaragüenses sobre Salud Sexual y Reproductiva**

- Promover reformas curri-culares en el sistema educativo que incluya la enseñanza de educación sexual y reproductiva y contenidos que fomenten el cuidado de la salud.
- Aplicar un programa de Planificación Familiar y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos que promueva maternidad sin riesgos y sexualidad responsable.



- Diseñar y aplicar en las zonas rurales y de difícil acceso un programa piloto de promoción de Planificación Familiar y de salud sexual y reproductiva para una sexualidad responsable.
- Realizar acciones que promuevan el acceso a la Planificación Familiar y el responsable ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Implementar acciones orientadas a disminuir los embarazos en adolescentes y en mujeres que están fuera del período reproductivo.
- Atender las necesidades de adolescentes en educación, información y promoción, para que desarrollen su sexualidad de manera positiva y segura.
- Garantizar el tratamiento y atención médica especializada a los y las adolescentes afectados con infecciones de transmisión sexual.
- Establecer coordinaciones con ONG para impulsar acciones que contribuyan a la Atención en Salud a las víctimas de Explotación Sexual Comercial.
- Diseñar, con MIFAMILIA y el MINED, un programa orientado a atender las necesidades de adolescentes y jóvenes en educación, información y promoción, que desarrollen su sexualidad de manera positiva y segura. (López C. E.)

#### **4.4. El virus de Papiloma Humano y el riesgo de cáncer**

El virus de papiloma humano ahora se conoce como la causa mayor de cáncer del cuello del útero. Algunos tipos de virus de papiloma humano se conocen como virus de "bajo riesgo" porque raramente se convierten en cáncer; pero hay otros que pueden llevar al desarrollo de cáncer y estos se conocen como de "alto riesgo" o "asociados con el cáncer". (Pérez, 2012)

Ambos tipos de virus de papiloma humano, los asociados con el cáncer y los de bajo riesgo, pueden causar el crecimiento de células anormales en el cuello del útero, pero generalmente sólo los tipos de virus de papiloma humano asociados con el cáncer pueden llevar al desarrollo del cáncer del cuello del útero. Las células cervicales anormales pueden detectarse cuando se realiza la prueba de Papanicolaou, durante un examen ginecológico.

## **Descripción del Virus del papiloma humano**

El virus del papiloma humano, se considera la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo, sin embargo, corroborar esto es difícil, ya que la infección generalmente no da síntomas, ni lesiones visibles. Se considera que las y los jóvenes sexualmente activos de 18 a 25 años son frecuentemente VPH positivos, sin embargo en la mayoría de los casos se trata de una infección asintomática, o sea que no se presentan ni signos ni síntomas que nos hagan sospechar que se tiene la infección, y el condón no siempre es efectivo para evitar la infección.

La proporción de personas que presenten la infección (prevalencia) puede variar según la edad de inicio de la vida sexual, lo cual habla del comportamiento sexual de la sociedad. El cáncer cérvico uterino (CACU) en el mundo es devastador, siendo la segunda causa de muerte en la mujer en países desarrollados y la primera causa por cáncer en países en vías de desarrollo. (Castellanos, 2003)

A nivel mundial 740 mujeres mueren cada 24 horas por el Virus del Papiloma Humano, VPH y en Nicaragua 25 al mes. Los datos pueden incrementar si la población en general no contempla o exige educarse con tópicos de la salud sexual y reproductiva, como clave para evitar que la promiscuidad o el descuido sean las principales puertas al contagio de este flagelo, dijo el doctor Alejandro Pérez Fabbri, Ginecólogo Obstetra y especialista en Fertilidad Humana.

El VPH se aloja en hombres y mujeres, ambos pueden ser víctimas, pero lo cierto es que el virus ataca con más fuerza al sexo femenino, por cada 200 mujeres detectadas con el virus uno del sexo masculino es diagnosticado, enfatizó el doctor Pérez Fabbri (2013).

El Virus del Papiloma Humano es de transmisión sexual y es considerada una de las infecciones más arrasadoras o venéreas dentro del cuadro clínico del paciente, producto del alojamiento de una de las más de 100 cepas que este tiene como anticuerpo. Las cepas del VPH son un grupo de virus conformado por más de 100 tipos entre las cuales hay benignas y cancerígenas. Son 20 tipos de cepas las consideradas de alto riesgo, la 16 y la 18 están entre

las que suman el 70% de los casos positivos en América Latina, por alojarse en las glándulas internas del cuello de la matriz o útero.

El primer lugar en cáncer de cérvix causado por el VPH a nivel de Latinoamérica lo ocupa Bolivia, con un 55% de cada 100 mil mujeres que son diagnosticadas y el segundo lo tiene Nicaragua, con 52%. La principal causa se debe a la falta de un 'Papa', solo 1 de cada 10 mujeres se hacen una revisión anual o semestral. Es importante incidir en la realización de estas pruebas ginecológicas, que sirven para determinar alguna anomalía en el cuello del útero. (Fabbri, 2013)

### **Factores de riesgo**

- Edad joven (menos de 25 años)
- Inicio de vida sexual activa a temprana edad.
- Adolescentes con vida sexual activa
- Gran número de compañeros sexuales
- Enfermedades de transmisión sexual o inflamación del cuello del útero persistente o recurrente.
- Consumo de tabaco
- Mujeres con alto número de embarazos
- Sistema inmunológico deprimido
- Mala o deficiencia nutrición
- Virus de inmunodeficiencia (VIH Sida) el cual se asocia tanto a que prevalezca la infección por VPH como a que ésta progrese a lesiones malignas. (Pérez, 2012)

El VPH generalmente se transmite mediante el contacto directo de la piel con piel y con más frecuencia durante el contacto genital con penetración (relaciones sexuales vaginales o anales). Otros tipos de contacto genital en ausencia de penetración (contacto oral-genital, manual-genital y genital-genital) pueden causar una infección por el VPH, pero esas vías de transmisión son mucho menos comunes que la relación sexual con penetración.

#### 4.5. Que se entiende por empoderamiento

El concepto de empoderamiento constituye una herramienta clave en la búsqueda del desarrollo humano. La base del empoderamiento radica en el control que tiene una mujer sobre su propio destino pero para estar empoderadas, las mujeres deben contar con las mismas capacidades básicas (como la educación y la salud) y el mismo acceso a los recursos y oportunidades (como la tierra y el empleo), elementos fundamentales para el desarrollo humano.

Por otra parte, por medio a la apropiación de los derechos y el acceso a los mismos, las mujeres deben poder ejercitar su liderazgo y tomar decisiones no solo a nivel personal sino en la esfera social y política.

A nivel mundial existen diferentes conceptos sobre el empoderamiento de la mujer, para enfocarnos más en nuestro tema de investigación explicaremos tres modelos de empoderamiento.

##### 4.5.1. Empoderamiento como herramienta administrativa

**Concepto:** Consiste en reconocer que los empleados tienen poder para actuar con autonomía, pero con responsabilidad, dentro de unos límites o fronteras que son los valores, los principios, los objetivos y las metas. (Herrera, 2008)

Esto permite a los empleados mejorar su participación en los procesos decisorios de la organización, además de aumentar su discrecionalidad al poder actuar con mayor grado de independencia como resultado de manejar con oportunidad y confianza la información que sea necesaria para satisfacer las expectativas, tanto del cliente interno como del externo, y la preparación que se tenga; implica, al mismo tiempo, la capacidad del directivo de aumentar los niveles de delegación en los niveles inferiores de la estructura organizacional mejorando de esta manera la confianza y la participación de la gente.

Es una herramienta estratégica que significa que empleados y grupos de trabajo están habilitados para decidir, basados en el conocimiento.

Según Don Tapscott (1995), empoderamiento “es la delegación total de funciones, que permite tomar decisiones responsables sin consultar con las máximas esferas de la organización; significa también que tanto empleados individuales como grupos de trabajo están habilitados para actuar, generar calidad y decidir por su cuenta, riesgo y responsabilidad.”

El concepto de “Empoderamiento”, consiste en administrar la delegación de autoridad a los empleados subordinados. El empoderamiento de los empleados hace tomar decisiones basadas en los límites predefinidos por su director ejecutivo. Ellos no tienen que consultar con el gerente para tomar una decisión, pero deben aceptar la responsabilidad por las consecuencias de cada decisión. (Lafaurie, 2003)

### **Función**

El empoderamiento de los empleados es una estrategia de gestión que permite que el administrador funcione más como un líder que como un gerente autocrático. Esta estrategia ayuda al gerente a centrarse más en la supervisión y en la confianza impuesta en los empleados para realizar el trabajo. Los empleados deben tener los conocimientos técnicos y los criterios necesarios para tomar decisiones sin consultar con la gerencia para que la estrategia funcione.

El empoderamiento de los empleados requiere un concepto relacionado de habilitación. Los gerentes que quieren ser entrenadores permiten a los empleados una formación suficiente con recursos adecuados. Con esta estrategia, los empleados desarrollan más competencia en el desempeño de sus tareas, aumentan su conocimiento en el trabajo y reciben más autoridad para tomar decisiones autónomas.

El empoderamiento de los empleados es de más éxito en las organizaciones que valoran el concepto de liderazgo compartido. Este punto de vista de la empresa representa un cambio de

paradigma en la gestión jerárquica de los equipos de trabajo. Por ejemplo, el departamento de recursos humanos puede utilizar el concepto de empoderamiento de los empleados para describir cómo los profesionales de recursos humanos trabajan juntos como un grupo de trabajo colaborativo consultor.

Los consultores de recursos humanos prestan asistencia a cada institución del departamento, incluyendo el trabajo con los gerentes para sugerir formas de mejorar la gestión del personal y de desempeño.

El empoderamiento como concepto, busca reconocer el poder que tienen los empleados para actuar con autonomía, se considera estratégico porque permite a la organización:

- a. Mejorar sus costos.
  - b. Mejorar sus procesos.
  - c. Mejorar su eficiencia administrativa.
  - d. Mejorar su posicionamiento en el mercado
- (Gordon, 1996)

Este tipo de Empoderamiento, tiene que ver con el cumplimiento de ciertos enfoques, estos son:

### **Enfoque Relacional**

El enfoque relacional del Empoderamiento implica la descentralización del poder, como cuando los agentes del orden reciben una toma de independencia de decisiones de autoridad. Esta delegación de poder les permite elegir la mejor manera para alcanzar los objetivos del departamento a través de estrategias innovadoras los oficiales toma decisiones en el campo de forma autónoma, lo cual es muy favorable debido a la naturaleza de su trabajo.

## **Enfoque de motivación**

En este enfoque, los empleados no reciben alimentación independiente. Por ejemplo: Los administradores cumplen la ley, dando a los funcionarios el reconocimiento de las formas en que contribuyen a los objetivos del departamento, el gerente o administrador debe tomar un papel más importante en el establecimiento de metas, en la comunicación con los empleados se sienten más capaces de seguir con las obligaciones de su trabajo y apropiarse a las funciones en la organización.

Estas estrategias, brindan a la mayoría de las empresas una mejor calidad en la productividad de sus negocios, agregando a esto el valor del liderazgo y otras habilidades importantes que ayudan al profesional a realizar sus labores. (Gordon, 1996).

## **Aspectos claves del empoderamiento**

### **Compartir información.**

El aspecto más trascendental del empoderamiento tiene que ver con la capacidad que tiene una organización para procesar la información, y la capacidad que tiene su gente para acceder a ella y transformarla en conocimientos que eleven los niveles de eficiencia y eficacia, mejorando de esta manera el desempeño de su gente. Si el personal no puede obtener la información que le permita mejorar su autonomía en el proceso de decisiones y, por el contrario, ésta se encuentra concentrada en los altos directivos de la organización, la responsabilidad será de las personas ubicadas en los niveles donde se maneja la información y no se podrá culpar a los empleados de fallas, omisiones o, más grave aún, problemas de insatisfacción de los clientes.

### **Autonomía por medio de fronteras.**

El proceso de facultar a los empleados para que tomen decisiones debe incluir límites de actuación que le indiquen al funcionario los niveles hasta los cuales se puede mover sin poner

en peligro la participación de la compañía en el mercado; dichos límites deben ser tan amplios que permitan movilidad, además deben ser explícitos y conocidos por todos. Dentro de esta figura un propósito muy claro, una visión, una misión y unos valores que se convierten en la directriz para las acciones de todos los empleados.

### **Equipos versus jerarquías.**

La implementación de empoderamiento tiene implicaciones fundamentales en el diseño de la estructura de las organizaciones, ya que estas deben evolucionar a sistemas más ágiles y flexibles, para poder responder oportunamente a los retos del mercado; ello implica un cambio estructural donde los procesos decisorios no se concentren en los niveles jerárquico más altos de las empresas, sino que se diseñe una estructura de procesos donde las personas trabajen en equipo con la autonomía necesaria para tomar las decisiones que les correspondan de acuerdo con sus responsabilidades. (Lafaurie, 2003)

#### **4.5.2. Empoderamiento como estrategia de desarrollo humano (Modelos de las ONG-PNUD).**

Progresivamente en las últimas décadas, las mujeres, especialmente aquellas con mayor instrucción, han venido ejerciendo un rol más activo dentro de la sociedad, podemos observar que cada vez es más frecuente observar mujeres en actividades como la política, la empresarial, o participando en importantes puestos de instituciones privadas o públicas, incluso de tipo castrense. Múltiples factores han contribuido a este hecho, las poblaciones de mujeres jóvenes tienen mayor acceso a la educación y al trabajo, los cambios (científicos y tecnológicos) que en los últimos tiempos se han dado en la sociedad y, por otro lado, las diversas organizaciones, particularmente de corte feminista, que pretenden una mayor participación social de la mujer con el fin de acortar las diferencias que tradicionalmente han existido entre hombres y mujeres en las sociedades, esto lo podemos ver a simple vista porque hasta mujeres que viven en condiciones de pobreza buscan como participar dentro de sus comunidades o zonas de vivienda a través de las múltiples organizaciones de apoyo social. (Portocarrero, 2010)



En el nivel colectivo, las mujeres se integran para alcanzar un mayor impacto en la consecución de cambios mediante la acción colectiva. Mientras que el núcleo del empoderamiento en la dimensión de las relaciones cercanas implica el sentimiento de empoderamiento con relación a otras personas mediante las habilidades de negociar, comunicarse, conseguir apoyo, defender los derechos propios así como el sentido del ser y la dignidad en el plano relacional.

El núcleo del empoderamiento en la dimensión personal implica procesos psicológicos y psico-sociales que ocurren según la experiencia e historia específica de cada mujer. Estos procesos derivan en el desarrollo de la confianza en uno mismo, la autoestima, el sentido de ser un agente de cambios, la dignidad y el sentido del ser en un contexto amplio, es decir, el sentimiento de poder moverse fuera de las tareas que su contexto y cultura le han asignado debido al género. Por su parte, el núcleo de la dimensión colectiva consiste en la identidad de grupo, el sentido de agencia de cambio en el nivel colectivo, la dignidad de grupo y la autogestión. (Barreda, 2002)

### **Empoderamiento desde el enfoque de equidad de género**

Se define como la distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre mujeres y hombres. El concepto reconoce que entre ellos hay diferencias en materia de necesidades de salud, acceso y control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse a fin de corregir los desequilibrios. Relacionado a este enfoque está el concepto de diversidad, que reconoce la heterogeneidad de los grupos femeninos y masculinos. Al abordarse los problemas de género y salud deben tenerse en cuenta las diferencias respecto a edad, situación socioeconómica, educación, grupo étnico, cultura, orientación sexual, discapacidad y ubicación geográfica. La equidad de género en ningún caso supone un modelo único para todas las culturas, sino que refleja la preocupación de que mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades y puedan tomar de forma conjunta decisiones vitales.

PNUD: La definición más amplia de empoderamiento femenino es “la expansión en las habilidades de las personas para realizar decisiones de vida estratégicas en un contexto donde

esta habilidad les era previamente negada” (Narayan, 2005). Asimismo, según Malhotra y Schuler (2005), el empoderamiento femenino también se concentra en el hecho de que las propias mujeres deben ser actores significantes en el proceso de cambio que está siendo descrito o medido, de lo contrario, no será empoderamiento (Narayan, 2005).

Malhotra y Schuler (2005) afirman que la medición en términos prácticos del empoderamiento es difícil ya que las dimensiones que lo componen no pueden separarse fácilmente. Muchos de los aspectos del empoderamiento económico y social se traslapan considerablemente con el empoderamiento en la dimensión familiar. Tal es el caso de cuando una mujer logra un mayor control sobre el gasto o ahorro doméstico o reduce las limitaciones en su movilidad o actividades sociales (Narayan, 2005).

Según Malhotra y Schuler (2005), otra de las dificultades en la medición del empoderamiento radica en el hecho de que los comportamientos y atributos que significan empoderamiento en un contexto generalmente tienen significados distintos en otro. Dichos contextos no solo varían a través de los escenarios socioculturales, sino también a través del tiempo, a medida en que evolucionan las fronteras normativas y de comportamiento que dan significado a comportamientos en particular. De esta manera, “una vez que un comportamiento u actividad se convierte en la norma aceptada, existen razones insuficientes para esperar que dicho comportamiento u actividad ejerzan una influencia en el nivel de empoderamiento de acción de cierto individuo.” (Narayan, 2005).

El desarrollo humano es la ampliación de las libertades reales que tienen las personas para elegir lo que valoran en la vida. La ampliación de las libertades reales depende del acceso a las oportunidades, tanto en el inicio de la vida como a lo largo de ella, ya que, por ejemplo, no tener acceso a una nutrición o a una educación adecuada a temprana edad puede afectar las posibilidades de lograr las destrezas necesarias para tener una vida satisfactoria. (Barreda, 2002)

Por todo esto, el desarrollo humano es una cuestión de poder. Las libertades reales están asociadas a las capacidades que tienen las personas para poder elegir. Esas capacidades se

aportan, individualmente ya que es la persona quien está nutrida, quien tiene salud, quien ejerce sus derechos; sin embargo, muchas capacidades se construyen socialmente, por cuanto dependen del sistema educativo, del sistema de salud, de que exista un pleno estado de derecho, etc. Más aún, las personas viven en sociedad y, por lo tanto, las relaciones interpersonales son parte de su bienestar. Así, para explicar el nivel de desarrollo no basta con valorar las capacidades y logros individuales, sino que son necesarias las capacidades y los logros sociales. (PNUD - República Dominicana, 2008)

### **El empoderamiento**

El empoderamiento es la posibilidad de que las personas puedan actuar e incidir en los procesos y decisiones que les afectan y la dimensión social de éste es una garantía del acceso a las oportunidades en sociedades con un deficiente estado de derecho.

El Empoderamiento, tiene dos dimensiones: una individual, que habilita a las personas para hacer algo, y una dimensión colectiva, que es la garantía para acceder a las oportunidades e incidir en las decisiones. Esta dimensión tiene su origen en el reconocimiento de que hay libertades individuales (capacidades) que sólo se pueden lograr colectivamente, que dependen del entorno social y de las libertades que alcanza la sociedad en su conjunto. (PNUD - República Dominicana, 2008)

En una sociedad con un estado de derecho deficiente, sostener las condiciones que amparan las capacidades individuales depende de las capacidades sociales, porque el simple cambio de un funcionario público puede borrar los logros conseguidos en materia de acceso a oportunidades. Solamente una población empoderada, que ejerza sus capacidades individuales y sociales, puede ser la garantía del estado de derecho. Por otra parte, si quienes se desarrollan son las personas, estamos hablando de sujetos específicos que viven en situaciones y circunstancias concretas, en un espacio y en un tiempo determinado, y ello nos remite a la dimensión local y territorial del desarrollo.

En esta perspectiva, el bienestar de las personas es el fin del desarrollo, lo cual nos remite a un compromiso ético, en donde el campo de evaluación del éxito de las políticas, las instituciones y la economía es determinar cuanto mejor viven las personas, no en abstracto sino en lo concreto; lo cual incluye las relaciones interpersonales y la forma de inserción de éstas en la sociedad. (PNUD - República Dominicana, 2008)

En la visión de desarrollo humano, el empoderamiento es un fin en sí mismo, que hace que las personas se reconozcan como sujetos de sus propias historias. También es un medio, que permite garantizar la equidad, en tanto esta última es producto de las relaciones sociales de poder. Hay muchas formas de generar empoderamiento social, pero las más comunes son el acceso a la información, la inclusión, la participación, la responsabilidad, la rendición de cuentas y la capacidad de organización local.

### **La apropiación colectiva**

El empoderamiento social o capital social es de apropiación colectiva cuando hay vínculos, comunicación y reciprocidad entre diversas personas del grupo, quienes establecen relaciones horizontales entre ellos, formando una red, sin centro, basada en multiplicidad de puntos que se cruzan.

La dimensión colectiva tiene a su vez dos componentes: el empoderamiento social y el político. El primero se analiza en esta sección y el segundo nos remite a las libertades positivas para ejercer los derechos democráticos y al conocimiento subjetivo de éstas. Es decir, la garantía de vivir en un estado de derecho.

El Índice de Empoderamiento Social (IES) está constituido por seis variables y cada una de ellas se asocia a un conjunto de indicadores. Las variables son equidad de género, confianza interpersonal, pertenencia, participación, movilización y confianza en las instituciones. (PNUD - República Dominicana, 2008)

Las formas de empoderamiento social, entendiéndolas como el resultado del grado de solidez del tejido social, de la solidaridad recíproca entre las personas que integran el colectivo y del capital social acumulado por la población en su ámbito local o nacional. Nos refiere a la participación, a la confianza interpersonal, a la confianza en las instituciones, al sentido de pertenencia al grupo, al nivel de movilización, a la inclusión social, a la interrelación entre personas e instituciones de cara a un fin común.

Todos estos aspectos son parte integral del bienestar de las personas, las cuales se realizan en el ámbito individual, pero necesariamente a través de las capacidades colectivas, porque garantizan la existencia

El empoderamiento social puede jugar o no un rol sinérgico en todos los otros tipos de empoderamiento, según se utilice para la acción y el bienestar colectivo o no también la descripción delo que es un pueblo no es estática, por naturaleza está en continua evolución. (PNUD - República Dominicana, 2008)

## **Índice de Empoderamiento Social (IES)**

### **Género**

- % de personas que cree que la mujer tiene igual capacidad que el hombre para gobernar.
- % de personas que cree que la mujer debe participar de igual manera que el hombre en la política.
- % de personas que cree que la mujer no solo debe de trabajar cuando el ingreso del hombre no alcanza.
- % de personas que cree que el hombre y la mujer deben de tomar las decisiones conjuntamente en el hogar.

### **Pertenencia**

- % de personas que se siente muy o bastante orgulloso de ser dominicano.

- % de personas que cree que los dominicanos tienen muchas o bastantes cosas y valores que los unen.

### **Movilización**

- % de personas que ha participado alguna vez en manifestaciones o protestas en su vida.
- Número anual de protestas por cada 10,000 habitantes.

### **Confianza en las instituciones**

- % de personas que para poder resolver sus problemas alguna vez ha pedido ayuda o cooperación a alguna
- institución.
- % de personas que cree que los tribunales de justicia garantizan un juicio justo.
- % de personas que cree que los derechos básicos de la ciudadanía están bien protegidos por el sistema político.

### **Participación**

- % de personas que ha estado asistiendo a reuniones comunitarias sobre algún problema de la comunidad.
- % de personas que cree que en el último año ha contribuido a la solución de algún problema de su comunidad.

### **Confianza Interpersonal**

- % de personas que cree que la gente de su comunidad es confiable.
- % de personas que cree que la mayoría de las veces la gente trata de ayudar al prójimo.
- % de personas que cree que la gente, si se le presenta la oportunidad, no se aprovecharía del prójimo. (PNUD - República Dominicana, 2008)

Según las encuestas LAPOP 2006 la diferencia por sexo en las diversas organizaciones es significativa, ajustada a los roles tradicionales asociados al género. Los hombres participan más en las asociaciones vinculadas con mejoras a la comunidad, ya sean profesionales, campesinas o sindicatos; mientras que las mujeres participan más en asociaciones de madres y padres. Por otro lado, las mujeres, en general, participan menos que los hombres. (PNUD - República Dominicana, 2008)

### **Empoderamiento Político**

El Empoderamiento Político, implica la participación y el ejercicio efectivo de los derechos políticos como medio para garantizar el acceso a las oportunidades. La contraparte es un comportamiento de los partidos como espacios esencialmente públicos que convocan voluntades, ofrecen opciones y sirven de mediación en función de un interés general o colectivo. Teóricamente, el empoderamiento político debe reflejar:

- El ejercicio de las capacidades políticas y la titularidad de derechos políticos que se desprenden de la institucionalidad democrática (diálogo, disidencia y crítica política, derecho de votar, condiciones reales y formales para ser elegido/a).
- El empoderamiento legal, que se refiere al conocimiento de los derechos y las leyes, la capacidad para hacer cumplir los derechos y la capacidad de movilizarse para ejercerlos y defenderlos. (Hartu-emanak, 2004)

### **Empoderamiento en Justicia**

El acceso equitativo a la justicia es uno de los componentes del bienestar de las personas. El empoderamiento en justicia conlleva la apropiación de la ley y de la reforma del sistema de administración de justicia como herramientas para incrementar el control y las oportunidades de desarrollo de las personas pobres, a través de una estrategia que combine educación y acción.

El empoderamiento implica la alfabetización legal y judicial, que no es lo mismo que educar en estado de derecho, aun cuando pueda haber coincidencia en ambos. Promover el estado de derecho se circunscribe a mejorar la organización, la capacitación y la información judicial mediante reformas institucionales, legales y culturales el interés es mejorar la oferta en cantidad y calidad del servicio público de justicia, “lo cual no mejora la cultura de utilización de este servicio por parte de los usuarios y menos en el uso que pueden hacer de tales servicios las personas pobres o los grupos en desventaja. La reforma judicial y la promoción del estado de derecho se han orientado a mejorar la democracia de las instituciones, el empoderamiento legal se dirige a constituir o impulsar la democracia de los derechos. De esta forma el empoderamiento legal establece puentes entre las iniciativas de mejoramiento de la oferta judicial con programas de desarrollo humano y de reducción de la pobreza”. (PNUD - República Dominicana, 2008)

Desde la perspectiva planteada, el empoderamiento ciudadano en materia de reforma judicial ha de enfocarse en dos objetivos estratégicos:

- El acceso a la justicia. Esto requiere que el Estado preste servicios que lo garanticen: existencia de tribunales, asistencia legal gratuita para representar en justicia a las personas más pobres y excluidas, una política de información ciudadana sobre el uso de los medios de garantía de los derechos fundamentales, etc.
- El uso de métodos alternativos de resolución de disputas como la conciliación, la mediación y el arbitraje, cuando éstas sean apropiadas.

Sobre el primero, los obstáculos principales para acceder al sistema son:

- a) Los altos costos de los procesos judiciales.
- b) La falta de información sobre los derechos fundamentales y sobre los mecanismos para reclamar su eficacia.



- c) Corrupción e ineficiencia judicial que genera desconfianza.
- d) Ritualismo excesivo en la tramitación. *El empoderamiento implica no sólo disponer de leyes, sino que las personas se apropien de ellas* de los procesos, que los hace innecesariamente complejos.
- e) Falta de condiciones físicas y de servicios básicos para garantizar el acceso físico a personas con discapacidades físicas o a inmigrantes que no dominan el idioma y no entienden ni pueden hacerse entender en castellano. (PNUD - República Dominicana, 2008)

Los métodos alternativos de resolución de disputas también mejoran el empoderamiento.

Se desarrollaron a partir de los años 60, fundamentalmente en el ámbito local o comunitario, como parte del movimiento o modelo de la resolución alternativa de disputas. Las técnicas principales son la conciliación, la mediación y el arbitraje. Con estos mecanismos las partes involucradas en los conflictos juegan un papel decisivo en su solución, lo cual hace que se desarrollen técnicas y habilidades que potencian su compromiso y conciencia ciudadana.

Educar en estado de derecho es constituir o impulsar la democracia y empoderamiento en justicia se refiere al interés por mejorar la oferta en cantidad y calidad del servicio público de justicia de los derechos. Ante la necesidad urgente de propiciar el empoderamiento en justicia de la ciudadanía, el uso de métodos alternativos para la solución de conflictos, como conciliación, mediación y arbitraje, es una forma de lograrlo siempre que esta práctica no vulnere la seguridad de las partes. (PNUD - República Dominicana, 2008)

### **La inclusión de las mujeres**

Uno de los aspectos más desalentadores para el desarrollo del capital social es la persistencia de las prácticas y estructuras de exclusión, particularmente hacia las mujeres, lo que reduce su capacidad deliberativa, su empoderamiento y disminuye el desarrollo humano.

El Índice de Equidad de Género ha sido construido en base a cuatro preguntas:

- Porcentaje de personas que cree que la mujer tiene igual capacidad que el hombre para gobernar.
- Porcentaje de personas que cree que la mujer debe participar de igual manera que el hombre en la política.
- Porcentaje de personas que cree que la mujer no solo debe de trabajar cuando el ingreso del hombre no alcanza.
- Porcentaje de personas que cree que el hombre y la mujer deben de tomar las decisiones conjuntamente en el hogar.

Las mujeres tienen una limitada participación en el liderazgo político. Existe un conjunto de prácticas que dificultan su inclusión política, a pesar de la existencia de leyes 18 que establecen cuotas para la presentación de candidaturas femeninas en todos los ámbitos. Sin embargo, en la práctica, tanto los partidos como la Junta Central Electoral (JCE) han encontrado formas de esquivar estas cuotas. (Tello, 2009)

El IPG refleja la desigualdad de género en términos de oportunidades en tres ámbitos fundamentales:

- Participación política. El empoderamiento en esta área se mide por el porcentaje de hombres y mujeres electos al congreso o al senado.
- Participación económica. Calcula el empoderamiento por el porcentaje de legisladores, altos funcionarios y directivos que son mujeres, así como por el porcentaje de puestos técnicos y profesionales que corresponden a mujeres.
- Poder sobre los recursos económicos. El empoderamiento en esta área se mide a través del ingreso percibido por hombres y mujeres.

El ingreso per cápita presenta una gran desigualdad que perjudica a las mujeres, las cuales recibieron sólo el 43% del ingreso que reciben los hombres, a pesar de presentar mejores niveles de educación promedio. (PNUD - República Dominicana, 2008)

## **Educación, una capacidad básica**

*La educación es un proceso de creación de libertades* para que pueda elegir conscientemente y tenga opciones en la vida. En tal sentido, los beneficios de la educación son superiores a su papel como capital humano en la producción de bienes.

El Índice de Empoderamiento en Educación (IEEd), junto con el empoderamiento económico, en salud y en tecnologías de la información y la comunicación determinan el empoderamiento individual. El empoderamiento individual y el colectivo definen el Empoderamiento humano.

Para el desarrollo humano la educación es fundamentalmente un proceso de creación de libertades, de preparar a la persona:

- a) Creación de capacidades para materializar los derechos humanos de manera universal.
- b) Creación de ciudadanía y cohesión social.
- c) Creación de capacidades para la productividad y la expansión de la base material.
- d) Acciones afirmativas para las personas más desfavorecidas.
- e) Protección contra riesgos y vulnerabilidades en coyunturas difíciles.
- f) Empoderamiento, participación e institucionalidad. (PNUD - República Dominicana, 2008)

## **La relación entre salud y creación de capacidades locales**

La salud es la capacidad más básica de las personas y es una parte constitutiva para definir la situación de desarrollo humano de una población.

El concepto de salud centrado en las personas conlleva una ruptura radical con el esquema biologicista, curativo y hospitalario que ha predominado.

El Índice de Empoderamiento de Salud (IESA) se refiere a la posibilidad de que las personas tengan una vida saludable y prolongada, que puedan evitar las enfermedades prevenibles o las

muerres prematuras. Esto se logra combinando las políticas públicas que crean las condiciones para tener una mejor salud con medidas de salud preventiva y de atención primaria. (PNUD - República Dominicana, 2008)

#### **4.5.3. Empoderamiento como derecho humano fundamental (Modelos de Participación Ciudadana: “el pueblo presidente”).**

El 10 de enero de 2007, no sólo se cambió de gobierno, se inició también un cambio de valores, actitudes, prioridades, estilo de gobernar, relaciones de poder y políticas. El punto inicial y final de estas políticas es el desarrollo del ser humano y las familias nicaragüenses, en sus condiciones históricas, culturales, sociales y de políticas nacionales y regionales del Siglo XXI.

En este proceso se está transformando el modelo de sociedad neoliberal por el Modelo Cristiano, Socialista y Solidario del Poder Ciudadano, el cual se basa en valores cristianos, ideales socialistas y prácticas solidarias que guían la construcción de círculos virtuosos de desarrollo humano con la recuperación de valores, la restitución de derechos y el fortalecimiento de capacidades que han permitido ir superando los círculos vicios de pobreza y subdesarrollo y revertir en 2009 el incremento de la pobreza observado entre 2001 y 2005, a pesar de la peor crisis del capitalismo mundial. Esto fue posible por el poder y la participación del pueblo organizado, y como resultado de esa recuperación de valores, apoyando los programas sociales y de capitalización de las familias productoras que han logrado fortalecer sus capacidades y aumentar su participación social y económica.

El Modelo Cristiano, Socialista y Solidario del Poder Ciudadano del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional tiene como finalidad la supervivencia y realización de los seres humanos; como objetivo transformaciones estructurales para superar la exclusión y liberar el potencial de desarrollo humano de los excluidos históricamente, como los pobres, las mujeres, los jóvenes, los pueblos originarios, los afro descendientes, los discapacitados, entre otros.

El modelo tiene un supuesto de que la única manera de transformar Nicaragua es transformando a las y los nicaragüenses, y los logros 2007-2011 lo demuestran, con más de 500,000 personas en alfabetización y post alfabetización, con la restitución del derecho humano y constitucional a la salud y educación gratuita y universal (Artos. 105 y 121 de la Constitución Política de la República, respectivamente), con más de 100 mil mujeres campesinas capitalizadas en el campo de Hambre Cero y más de 123 mil mujeres pequeñas empresarias capitalizadas en la ciudad con el Programa Usura Cero, entre otros logros, son ejemplos de cómo el modelo llevó a la recuperación de valores, a la restitución de derechos y el fortalecimiento de capacidades de las y los nicaragüenses. Por eso el Plan Nacional es de Desarrollo Humano y no de desarrollo económico y social. (República de Nicaragua, 2012)

### **Participación directa a nivel local**

El modelo de responsabilidad compartida del desarrollo municipal es desarrollado entre el gobierno municipal, regional y Poder Ciudadano. Se ha fortalecido el modelo de restitución de derechos a través de la participación directa de la población para la toma de decisiones y el control de las inversiones contenidas en el presupuesto municipal.

El GRUN busca el fortalecimiento de los espacios de decisión de la población con la adecuación e implementación del Sistema de Planificación Municipal para el Desarrollo Humano (SPMDH). Por lo tanto, continuará fortaleciendo el modelo de democracia directa, como mecanismo óptimo para la restitución de derechos a la población, particularmente de mujeres y jóvenes, con equidad de género. Hay una tendencia hacia el incremento de la participación directa de hombres y mujeres en la toma de decisiones en todas las fases y etapas del SPMDH.

El gran desafío continúa siendo la reducción de la pobreza general y la extrema en la zona rural, donde la pobreza es más profunda y severa. La pobreza extrema rural supera aproximadamente en 5 veces a la pobreza extrema urbana y la pobreza general rural duplica la pobreza general urbana. Se han dado grandes avances en este sentido, gracias a la aplicación de políticas y programas focalizados en el campo. A nivel de consumo, mientras la pobreza

general del área rural se redujo en 7.0 puntos porcentuales, la urbana se redujo en 4.1 puntos. En tanto, la extrema pobreza rural disminuyó en 3.9 puntos porcentuales y la pobreza extrema urbana en 1.1 puntos. Medida por ingresos, la reducción en la proporción de personas que sobreviven con menos de 1.25 dólares al día fue de 2.3 y 9.8 puntos porcentuales para área urbana y rural respectivamente y para los que viven con 2.0 dólares diarios la reducción fueron de 6.1 y 15.7 puntos porcentuales para área urbana y rural, respectivamente.

La política de inversión pública del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional seguirá dirigida a elevar la eficiencia, rendimiento e impacto de la inversión pública en el crecimiento económico y reducción de la pobreza.

El marco global de la Política de Inversión Pública está dirigido a: i) la pre-inversión como instrumento para reducir la improvisación de la inversión; ii) adopción de un enfoque sectorial y nacional en lugar de proyectos institucionales; iii) focalización de la inversión en los sectores estratégicos productivos y sociales; iv) formación de capital fijo como generador de capacidad; v) adopción de un sistema de seguimiento físico y financiero más eficiente; y, vi) controles adecuados sobre la inversión pública para seguir garantizando la transparencia y probidad. (República de Nicaragua, 2012)

### **Comunicación y educación a la población contra la violencia**

La implementación del Modelo de Seguridad Comunitario incluye, además, una estrategia preventiva y proactiva, a través de diferentes expresiones que parten en primer lugar de la información, el contacto directo con la población, la juventud, las mujeres y la niñez; lo que debe incidir en el proceso educativo de las ciudadanas y ciudadanos.

Por tanto, el Modelo incluirá para los próximos años una Política de Comunicación y Educación a la población contra la violencia basada en dos pilares:

- 1) El fortalecimiento de los Consejos de Convivencia y Seguridad Ciudadana en las delegaciones departamentales y Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur.

- 2) El mejoramiento de la calidad de la atención a la población que demanda los servicios de la Policía Nacional, por medio de la capacitación, fortalecimiento a través de la preparación continua a jefes de sectores y patrulleros. (República de Nicaragua, 2012)

### **Política integral contra la violencia intrafamiliar, sexual y de género**

Desde el Modelo de Seguridad Comunitario, el GRUN igualmente busca combatir la violencia intrafamiliar, sexual y de género, siempre desde la promoción de la participación social en la búsqueda de soluciones.

La política contra este flagelo parte del fortalecimiento de mecanismos de educación, capacitación e información a través de campañas y programas que aborden el tema de la violencia intrafamiliar, sexual y de género, enfocados sobre todo en la formación de los más jóvenes, desde los colegios públicos y privados. Esta estrategia debe contar con la participación de padres de familia y docentes, de la Policía Nacional a través del Plan de Seguridad Escolar, Comisarías de la Mujer, Niñez y Adolescencia, así como para las Promotoras Solidarias. (República de Nicaragua, 2012)

### **Programa de Mujer, Niñez, Adolescencia, Juventud y Familia**

Los programas que se llevaron a cabo en el período 2007-2011, contemplaban el tema de Mujer, Niñez, Adolescencia, Juventud y Familia, como un eje transversal, dándose avances en el otorgamiento de microcrédito a 2,419 mujeres socias del Programa Usura Cero, lográndose capitalizarlas económicamente. En esta nueva fase de la EDCC, producto de las consultas a la población del Caribe y el Alto Wangki Bocay, surge la demanda de implementar un programa específico dirigido a este sector.

En el periodo 2012-2016, se continuará garantizando y se dará seguimiento al cumplimiento de las políticas públicas que promuevan la protección de los derechos y garantías de niños, niñas, adolescentes, juventud, mujer y familia como derechos de orden público, irrenunciables, interdependientes e indivisibles. En este sentido se generaran entornos

protectores a través de la implementación de programas sustentados en un modelo de fomento a los valores y lazos afectivos, dirigidos a la unidad familiar y comunitaria.

## **Política de Salud**

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional considera la salud, al igual que la educación, como un derecho humano y un factor de desarrollo. La política de salud ha estado centrada en restituir el derecho de los nicaragüenses a un medio sano mediante la salud preventiva, y a recibir servicios integrales (servicios de promoción, prevención, de asistencia y rehabilitación), los que deben ser gratuitos (garantizado por el Artículo 105 de la Constitución Política de la República) y de calidad, adecuándolos a las realidades multiétnicas, culturales, religiosas y sociales del país, de tal forma que sean aceptados por todas y todos los nicaragüenses. Lo cual ha requerido de la voluntad política del GRUN acompañada de los recursos disponibles para garantizar el accionar de la red de servicios, que junto a la responsabilidad social compartida y la complementariedad del pueblo protagonista de la construcción social de la salud, ha hecho posible alcanzar mejores niveles de salud y bienestar de las familias nicaragüenses.

La política nacional de salud ha definido como prioritarios para su atención a aquellos grupos vulnerables de la población como los menores de cinco años, adolescentes y mujeres, pobladores de las zonas secas, municipios con población en extrema pobreza, la Costa Caribe, pueblos originarios, trabajadores del campo, personas con discapacidades, madres de héroes y mártires, víctimas de guerra y el adulto mayor.

## **Programa de Salud Regional**

La salud, es un derecho y una corresponsabilidad en donde cada región de la Costa Caribe cuenta con un Modelo de Salud Regional propio, basado en la sabiduría ancestral y organizado desde las comunidades, el que requiere ser ampliado y fortalecido a fin de acercar los servicios a la población, ampliar la cobertura, mejorar la calidad e integrar la sabiduría ancestral como parte del modelo de atención autonómico.



Las acciones a ejecutarse y los resultados esperados son:

- a. Implementación del Modelo Regional de Salud MASIRAAN/RAAS, administrado por las Regiones Autónomas, acercando los servicios de salud a la población como parte del modelo de atención.
- b. Consolidación del modelo de salud intercultural en el Alto Wangki Bocay.
- c. Articulación de los agentes tradicionales de la salud con el modelo de salud intercultural, las prácticas de la medicina ancestral con los servicios que provee el MINSA
- d. Reducción de los índices de mortalidad materna hasta un 60.0 por ciento y a un 30.0 por ciento la mortalidad infantil.
- e. Continuidad a la Operación Milagro para atender las cirugías de ojos demandadas.
- f. Ampliación de la infraestructura de salud con 83 unidades de salud y la construcción de 6 hospitales primarios y del Hospital Regional en Bilwi.
- g. Construcción, rehabilitación y equipamiento de las sub sedes a nivel de los territorios, que incluyen los centros oftalmológicos en la RAAN y RAAS, casas maternas y atención oncológica en Bluefields. (República de Nicaragua, 2012)

## V. DISEÑO METODOLÓGICO

### 5.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, pues se considera que no existe información sobre el nivel de empoderamiento acerca del VPH en mujeres jóvenes de 18 a 25 años. El estudio fue de corte transversal, ya que la información se recopiló en un período determinado y representa el estado de opinión de mujeres que asisten al centro de salud María del Carmen Salmerón. El estudio se desarrolló con un enfoque cuantitativo, ya que los datos recogidos con la técnica de la encuesta, fueron procesados en tablas de frecuencia o con el auxilio de gráficas.

### 5.2. Área de Estudio:

El estudio se realizó entre las pacientes jóvenes que asisten al Centro de Salud “María del Carmen Salmerón” ubicado en la Colonia Roberto González, del municipio de Chinandega.

**Población total:** 13,224 Habitantes.

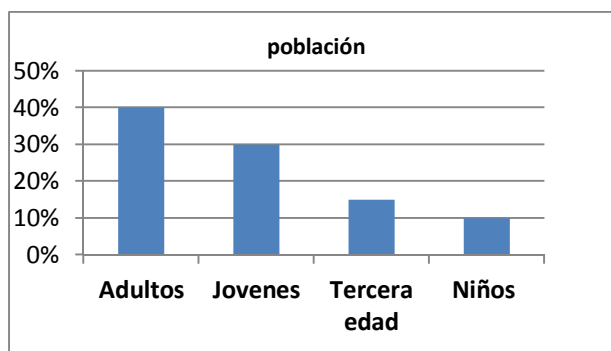
**Densidad de la población:** 10% de densidad poblacional, ya que es uno de los Barrios más grande que tiene Chinandega.

**Distribución de la población por edad y sexo:**

- **Mujeres:** 6,722
- **Hombres:** 6,502

## Distribución por grupo de edad. (Porcentaje, diagramas)

Porcentaje de la población por edad

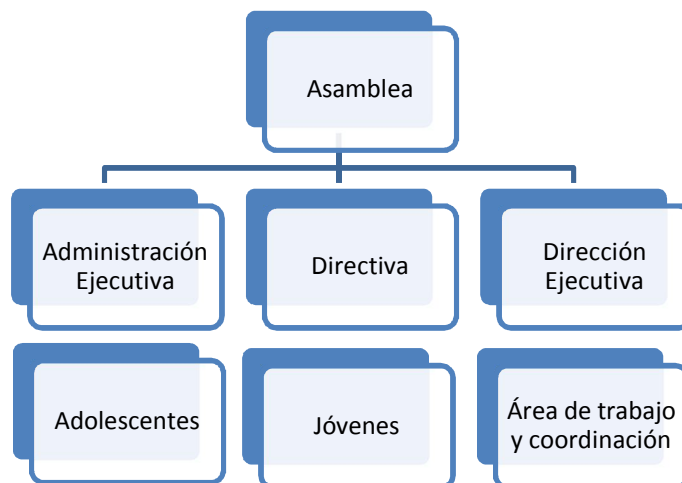


Se puede considerar como un área urbana. En este territorio desarrolla su trabajo de promoción la Casa del joven voluntario (CAJOVO), creado en el año 2001

El proyecto nace ante la falta de policías hacia la juventud, por lo que se toma la decisión de formar la casa del joven y promover los derechos humanos y que contaran con un lugar de referencia para sus reuniones y actividades.

**Organismos de quien depende:** Es una organización no gubernamental sin fines de lucro financiada en parte por Unión Europea.

**Organigrama:**



**Objetivos que pretende conseguir:** Promover el voluntariado social entre adolescentes y jóvenes para lograr cambios en la sociedad.

**Campo en el que trabaja:** Social.

**Beneficiarios:** Niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

**Área:** Salud, educación y justicia penal.

**Recursos:** recursos humanos profesionales, no profesionales, materiales, técnicos recursos económicos.

**Proyecto:** Fortalecer las capacidades de AJ en Chinandega y el atlántico norte, para hacer valer sus derechos en salud sexual y reproductiva.

### 5.3. Universo y muestra.

**Unidades de análisis:** Mujeres jóvenes de 18 a 25 años.

**Universo:** Todas las mujeres que asisten al centro de salud María del Carmen Salmerón. Según fuentes del Centro son aproximadamente 500 mujeres jóvenes.

**Muestra:** La muestra estuvo conformada por 81 mujeres jóvenes. El tamaño de la muestra se determinó con el programa Stats, distribuido por McGraw Hill, en el libro de Metodología de Investigación de Roberto Hernández Sampieri y Colaboradores, con los siguientes parámetros:

- Nivel de confianza: 95%
- Homogeneidad de la muestra: 50%
- Máximo error permitido: 10% (Se tomó este valor por razones económicas)

**Tipo de muestreo:** Al ser un estudio descriptivo, se prefirió un muestreo por conveniencia, conformado por mujeres jóvenes de 18 a 25 años asistentes en el período del 7 al 17 de mayo de 2013, hasta alcanzar tamaño de la muestra determinada.

### 5.4. Instrumentos de recolección de información.

Se aplicó una encuesta para medir el nivel de empoderamiento, conocimientos, actitudes y prácticas conformada por 92 ítems y dividida en cinco secciones.

La primera sección corresponde a los datos generales, con 6 ítems.

Una sección para la medición del nivel de conocimientos integrado por 24 ítems.

Una sección para la valoración de las actitudes conformada por 15 ítems con una escala tipo Lickert de 5 opciones de respuesta: Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo.

Una sección para medir las prácticas de riesgo para adquirir VPH con 20 ítems.

Y por último una escala de nivel de empoderamiento tipo lickert de 5 opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo no en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo conformada por 27 ítems.

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Objetivos Específicos	VARIABLES	Definición	Definición Operacional	Valores	Escala
Valorar el nivel de conocimiento en VPH en mujeres jóvenes en la colonia Roberto González.	Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento a la fecha de hoy	Edad en años	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Media, desviación estándar, distribución por grupos etáreos</li> </ul>	Numérica y cualitativa
	Orientación sexual	La orientación sexual, preferencia o inclinación sexual caracteriza el objeto de los deseos amorosos, fantásticos o eróticos de una persona.	La orientación sexual es casi siempre clasificada en función del sexo de la o de las personas deseadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Heterosexual</li> <li>▪ Homosexual</li> <li>▪ Bisexual</li> </ul>	Cualitativa
	Nivel académico	Nivel de escolaridad alcanzado por el encuestado	Último nivel académico aprobado	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primaria incompleta</li> <li>▪ Secundaria incompleta</li> <li>▪ Secundaria completa</li> <li>▪ Universitario</li> <li>▪ Otro</li> </ul>	Cualitativa
	Ocupación	Actividad económica o social a la que se dedica		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trabaja cuenta propia</li> <li>▪ Empleada</li> <li>▪ Estudiante</li> <li>▪ Labores domésticas</li> <li>▪ No trabaja</li> </ul>	Cualitativa
	Estado Civil	Situación familiar del encuestado		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soltero(a)</li> <li>▪ Unión estable / casado(a)</li> <li>▪ Separado(a) / viudo(a)</li> </ul>	Cualitativa

Objetivos Específicos	Variables	Definición	Definición Operacional	Valores	Escala
	Religión	Se refiere a la religión que practica la encuestada		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Católica</li> <li>▪ Cristiano evangélico</li> <li>▪ Testigo Jehová</li> <li>▪ Mormón</li> <li>▪ Adventista</li> <li>▪ Otro</li> </ul>	
	Nivel de conocimientos	Conocimientos que poseen los encuestados	Test de conocimientos, % de respuestas correctas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conocimientos generales sobre VPH y PAP</li> <li>▪ Factores de riesgo VPH</li> <li>▪ Factores De riesgo CACU</li> </ul>	Numérica y Cualitativa
Identificar las actitudes y prácticas relacionadas con el VPH en mujeres jóvenes en la colonia Roberto González.	Actitudes	Predisposiciones aprendidas a responder de un modo consistente a un objeto social.	15 ítems de Escala tipo Lickert de 5 opciones de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Totalmente de acuerdo</li> <li>▪ De Acuerdo</li> <li>▪ Ni acuerdo ni en desacuerdo</li> <li>▪ En desacuerdo</li> <li>▪ Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	Numérica y Cualitativa
	Prácticas	Comportamiento de los encuestados en aspectos relacionados con la prevención de VPH	Valoración de 19 tipos de prácticas positivas o negativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad de inicio relaciones sexuales y embarazo</li> <li>▪ Cantidad de partos</li> <li>▪ Realización de PAP</li> <li>▪ Fuma o planificación con pastillas o inyecciones</li> <li>▪ más de una pareja sexual</li> <li>▪ Uso del condón</li> <li>▪ Infección de transmisión sexual, tipo de contagio y tratamiento.</li> <li>▪ Abortos</li> </ul>	Numérica y Cualitativa
Valorar el nivel de empoderamiento de las de mujeres jóvenes en la promoción sobre la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos en la prevención del VPH en la colonia	Nivel de empoderamiento	Experiencias de ejercer control por medio de la participación en la toma de decisiones o resolución de problemas en su ambiente inmediato	27 ítems de Escala tipo Lickert de 5 opciones de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Totalmente de acuerdo</li> <li>▪ De Acuerdo</li> <li>▪ Ni acuerdo ni en desacuerdo</li> <li>▪ En desacuerdo</li> <li>▪ Totalmente en desacuerdo</li> </ul>	Numérica y Cualitativa

### **5.5. Plan de tabulación y análisis.**

Los datos se capturaron en una base de datos creada en una hoja electrónica con el programa MSEXcel.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v. 10.

La información se organizó en tablas de frecuencia, las que dependiendo de sus características se presentan de manera individual o agrupada.

Para valorar el nivel de conocimientos, se elaboró una escala con los ítems relacionados con los conocimientos sobre el VPH, los que posteriormente se agruparon con la siguiente escala:

- Nivel Bajo
- Nivel Medio
- Nivel Alto

Para identificar las actitudes y prácticas, se procedió a elaborar una escala, teniendo como referentes las actitudes y prácticas positivas, con esta información se elaboraron escalas que permiten agrupar a las encuestadas en:

- Nivel Bajo
- Nivel Medio
- Nivel Alto

Para estimar el nivel de empoderamiento, se construyó una escala tipo Licker, que permite caracterizar a las encuestadas como:

- Nivel Bajo de empoderamiento.
- Nivel Medio de empoderamiento.
- Nivel Alto de empoderamiento.



Se relacionaron las variables demográficas con los niveles de conocimientos, actitudes, prácticas y nivel de empoderamiento, a fin de identificar posibles asociaciones entre ellas. Así mismo se relacionaron estos niveles entre sí.

## VI. RESULTADOS

### 6.1. Datos generales:

Se entrevistó a 81 jóvenes, las menores tienen 18 y las mayores tienen 25 años, con un promedio de edad de 21.9 y una desviación estándar de 2.5.

La siguiente grafica presenta la distribución en grupos etáreos de las encuestadas:

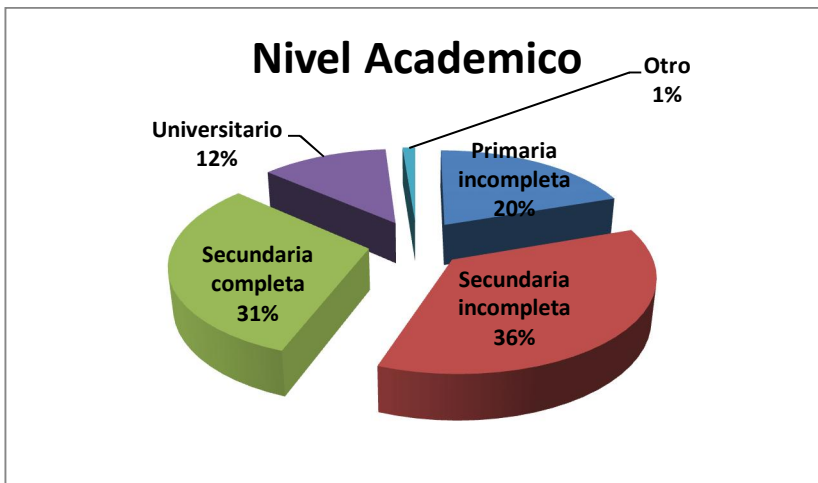


La siguiente tabla indicada la orientación sexual de las encuestadas

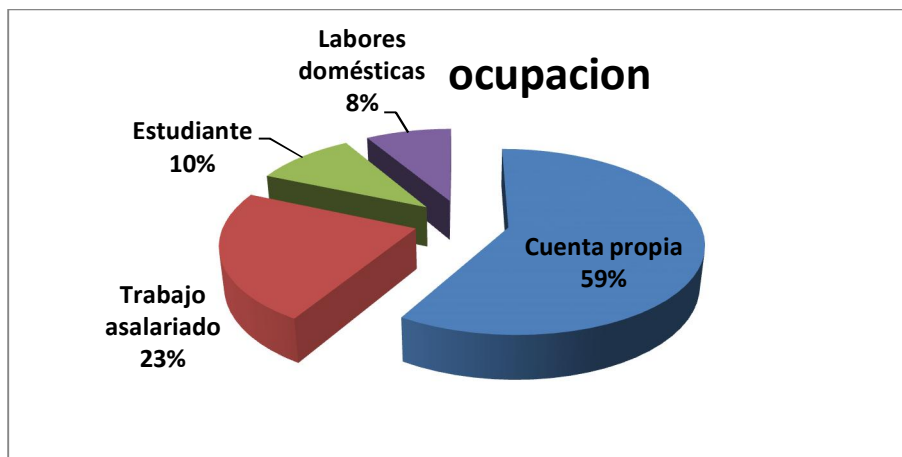
### Orientación sexual

	f	%
Heterosexual	76	93.8
Homosexual	2	2.5
Bisexual	1	1.2
NS/NR	2	2.5
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

La siguiente grafica presenta el nivel académico de las encuestadas:



La siguiente grafica presenta la ocupación de las encuestadas.



De las 81 encuestadas el 53.1 son casadas o están en unión estable, en segundo lugar están las solteras con 45.7

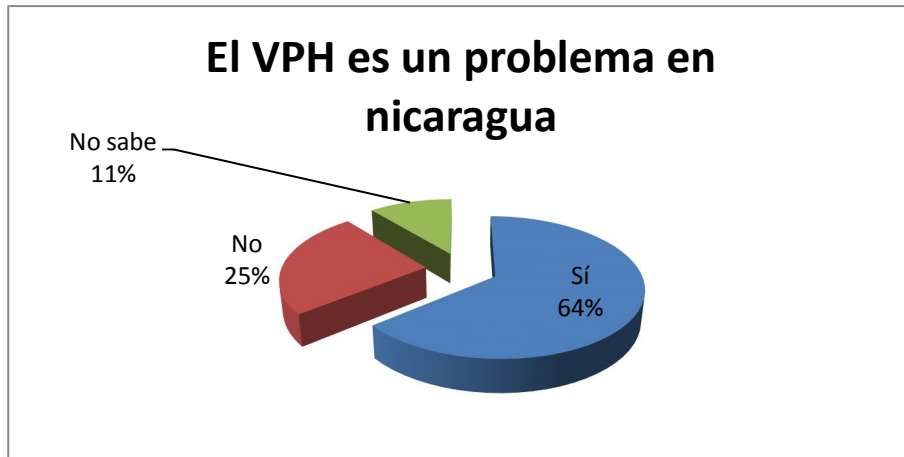
La siguiente tabla representa la religión de las encuestadas.

Religión	Cantidad	%
Católica	42	51.9
Cristiano evangélico	14	17.3
Testigo de Jehová	4	4.9
Mormón	2	2.5
Adventista	4	4.9
Otra	7	8.6
NS/NR	8	9.9
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

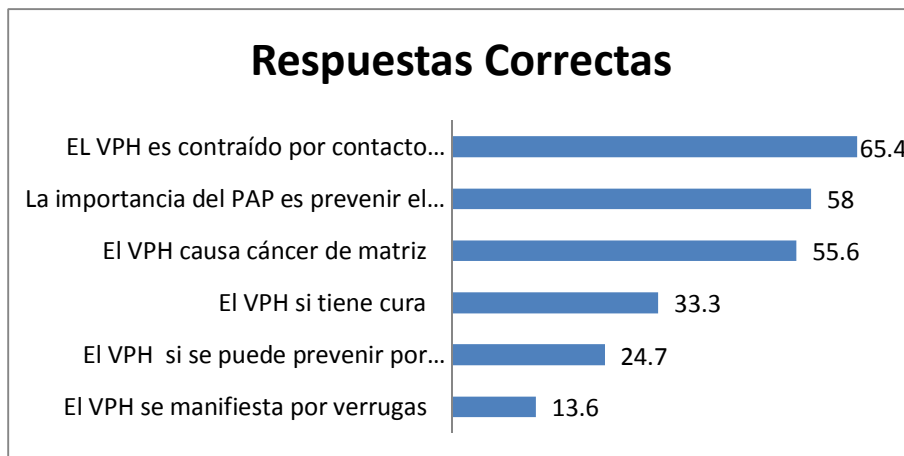
## 6.2. Nivel de Conocimientos sobre el VPH.

Las siguientes graficas presentan las valoraciones de las encuestadas sobre el VPH.





La siguiente gráfica indica el % de respuestas correctas a las siguientes preguntas:



La siguiente gráfica indica las respuestas correctas sobre los factores de riesgo asociados al VPH:



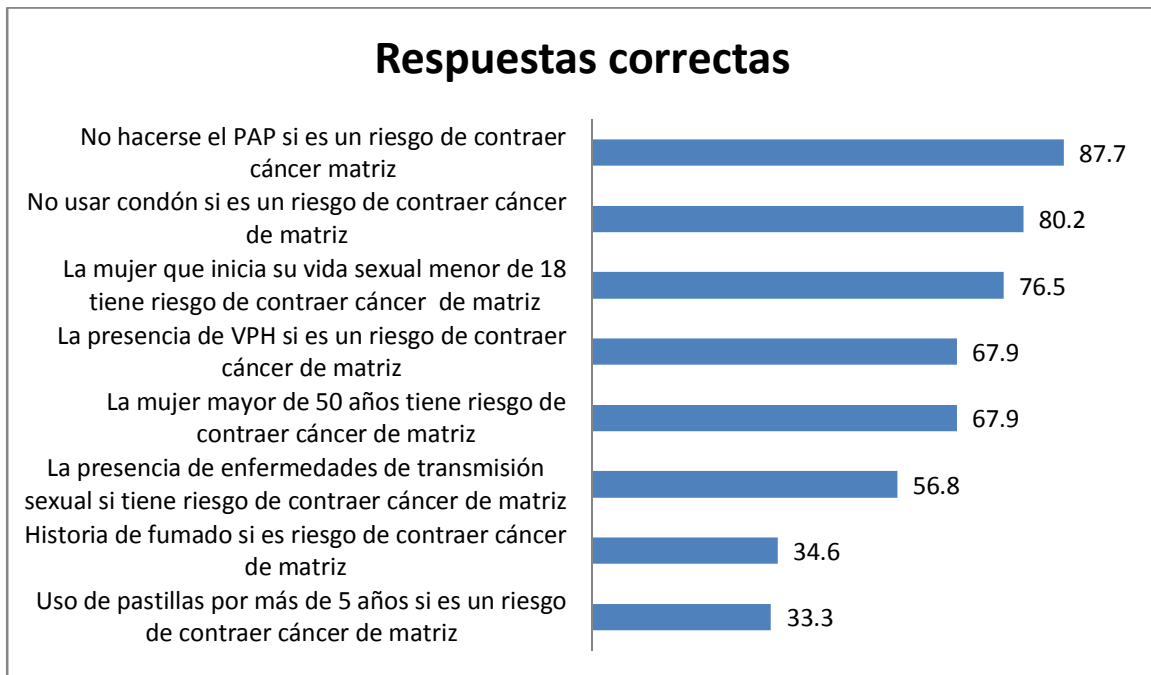
Se agruparon las 13 preguntas asociadas con el VPH y se conformó un test de 13 ítems, se obtuvo una nota mínima de 0 y una máxima de 11, con un promedio de 7.4 y una desviación estándar de 2.27.

La siguiente tabla representa la valoración cualitativa de los resultados en el test de conocimientos sobre VPH

**Valoración cualitativa de Test de conocimientos**

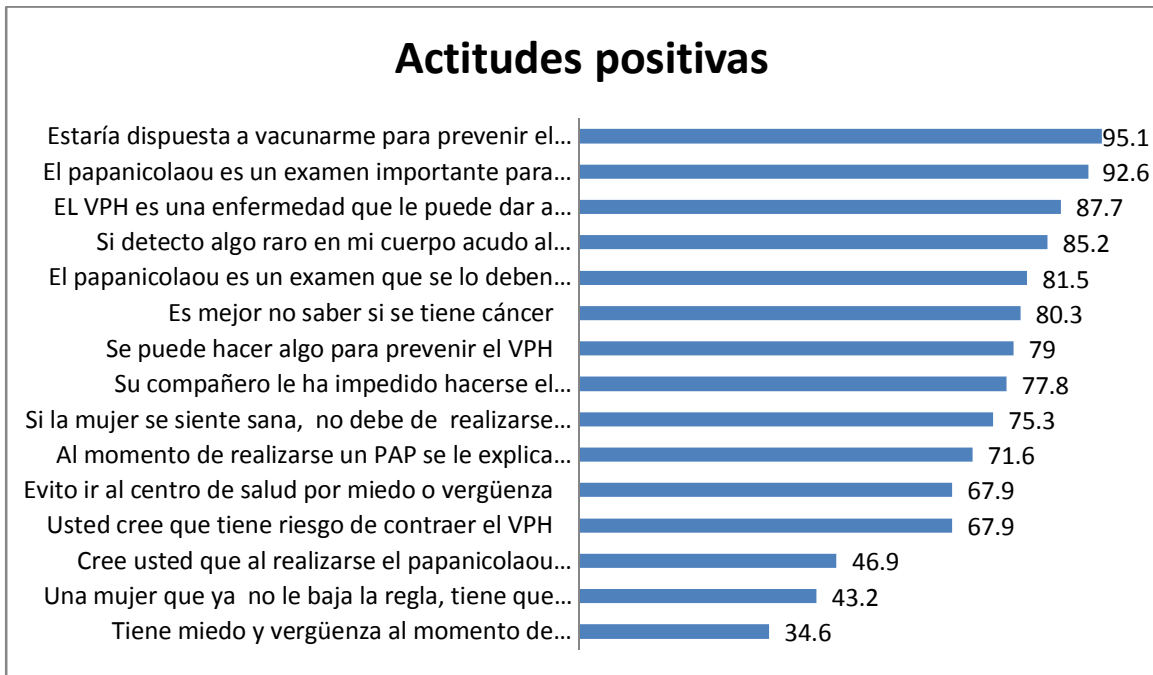
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nivel bajo	38	46.9
Nivel medio	39	48.1
Nivel alto	4	4.9
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100.0</b>

La siguiente gráfica indica las respuestas correctas sobre los factores de riesgo asociados al Cáncer de la Matriz:



### 6.3. Actitudes sobre VPH

La siguiente gráfica indica el % de actitudes positivas con relación a cada uno de los ítems



Se construyó con los ítems anteriores un escala tipo Licker, en la que se obtuvo un menor valor de 15 y un máximo de 47, con un promedio de 30.75 y una desviación estándar de 7.65.

La siguiente tabla representa la valoración cualitativa de los resultados de la escala de actitudes sobre VPH.

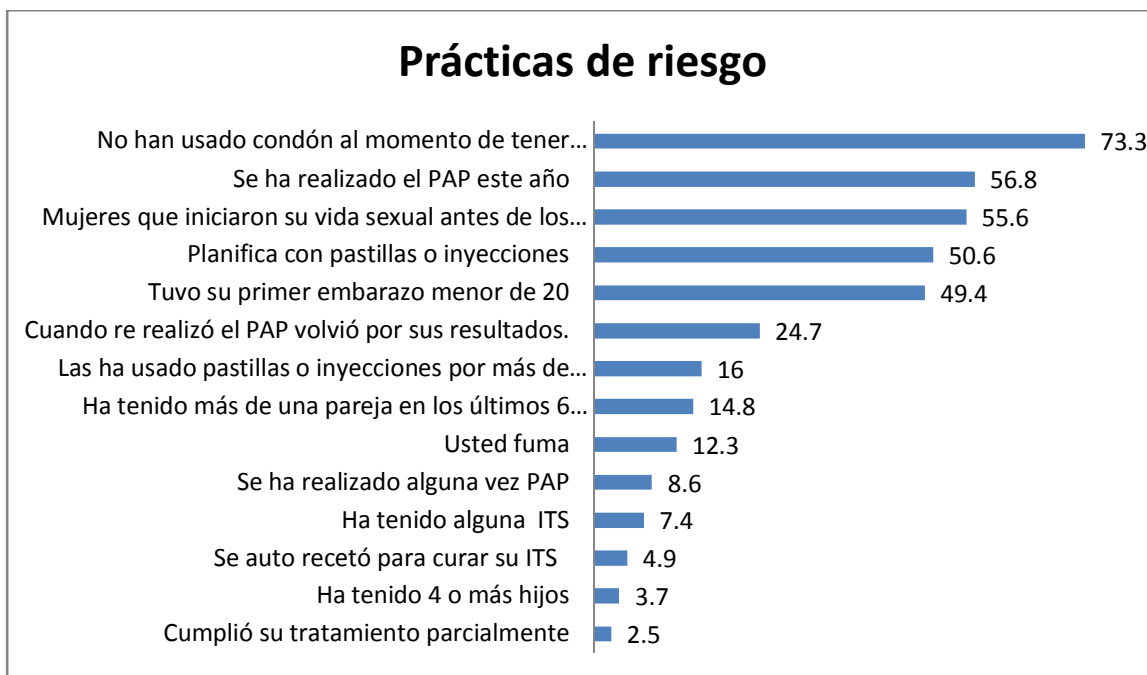
#### Valoración cualitativa de la escala de actitudes

	Frecuencia	Porcentaje
Nivel alto	45	55.6
Nivel medio	32	39.5
Nivel bajo	4	4.9



#### 6.4. Prácticas de Riesgo que aumentan la probabilidad de padecer VPH.

La siguiente gráfica indica el % de respuestas que indican una práctica de riesgo con relación al VPH.



Con los catorce ítems se construyó una escala para valorar el comportamiento individual con relación a dichas prácticas de riesgo, los que menos prácticas reflejan indicaron 0 y los que más prácticas riesgosas manifiestan son 9. En promedio las encuestadas manifiestan realizar 3.8 prácticas riesgosas, con una desviación estándar de 2.1.

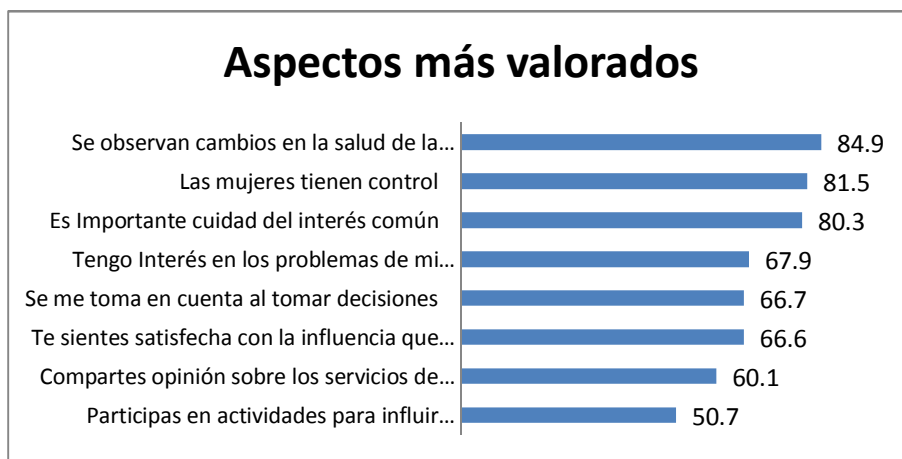
La siguiente tabla representa la valoración cualitativa de los resultados de las prácticas de riesgo sobre VPH.

### Valoración cualitativa de las Prácticas de Riesgo

	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo bajo	68	84.0
Riesgo medio	13	16.0
Total	81	100.0

### 6.5. Nivel de empoderamiento.

Las siguientes gráficas indican el % de aspectos del empoderamiento que poseen las encuestadas.



## Aspectos menos valorados



Con los veinte y siete ítems se construyó una escala para valorar el grado de empoderamiento individual de las encuestadas, los que menos puntaje de la escala obtuvieron fue 33 puntos y los que mayor puntaje obtuvieron 135. En promedio las encuestadas obtienen 73.29 puntos, con una desviación estándar de 20.81.

La siguiente tabla representa la valoración cualitativa de los resultados del nivel de empoderamiento de las encuestadas.

### Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento

	Frecuencia	Porcentaje
empoderamiento bajo	13	17.1
empoderamiento medio	39	51.3
empoderamiento alto	24	31.6
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100.0</b>

## 6.6. Análisis bivariado

Para realizar el análisis bivariado, se utilizó el estadístico  $\chi^2$  que es una prueba no paramétrica para determinar la existencia de relación estadística entre las variables.

Aunque con esta prueba no se puede determinar una relación causal, se puede identificar como tendencia la existencia de relación y la dirección de la misma.

Se presentan a continuación los resultados que resultaron significativos:

**Valoración cualitativa de test de conocimientos \* Grupo etáreo**

		Grupo etáreo			Total
		16-18	19-21	22-25	
Valoración cualitativa test de conocimiento	Nivel bajo	9	10	19	38
	Nivel medio	0	10	29	39
	Nivel alto	0	2	2	4
Total		9	22	50	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.939 <sup>a</sup>	4	.012
Razón de verosimilitudes	16.228	4	.003
Asociación lineal por lineal	6.398	1	.011
N de casos válidos	81		

a. 5 casillas (55.6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .44.

Se puede afirmar que hay relación entre la edad y el nivel de conocimientos (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.012) (A mayor edad mayor nivel de conocimientos)

**Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo \* Grupo etáreo**

		Grupo etáreo			Total
		16-18	19-21	22-25	
Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo	Riesgo bajo	5	21	42	68
	Riesgo medio	4	1	8	13
Total		9	22	50	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.547 <sup>a</sup>	2	.023
Razón de verosimilitudes	6.891	2	.032
Asociación lineal por lineal	1.276	1	.259
N de casos válidos	81		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.44.

Se puede afirmar que hay relación entre la edad y las prácticas de riesgo (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.012)  
(A mayor edad menor nivel de riesgos)

**Valoración cualitativa de actitudes \* Religión**

**Tabla de contingencia**

Valoración cualitativa de actitudes	Religión							Total
	Católica	Cristiano evangélico	Testigo de Jehová	Mormón	Adventista	Otra	NS/ NR	
Nivel alto	25	9	2	1	2	3	3	45
Nivel medio	17	5	2	0	2	4	2	32
Nivel bajo	0	0	0	1	0	0	3	4
Total	42	14	4	2	4	7	8	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31.997 <sup>a</sup>	12	.001
Razón de verosimilitudes	20.725	12	.055
Asociación lineal por lineal	6.028	1	.014
N de casos válidos	81		

a. 17 casillas (81.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .10.

Se puede sostener que haya relación entre la religión y la valoración cualitativa de actitudes (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.001) (Las actitudes de las católicas son mayores que las demás denominaciones religiosas)

**Tabla de contingencia Valoración cualitativa nota conocimiento \* Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento**

		Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento			Total
		empoderamiento bajo	empoderamiento medio	empoderamiento alto	
Valoración cualitativa nota conocimiento	Nivel bajo	10	18	6	34
	Nivel medio	3	19	16	38
	Nivel alto	0	2	2	4
Total		13	39	24	76

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.464 <sup>a</sup>	4	.050
Razón de verosimilitudes	10.294	4	.036
Asociación lineal por lineal	8.661	1	.003
N de casos válidos	76		

a. 3 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .68.

Se puede sostener que haya relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de empoderamiento (Prueba  $\chi^2$ :  $p= 0.05$ ) (A mayor empoderamiento mayor nivel de conocimientos sobre VPH)

En el resto de cruces de variables no se encontró relación estadísticamente significativa. (Ver Anexo)

## **VII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **7.1. Datos generales:**

Elegimos a mujeres de 18 a 25 años de edad sexualmente activas porque consideramos que en los últimos años el índice de fallecimientos por cáncer de matriz ha afectado cada vez más a mujeres jóvenes, lo que resulta alarmante para nosotros tomando en cuenta que estamos cerca de estos rangos de edades.

En este grupo el 93.8% se auto reconoce como heterosexual, es un dato curioso tomando en cuenta que solo un pequeño porcentaje de las encuestadas expresaron ser homosexuales, lo que nos lleva a pensar que muchas de estas mujeres aún no se reconocen o no aceptan ser homosexuales.

El 36% de las encuestadas no completaron sus estudios secundarios, suponemos que debido a que la mayoría son casadas y tienen hijos y las responsabilidades que con lleva serlo han truncado sus metas profesionales, o simplemente han decidido no continuar sus estudios.

El 59% de las encuestadas indicaron trabajar por cuenta propia, por lo que nos lleva a pensar que no hay suficiente trabajos formales o porque debido a su bajo nivel académico no han podido optar a trabajos de este tipo.

El 51.9% afirmaron pertenecer a la religión católica lo que nos hace reflexionar acerca de la influencia que ejerce esta iglesia sobre las decisiones de índole sexuales y reproductivas de este sector de la población con respecto al contagio del VPH.

### **7.2. Nivel de conocimiento de VPH.**

El 72% expresaron haber escuchado a cerca del VPH lo que nos deja darnos cuenta de que la población conoce la existencia de este virus pero el problema es que no están informada a

profundidad, un poco más del 95 % poseen un nivel medio o bajo y sólo el 4.9% tienen un nivel alto.

El 64% considera que el VPH es un problema en Nicaragua. Consideramos que estos resultados no son favorables porque significa que el porcentaje restante no está consciente de las consecuencias que trae consigo esta enfermedad a las nicaragüenses tomando en cuenta que somos un país que somos un país sub desarrollado que no cuenta con los medios tecnológicos alcance de la población más vulnerable.

La mayoría con un 65.4% reconoce que el VPH es contraído por contacto sexual, estos datos en un problema alarmante porque no todas las mujeres estamos conscientes del peligro que corremos al tener relaciones sexuales irresponsables.

Solo un poco más de la mitad de las mujeres encuestadas saben la verdadera importancia de realizarse el PAP con el 58. %

Muy pocas mujeres saben que el VPH tiene cura, ya que existe tratamiento pero solo un 33.3% de las encuestadas expresaron que este virus es tratable, mientras un 24.7% aseguran que el VPH se puede prevenir por medio de una vacuna, suponemos que esto se debe a que las vacunas no están dentro de las políticas públicas del gobierno, ya que si existen en el mercado pero no son accesible a la población de escasos recursos económicos, y solo 13.6% coinciden que el VPH se manifiesta por medio de verrugas lo que sí es un resultado alarmante porque bien podrían presentar verrugas y por falta de conocimiento no saber que son las principales apariencias de VPH que de esto se produce el cáncer de matriz cuando no es tratado a tiempo y es así como cada día el porcentaje de mujeres que muere a causa de esta enfermedad aumenta.

El 88.9% de las encuestadas manifestaron que la mujer con muchas parejas sexuales tiene mayor riesgo de contraer VPH, al igual el 86.4% piensa que la mujer que viva con hombres que tenga otras parejas sexuales son más propensos a contraer VPH, mientras que el 77.8% de las encuestadas opinan que las mujeres que vivan con mujeres que tengan otras parejas



sexuales corren más riesgo de adquirir VPH, la promiscuidad o infidelidad es el principal factor de riesgo

La mayoría de las encuestadas con un 81.2% creen que las relaciones sexuales sin uso de preservativos son un factor de riesgo para contagiarse de VPH, es importante que tengan este conocimiento. Pero, ¿qué pasa a la hora de la práctica?

La falta de higiene es un factor de contagio de VPH según el 72.8% de las encuestadas, es correcto que la mayoría de las mujeres encuestadas están consiente de esto, el 44.4% opinan que la mujer que presenta muchos abortos es más vulnerable ante el contagio de VPH y el 43.2% creen que la historia de cáncer familiar influye en el contagio de VPH. Estos dos últimos resultados son deficientes porque se observa que las mujeres no están bien informadas a cerca de los factores de riesgo que causa el desarrollo de cáncer de la matriz.

La gran mayoría manifiesta que el no realizarse el PAP es uno de los factores de riesgo más influyente para desarrollar cáncer de cuello uterino (CACU) con un 87.7% de las respuestas.

Por otro lado las encuestadas opinan que el no usar condón a la hora de las relaciones sexuales es riesgoso en el contagio de VPH que produce cáncer cérvico uterino con un 80.2% de las respuestas

El 76.5% opina que el inicio de la vida sexual muy joven incide en el desarrollo de CACU, es un porcentaje alto, pero difiere mucho con el resultado del ítem de las prácticas de riesgo ya que la mayoría de las mujeres encuestadas dicen haber iniciado un vida sexual activa muy joven o sea que no se aplican los conocimientos a la hora de la practica

Un poco más de la mitad de las encuestadas equivalente al 67.9% asegura que la presencia de VPH también es un factor que influye en el desarrollo de CACU, al igual que el 67.9% opinan que las mujeres con edades mayores de 50 años son más propensas a desarrollar CACU, casi la mitad de las encuestadas representadas por un 56.8% creen que el haber padecido enfermedades de transmisión sexual incide en el desarrollo de CACU. En estos tres resultados

los porcentajes del nivel de conocimiento no son tan bajos, debido a que la población si conoce de algunos factores más que otros que inciden en el desarrollo de cáncer de la matriz.

Solo un 34.6% está de acuerdo con que el fumar incide en el desarrollo de esta cáncer y por ultimo solo un 33.3% opinan que el uso de anticonceptivo por más de 5 años consecutivos propician el desarrollo de cáncer de la matriz. Estos dos últimos resultados son lamentables debido a que son factores que si inciden el en desarrollo de cáncer de la matriz y la mayoría de las mujeres encuestadas los descartan de ser factores peligrosos para el desarrollo de cáncer la matriz.

### **7.3. Actitudes sobre el VPH**

#### Actitudes Positivas Altas

- El 95.1% estaría dispuesta a vacunarse para prevenir el VPH
- EL 92.6% el PAP es un examen importante para las salud de la mujer
- El 87.7% el VPH es una enfermedad que le puede dar a cualquier mujer
- El 85.2% si detecto algo raro en mi cuerpo acudo al centro de salud
- EL 79% se puede hacer algo para prevenir el VPH
- El 71.6% a la hora de hacerse el PAP se le explica porque se lo realiza

Estos resultados son relativamente buenos tomando en cuenta que estas preguntas son las conocidas acerca del VPH, pero no necesariamente se puede decir que se tiene un nivel de conocimiento alto.

#### Actitudes Positivas bajas

- El 67.9% usted cree que tiene riesgo de contraer VPH, se observó un comportamiento de negación ante el adquirir VPH porque la mayoría de las mujeres afirmaron que este virus que este virus le puede dar a cualquier mujer, sin embargo personalmente se sienten ajenas a el.

- 43.2% una mujer que ya no le baja la regla tiene que realizarse el PAP, suponemos que debido a que las mujeres encuestadas son jóvenes que todavía tienen su periodo menstrual pues no manejan que deben hacérselo sin importar que hayan entrado en el periodo de la menopausia, pero es incorrecto que no conozcan esta información.

#### Actitudes Negativas altas

- El 81.5 el PAP es un examen que se lo deben hacer solo las mujeres menores de 30 años
- El 80.3% es mejor no saber si se tiene cáncer
- El 77.8 su compañero la ha impedido hacerse el PAP
- EL 75.3% si la mujer se siente sana no debe hacerse el PAP

Estos resultados son satisfactorias puesto que la mayoría de las encuestadas mostraron una actitud anuente a estar bien informada a cerca del auto cuidado haciéndose chequeos de rutina.

#### Actitudes Negativas bajas

- El 67.9% evito ir al centro de salud por miedo o vergüenza
- El 46.9% cree usted que al realizarse el PAP puedan transmitirle infecciones vaginales
- El 34.6% tiene miedo y vergüenza al realizarse el PAP

Estos resultados no son aceptables puesto a que la mayoría de las encuestadas temen asistir a los centros de salud y nos encontramos con una cantidad considerable de mujeres que temen contagiarse con alguna infección al momento de hacerse el PAP algunas expresaron que un motivo es que no esterilizaran correctamente los utensilio médicos.

#### **7.4. Prácticas de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer VPH**

La principal práctica de riesgo es la falta del uso del condón debido a que un 73.3% de las encuestadas expresaron no utilizar condón al momento de las relaciones sexuales,

consideramos que la mayoría de las mujeres ven innecesario el uso del condón porque están en una relación estable en la que se supone hay fidelidad.

El 49.4% de las encuestadas expuso haber tenido su primer embarazo antes de los veinte años, comparando este resultado con el 55.6% que dice haber iniciado su vida sexual menor de dieciocho, hace suponer que hubo una planificación sin embargo consideramos que no haber terminado sus estudios como nos indica el resultado del nivel académico perjudica directamente al empoderamiento de la mujer a la toma de decisiones dentro del núcleo familiar.

Solo el 3.7% ha tenido cuatro hijos o más, lo que consideramos que un resultado favorable tomando en cuenta la difícil situación económica que enfrenta nuestro país en la actualidad, suponemos que esto resultado de las políticas de salud pública que facilitan a la mujer la planificación familiar gratuita, de estos el 50.6% de las mujeres son beneficiada, Pero por otro el consumo de anticonceptivos por más de cinco años consecutivos viene a ser un factor preocupante para el desarrollo de cáncer de la matriz y eso es lo que hacen el 16% de las encuestadas, lo que consideramos que deberían alternar con otros métodos como el condón.

El 56.8% de las encuestadas no se han realizado el PAP este año, mientras el 8.6% nunca se ha realizado el PAP y las que si dijeron habérselo realizado, el 24.7% no acudió por sus resultados al centro de salud, reconocemos que estos tres últimos resultados están dentro de los aceptable porque solo un poco más de la mitad no se lo ha realizado este año pero suponemos que se lo realizaran en lo que queda del año y recalamos que es un bajo porcentaje las que nunca se han realizado el PAP y las que si se han realizado el PAP son pocas las que no regresaron por sus resultados por falta de interés

Un 7.4% admitió haber tenido alguna vez infección de transmisión sexual y las mimas expresaron haber sido contagiada por su pareja, de estas el 4.9% no busco atención medica sino que se auto recetó por ella misma y un 2.5% cumplió el tratamiento parcialmente, estos resultados son bajos ante la problemática, pero no coinciden con altos índices de enfermedades de transmisión sexual registrado en nuestro departamento, lo que nos lleva a suponer que algunas no se atrevieron a responder con honestidad.

## 7.5. Nivel de empoderamiento

Los aspectos más valorados relacionados al empoderamiento son: Se observan cambios en la salud de la mujer (84.9%); Las mujeres tienen el control (81.5%); Es importante cuidar del interés común (67.9%). Es importante cuidar del interés común (80.3%).

En cambio los menos valorados son: Tengo posiciones en comités cívicos (6.1%); Tengo posiciones en Juntas de Acción Social (9.8%); Elaboro comunicaciones a los medios (9.9%); Tengo posiciones en comités de salud (11.1%); e Intercambio información con grupos organizados (16%).

Esto indica que conceptualmente identifican la importancia del empoderamiento, sin embargo a la hora de realizar actividades que dan vida al empoderamiento, su experiencia práctica es muy pobre.

Resultó interesante observar que más de la mitad de las mujeres encuestadas afirman ser tomadas en cuenta en las decisiones y sentirse satisfechas con la influencia adquirida, a pesar de tener muy bajos niveles de participación.

Solo un 33.4% afirma participar como miembro de algunos grupos comunitarios o sociales, esto nos indica que la mayor parte de las mujeres o sus labores y responsabilidades no les permiten ser partes o simplemente no se interesan.

Lo anterior podría estar asociado con el bajo político, lo que nos lleva a suponer que esto se debe a la falta de credibilidad de tienen los partidos políticos de nuestro país. Por otro lado se les pregunto si tenían posiciones de liderazgo y solo el 22.2% contesto positivamente.

Hemos de concluir que las mujeres jóvenes encuestadas tienen altos porcentaje en valoraciones relacionadas al empoderamiento desde el aspecto de auto cuidado personal, lo que no es complementado por el empoderamiento social y la defensa de sus derechos a una adecuada salud sexual y reproductiva, ni con una efectiva participación ciudadana.

Esta debilidad en cuanto al empoderamiento ciudadano, organizacional y social, es una problemática no solamente local, sino nacional, en cuanto a que las mujeres poseen poca iniciativa y muchas veces pocas oportunidades de ocupar cargos de autoridad u organización, que les permitan adquirir mayores capacidades y pertenecer a espacios en los que puedan opinar, defender sus derechos y mejorar sus condiciones.

Lo anterior es consistente con la valoración cualitativa del nivel de empoderamiento, en la que el 68.4% tienen un nivel de empoderamiento de medio a bajo y sólo un 31.6% tienen un empoderamiento alto.

### **7.6. Valoración del análisis bivariado**

El desarrollo de la vida sexual activa, genera entre las mujeres jóvenes la necesidad de adquirir mayor información sobre la sexualidad (prevención de embarazos, ETS, etc.). De la misma manera, al tener mayor madurez, asumen con mayor responsabilidad su vida sexual, lo anterior lo evidenciamos al encontrar una relación significativa entre la edad, el nivel de conocimientos y las prácticas de riesgo.

Un aspecto que llamó la atención a las investigadoras, es la relación positiva encontrada entre las actitudes y la religión, en la que de manera mayoritaria pertenece a la religión católica. Se puede suponer existe entre ellas una práctica más libre de la sexualidad, independientemente que de manera oficial esta religión sostenga lo contrario.

Entre las encuestadas, se pudo comprobar que hay un bajo nivel de empoderamiento, sin embargo se encontró relación significativa entre el nivel de conocimientos generales sobre VPH y el empoderamiento. Al no poder identificar cuál de ellos es la causa, ni hallar relaciones significativas de ambas variables con las actitudes y las prácticas, este hallazgo no determina ningún aspecto relevante.

## VIII. CONCLUSIONES

1. La mayoría de todas las encuestadas se reconoce heterosexual, tienen un bajo nivel académico, está casada o en unión libre, trabaja por cuenta propia y pertenecen a la religión católica.
2. Pese a que la gran mayoría de las encuestadas ha oído del VPH, tienen un nivel muy bajo de conocimientos acerca de su prevención y tratamiento, lo que se vuelve más delicado al observar que tampoco tienen conocimientos adecuados sobre la prevención y tratamiento del cáncer de matriz, del que el VPH es uno de los principales factores de riesgo identificados.
3. En consonancia con lo anterior, se identificaron algunas actitudes positivas sobre el VPH y el CACU entre las que podemos mencionar la importancia atribuida al PAP, la conciencia de visitar al médico si se detecta algo raro en el cuerpo y la certeza que aunque el VPH puede afectar a cualquier mujer, se puede prevenir.
4. Sin embargo coexisten actitudes negativas, dentro de las que se puede mencionar: la idea que el PAP lo deben hacer las menores de 30 años, que es mejor no saber si se tiene cáncer, y permitir que su pareja decida sobre el hacerse el PAP o no hacerlo “si se siente sana”
5. Una actitud que nos llamó la atención fue que el 34.6% expresa tener miedo y vergüenza al realizar el PAP, lo que sumado a la idea que “pueden contagiarse con alguna infección” son factores desmovilizadores ante un examen que ha demostrado eficacia en la detección del VPH y la prevención del CACU.
6. La principal práctica de riesgo es la falta del uso del condón debido a que un 73.3% de las encuestadas expresaron no utilizar condón al momento de las relaciones sexuales.

7. Las principales prácticas de riesgo observadas fueron: relaciones sexuales y embarazos tempranos, consumo de anticonceptivos por más de 5 años, no realización del PAP, haber tenido enfermedades de infección sexual, sin adecuada atención médica de la pareja, acciones que aumentan la probabilidad de adquirir VPH y cáncer cérvico uterino.
8. Se identificó una contradicción entre la percepción de empoderamiento y su práctica, ya que reconocen que hay cambios en la salud de la mujer, que tienen control y es importante cuidar el bien común, con los bajos niveles de participación en las actividades de tomas de decisión y mejoramiento de la comunidad, lo que se traduce en un bajo nivel de empoderamiento de las mujeres encuestadas.
9. Aunque la experiencia parece ser un factor importante en la búsqueda de conocimientos y prácticas sexualmente responsables, lo anterior no se traduce en mayor empoderamiento ya que no se encontró evidencia de relación entre los conocimientos y el empoderamiento con las actitudes y prácticas sexualmente responsables.



## **IX. RECOMENDACIONES**

1. Al MINSA realizar jornadas de educación sexual y reproductiva a la población en general con especial énfasis en el VPH, cáncer cérvico uterino y la importancia del examen de Papanicolaou.
2. Establecer a través de los Ministerios de Salud y Educación, acciones que puedan mejorar en la población la educación en aspectos fundamentales sobre prevención, detección y Atención del cáncer cérvico uterino.
3. Al Centro de María del Carmen Salmerón del Municipio de Chinandega, brindar charlas educativas continuas sobre conocimientos, actitudes y prácticas que previenen el VPH y promover el uso adecuado de condones.
4. Al gobierno municipal crear mecanismos efectivos que articulen a las instituciones y organizaciones del Sector Salud del Municipio, en la divulgación en general sobre cáncer cérvico uterino.
5. A CAJOVO incluir en su plan educativo el tema de prevención del VPH y la detección temprana del cáncer de cuello uterino a través del examen Papanicolaou.
6. A las jóvenes que inician su vida sexual a temprana edad hacerlo con responsabilidad tomando en cuenta todas las prácticas preventivas.

## BIBLIOGRAFÍA

Aldana S., A. V. (2002). *Empoderamiento femenino como acción ciudadana: ética de una participación política diferente*. Managua: Fundación Fiederich Ebert.

Baldizón, J. E. y Bravo C. J. . (2007). *Conocimientos, actitudes y prácticas del Cáncer Cérvico Uterino y el examen de Papanicolaou en las mujeres del Municipio de Paiwas en el periodo de Enero a Diciembre del año 2007*. León, Nicaragua.

Barreda, L. y. (2002). *Empoderamiento Femenino: Un estudio comparado en el Ejido La Vega, Cuatrociéncagas, Cohahila*. Cuadernos de Trabajo, Tecnológico de Monterrey.

Castellanos, M. R. (2003). Cáncer cervicouterino y el VPH. Opciones de detección. *Revista Facultad de Medicina UNAM, Vol. 46, No. 2, 63-66*.

Chaher, S. (s/f). *Seguridad para todos ¿y todas?. Un breve recorrido por la violencia de género en América Latina*. Recuperado el 13 de Marzo de 2013, de [http://www.americalatina genera.org/es/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2144&Itemid=605](http://www.americalatina genera.org/es/index.php?option=com_content&view=article&id=2144&Itemid=605)

de León, M. (1997). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá: Tercer Mundo Editores / Fondo de Documentación Mujer y Género de la Universidad Nacional de Colombia.

Fabbri, D. A. (Febrero de 2013). Caras vemos VPH no sabemos. pág. 1.

Gobierno de Nicaragua - Sistema de Naciones Unidas. (2008). *DE LA RETÓRICA A LA REALIDAD: HACIA LA EQUIDAD DE GÉNERO Y EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES A TRAVÉS DE LA PARTICIPACIÓN Y PRACTICAS DE GENERO EN LOS PRESUPUESTOS PUBLICOS*. Managua.

González, F. (15 de septiembre de 2008). 3.357 mujeres con cáncer cérvico uterino dice Ixchen. *La Prensa*.

Gordon, J. (1996). *Comportamiento Organizacional*. México: Prentice Hall Hispanoamérica, S. A.

González, J. C.; Moreno, M. C. y Rodríguez, Z. L. (2006). *Factores socioeconómicos y culturales asociados con la infección por Virus de Papiloma Humano en las pacientes con VPH del Hospital César Amador Molina en Matagalpa 2006*. León, Nicaragua.

Hartu-emanak. (2004). El Empoderamiento y la participación social. *I Seminario Taller: El Empoderamiento y la participación social*. Bilbao.

Herrera, J. (2008). *Empowerment*. Obtenido de <http://juanherrera.files.wordpress.com/2008/01/empowerment.pdf>

Lafaurie, M. (2003). Análisis comparativo de las herramientas estratégicas más conocidas en nuestro medio. *pensamiento & gestión, Universidad del Norte, No. 15*, 111-157.

López, C. E. (s.f.). *¡La Salud es un Derecho Humano!* ASDI - OPS.

López, F. (4 de Agosto de 2008). Cáncer uterino, flagelo en el Caribe nicaragüense. *El Nuevo Diario*.

Mairena, I. R.; Mantillas, R. S, y Madariaga, L. L. (2003). *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los estudiantes del Instituto Nacional, la Dalia Matagalpa, Febrero del 2004*. León, Nicaragua.

Movimiento Autónomo de Mujeres. (2012). *Las mujeres en la historia de Nicaragua y sus relaciones con el poder y el Estado*. Mangua, Nicaragua.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). *Constitución de la Organización Mundial*.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Empoderamiento de mujeres adolescentes: un proceso clave para el logro de los Objetivos del Milenio*. Washington: OPS.

Ospina, N. (2010). *Administración. Fundamentos*. Medellín: Universidad de Medellín.

Pachón del Amo, I. et. all. (2007). *VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, Situación actual y vacunas y perspectivas de utilización* . Recuperado el 13 de Marzo de 2013, de [http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VPH\\_2007.pdf](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VPH_2007.pdf)

Pérez Fabbri, A. (Febrero de 2013). Caras vemos VPH no sabemos. *El Nuevo Diario*.

Pérez, A. (29 de Julio de 2012). Mitos y verdades acerca del Virus del Papiloma Humano. *El Nuevo Diario*.

Pizarro, A. M. (2003). Para la salud de las mujeres es urgente que el estado sea laico. *Revista Correo*, edición 258.

PNUD - República Dominicana. (2008). *Desarrollo Humano, una cuestión de poder*. Santo Domingo, República Dominicana: PNUD - Oficina de Desarrollo Humano.

Portocarrero, C. (2010). Empoderamiento en mujeres participantes y no participantes en organizaciones de apoyo social. *Revista de Psicología, Vol. 12*, 237-256.

República de Nicaragua. (16 de Septiembre de 2006). Constitución Política de 1987 y sus reformas. *La Gaceta, Diario Oficial*, págs. 4994-5011.

República de Nicaragua. (2012). *Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016*. Managua.

Robles S., R. (2004). *Inequidad de género y desarrollo humano: el caso de México*. Cholula, Puebla, México: Unidad de la Américas Puebla.

Tapscott, D. y. (1995). *Cambio de paradigmas gerenciales*. México: Mc. Graw Hill.

Tello, F. M. (2009). *La participación política de las mujeres en los gobiernos locales latinoamericanos: barreras y desafíos para una efectiva democracia de género*. Barcelona: Diputación de Barcelona.

Thomas, F. (2005). ...de derechos, amor y sexualidad. *Red de Gestores Sociales, Boletín No. 20, 2*.

Tudela, D. (2008). *Impacto económico de empoderamiento de las mujeres en el hogar*. Lima: CIES-ACDI-IRDC-SCOTIABANK.

Valenzuela, T. (s/f). *Virus de Papiloma Humano (VPH) de infección hasta el Cáncer Cérvico Uterino*. Recuperado el 13 de Marzo de 2013, de [http://www.icmer.org/documentos/infecciones\\_transmision\\_sexual/virus\\_papiloma\\_vph\\_infeccion\\_hasta\\_ccu.pdf](http://www.icmer.org/documentos/infecciones_transmision_sexual/virus_papiloma_vph_infeccion_hasta_ccu.pdf)

Vargas, I. R. (2003). *Infección por papiloma virus humano y su relación con enfermedad cervical pre maligna en mujeres en edad sexualmente activa*. Departamento De Ginecología-Obstetricia, Heodra Junio a Noviembre del 2003. León, Nicaragua.

# ANEXOS

## Anexo 1: Encuesta



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y HUMANIDADES  
CARRERA: TRABAJO SOCIAL**

Somos estudiantes de la carrera de Trabajo Social de la UNAN-León y estamos realizando esta encuesta para conocer sobre el nivel de empoderamiento de mujeres jóvenes sobre el virus de papiloma humano (VPH), la información que nos brinde será de mucha utilidad para nuestro trabajo monográfico. Quisiéramos solicitar tu colaboración para realizar el estudio y te agradeceríamos si nos pudieras brindar información muy útil para nuestro estudio. De antemano agradecemos su colaboración.

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Estoy de acuerdo en participar en la investigación “Empoderamiento de mujeres jóvenes sobre el virus de papiloma humano (VPH) en la colonia Roberto González del municipio de Chinandega, en el periodo comprendido de febrero a mayo del 2013” coordinado por

Declaro que he sido informada de que la información que brindo es confidencial, que mi participación en la investigación no me dañará ni física ni emocionalmente, que mi identidad será resguardada, que participo voluntariamente y que me puedo retirar en el momento que decida.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona entrevistada

\_\_\_\_\_  
Firma del entrevistador/a

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Fecha

## I. Datos Generales.

1. Edad: _____	2. Orientación sexual: a. Heterosexual <input type="checkbox"/> b. Homosexual <input type="checkbox"/> c. Bisexual <input type="checkbox"/> d. Ns/Nr <input type="checkbox"/>	3. Nivel académico: a. Primaria incompleta <input type="checkbox"/> b. Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> c. Secundaria completa <input type="checkbox"/> d. Universitario <input type="checkbox"/> e. Otro <input type="checkbox"/> f. Ns/Nr <input type="checkbox"/>
4. Ocupación a. Trabaja cuenta propia <input type="checkbox"/> b. Empleada <input type="checkbox"/> c. Estudiante <input type="checkbox"/> d. Labores domésticas <input type="checkbox"/> e. No trabaja <input type="checkbox"/> f. Ns/Nr <input type="checkbox"/>	5. Estado Civil: a. Soltera <input type="checkbox"/> b. Unión estable / casada <input type="checkbox"/> c. Separada / viuda <input type="checkbox"/> d. Ns/Nr <input type="checkbox"/>	6. Religión: a. Católica <input type="checkbox"/> b. Cristiano evangélico <input type="checkbox"/> c. Testigo Jehová <input type="checkbox"/> d. Mormón <input type="checkbox"/> e. Adventista <input type="checkbox"/> f. Otro: _____ g. Ns/Nr <input type="checkbox"/>

## II. Nivel de Conocimientos sobre el VPH.

Seleccione la respuesta que más crea conveniente, según sus conocimientos,

1. ¿Ha escuchado hablar usted sobre el VPH? a. Sí <input type="checkbox"/> b. No <input type="checkbox"/>	2. ¿El VPH es un problema en Nicaragua? a. Si <input type="checkbox"/> b. No <input type="checkbox"/> c. No sabe <input type="checkbox"/>	3. El VPH causa: a. Cáncer de la matriz <input type="checkbox"/> b. Gripe <input type="checkbox"/> c. Ceguera <input type="checkbox"/> d. No sabe <input type="checkbox"/>
4. Cómo es contraído el VPH: a. por contacto sexual <input type="checkbox"/> b. por estornudos <input type="checkbox"/> c. por el aire <input type="checkbox"/> d. no sabe <input type="checkbox"/>	5. La importancia del PAP es: a. Prevenir enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> b. Prevenir el cáncer de la matriz <input type="checkbox"/> c. Prevenir enfermedades urinarias <input type="checkbox"/> d. No sabe <input type="checkbox"/>	6. ¿Cada cuánto tiene que realizarse el PAP? _____
7. El VPH tiene cura a. Si <input type="checkbox"/> b. No <input type="checkbox"/> c. No sabe <input type="checkbox"/>	8. El VPH se manifiesta: a. Por ardor <input type="checkbox"/> b. Por verrugas <input type="checkbox"/> c. Dolor al tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/>	9. El VPH se puede prevenir por medio de una vacuna: a. Si <input type="checkbox"/> b. No <input type="checkbox"/> c. No sabe <input type="checkbox"/>

10. ¿Qué tipo de personas tienen mayor riesgo de padecer VPH?

	Sí	No	No sabe
a. Mujer con muchas parejas sexuales.			
b. Falta de higiene.			
c. Relaciones sexuales sin uso de preservativo.			
d. Historia familiar de cáncer de matriz.			
e. Mujer que haya presentado muchos abortos.			
f. Mujer que viva con hombre que tenga otras parejas.			
g. Mujer que viva con mujeres que tengan otras parejas.			

11. Diga si las siguientes son situaciones que ponen en riesgo a la mujer para tener cáncer de la matriz.

	Sí	No	No sabe
a. Edad mayor de 50 años			
b. Inicio de vida sexual muy joven (menor de 18 años)			
c. Historia de enfermedad de transmisión sexual (purgación, cresta de gallo)			
d. Presencia de Virus papiloma humano			
e. Historia de Fumado			
f. No hacerse Papanicolaou			
g. Uso de la pastilla por más de 5 años seguidos			
h. No usar condón (no protegerse cuando hace el sexo)			



### III. Actitudes sobre VPH

Expresar su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases, utilizando la siguiente escala:

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	2	3	4	5

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Usted cree que tiene riesgo de contraer el VPH					
b. EL VPH es una enfermedad que le puede dar a cualquier mujer.					
c. Se puede hacer algo para prevenir el VPH					
d. El Papanicolaou es un examen que se lo deben de hacer solo las menores de 30 años					
e. Una mujer que ya no le baja la regla, tiene que realizarse el Papanicolaou.					
f. El Papanicolaou es un examen importante para la salud de la mujer					
g. Tiene miedo y vergüenza al momento de realizarse el Papanicolaou					
h. Si la mujer se siente sana, no debe de realizarse el Papanicolaou					
i. Cree usted que al realizarse el Papanicolaou pueda transmitirle infecciones vaginales					
j. Al momento de realizarse un PAP se le explica por qué se le realiza					
k. Su compañero le ha impedido hacerse el papanicolaou					
l. Es mejor no saber si se tiene cáncer					
m. Si detecto algo raro en mi cuerpo acudo al centro de salud					
n. Evito ir al centro de salud por miedo o vergüenza					
o. Estaría dispuesta a vacunarme para prevenir el VPH					

IV. Prácticas de Riesgo que aumentan la probabilidad de padecer VPH.

<p>1. ¿A qué edad inició a tener relaciones sexuales?</p> <p>a. &lt; 18 años <input type="checkbox"/></p> <p>b. &gt; 18 años <input type="checkbox"/></p> <p>c. no sabe <input type="checkbox"/></p>	<p>2. ¿Ha estado alguna vez embarazada?</p> <p>a. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>b. No <input type="checkbox"/></p> <p>Si contestó no pase a la pregunta 5</p>	<p>3. ¿A qué edad tuvo su primer embarazo?</p> <p>c. &lt; 20 <input type="checkbox"/></p> <p>d. &gt; 20 <input type="checkbox"/></p>
<p>4. ¿Cuántos hijos ha tenido usted?</p> <p>a. 1 <input type="checkbox"/> ; b. 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. 3 <input type="checkbox"/> ; d. 4 a mas <input type="checkbox"/></p>	<p>5. ¿Se ha realizado alguna vez el Papanicolaou?</p> <p>a. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>b. No <input type="checkbox"/></p>	<p>6. ¿Se lo realizó en este año?</p> <p>a. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>b. No <input type="checkbox"/></p>
<p>7. ¿Cuándo se realizó el papanicolaou acudió por sus resultados?</p> <p>a. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>b. No <input type="checkbox"/></p>	<p>8. ¿Usted fuma?</p> <p>a. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>b. No <input type="checkbox"/></p>	<p>9. ¿Planifica con pastillas o inyecciones?</p> <p>a. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>b. No <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Si la respuesta es sí, ¿desde hace cuánto?</p> <p>a. &lt; 5 años <input type="checkbox"/></p> <p>b. &gt;5 años <input type="checkbox"/></p>	<p>11. ¿En los últimos 6 meses, ha tenido más de una pareja sexual?</p> <p>a. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>b. No <input type="checkbox"/></p>	<p>12. Si tu respuesta es positiva, diga con cuantas: _____</p>
<p>13. ¿Ha utilizado condón al momento de tener relaciones sexuales?</p> <p>a. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>b. No <input type="checkbox"/></p> <p>c. Algunas veces <input type="checkbox"/></p>	<p>14. Ha tenido alguna vez en su vida alguna infección de transmisión sexual:</p> <p>a. Si <input type="checkbox"/></p> <p>b. No <input type="checkbox"/></p> <p>Cuál: _____</p>	<p>15. Diga por quién fue contagiada:</p> <p>a. Su cónyuge/novio <input type="checkbox"/></p> <p>b. Por otra persona <input type="checkbox"/></p> <p>c. Consecuencia de agresión sexual <input type="checkbox"/></p>
<p>16. Dónde buscó atención:</p> <p>a. Médico <input type="checkbox"/></p> <p>b. Curandero <input type="checkbox"/></p> <p>c. Se auto recetó <input type="checkbox"/></p>	<p>17. Diga cómo se trató:</p> <p>a. Solo usted <input type="checkbox"/></p> <p>b. Usted y su pareja <input type="checkbox"/></p>	<p>18. Como cumplió su tratamiento:</p> <p>a. Parcialmente <input type="checkbox"/></p> <p>b. Totalmente <input type="checkbox"/></p> <p>c. No se trató <input type="checkbox"/></p>
<p>19. Ha tenido algún aborto:</p> <p>c. Si <input type="checkbox"/></p> <p>d. No <input type="checkbox"/></p>	<p>20. ¿Cuántos abortos?</p> <p>b. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. 2 <input type="checkbox"/></p> <p>d. 3 <input type="checkbox"/></p> <p>e. 4 a mas <input type="checkbox"/></p>	

V. Nivel de empoderamiento.

Expresa tu acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones, marcando con una X en la columna correspondiente, utilizando la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Tengo Interés en los problemas de mi comunidad					
2. Es importante cuidar del interés común					
3. Participo como miembro en algunos grupos					
4. Participo de reuniones sobre salud					
5. Trabajo en redes de salud					
6. Discuto temas de salud					
7. Elaboro comunicaciones a los medios					
8. Intercambio información con grupos organizados					
9. Se me toma en cuenta al tomar decisiones					
10. Tengo posiciones de liderazgo					
11. Tengo posiciones en comités de salud					
12. Tengo posiciones en comités cívicos					
13. Tengo posiciones en Comités de Participación Comunitaria					
14. Tengo posiciones en Juntas de Acción Local					
15. Elaboro peticiones a las autoridades correspondientes					
16. Organizan grupos comunitarios					
17. Te toman en cuenta en decisiones en salud					
18. Has contribuido a cambios en la comunidad					
19. Participas en actividades para influir decisiones					
20. Te sientes satisfecha con la influencia que has adquirido					
21. Compartes opinión sobre los servicios de salud					
22. Tienes Interés político					
23. Tienes conocimiento y habilidad en política					
24. Tienes Influencia sobre decisiones políticas					
25. Las mujeres tienen control					
26. Las mujeres efectúan cambios					
27. Se observan cambios en la salud de la mujer					

## Anexo No. Resultados de cruce de variables

### Valoración cualitativa de actitudes \* Grupo etáreo

**Tabla de contingencia**

Recuento		Grupo etáreo			Total
		16-18	19-21	22-25	
Valoración cualitativa de escala de actitudes	Nivel alto	3	12	30	45
	Nivel medio	5	10	17	32
	Nivel bajo	1	0	3	4
Total		9	22	50	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.044 <sup>a</sup>	4	.400
Razón de verosimilitudes	5.014	4	.286
Asociación lineal por lineal	1.336	1	.248
N de casos válidos	81		

a. 4 casillas (44.4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .44.

No se puede sostener que haya relación entre la edad y las actitudes (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.400)

### Valoración cualitativa nota conocimiento \* Orientación sexual

		Orientación sexual				Total
		Heterosexual	Homosexual	Bisexual	NS/NR	
Valoración cualitativa nota conocimiento	Nivel bajo	35	1	0	2	38
	Nivel medio	37	1	1	0	39
	Nivel alto	4	0	0	0	4
Total		76	2	1	2	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.477 <sup>a</sup>	6	.747
Razón de verosimilitudes	4.725	6	.580
Asociación lineal por lineal	.995	1	.318
N de casos válidos	81		

a. 10 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .05.

No se puede sostener que haya relación entre la orientación sexual y el nivel de conocimientos (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.747)

**Valoración cualitativa de actitudes \* Orientación sexual**

		Orientación sexual				Total
		Heterosexual	Homosexual	Bisexual	NS/NR	
Valoración cualitativa de actitudes	Nivel bajo	42	2	0	1	45
	Nivel medio	30	0	1	1	32
	Nivel alto	4	0	0	0	4
Total		76	2	1	2	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.314 <sup>a</sup>	6	.768
Razón de verosimilitudes	4.486	6	.611
Asociación lineal por lineal	.000	1	.983
N de casos válidos	81		

a. 10 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .05.

No se puede sostener que haya relación entre la orientación sexual y las actitudes (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.768)

**Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo \* Orientación sexual**

		Orientación sexual				Total
		Heterosexual	Homosexual	Bisexual	NS/NR	
Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo	Riesgo bajo	65	2	0	1	68
	Riesgo medio	11	0	1	1	13
Total		76	2	1	2	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.464 <sup>a</sup>	3	.058
Razón de verosimilitudes	5.739	3	.125
Asociación lineal por lineal	3.711	1	.054
N de casos válidos	81		

a. 6 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .16.

No se puede sostener que haya relación entre la orientación sexual y las prácticas de riesgo (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.058)

**Valoración cualitativa nota conocimiento \* Nivel Académico**

		Nivel Académico					Total
		Primaria incompleta	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Universi- tario	Otro	
Valoración cualitativa nota conocimiento	Nivel bajo	8	17	10	2	1	38
	Nivel medio	8	11	14	6	0	39
	Nivel alto	0	1	1	2	0	4
Total		16	29	25	10	1	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.621 <sup>a</sup>	8	.224
Razón de verosimilitudes	10.191	8	.252
Asociación lineal por lineal	3.318	1	.069
N de casos válidos	81		

a. 9 casillas (60.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .05.

No se puede sostener que haya relación entre el nivel académico y el nivel de conocimientos (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.224)

**Valoración cualitativa de actitudes \* Nivel Académico**

		Nivel Académico					Total
		Primaria incompleta	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Universi- tario	Otro	
Valoración cualitativa de actitudes	Nivel bajo	6	13	19	6	1	45
	Nivel medio	9	14	5	4	0	32
	Nivel alto	1	2	1	0	0	4
Total		16	29	25	10	1	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.184 <sup>a</sup>	8	.327
Razón de verosimilitudes	10.363	8	.240
Asociación lineal por lineal	5.100	1	.024
N de casos válidos	81		

a. 8 casillas (53.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .05.

No se puede sostener que haya relación entre el nivel académico y la valoración cualitativa de las actitudes (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.327)

**Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo \* Nivel Académico**

		Nivel Académico					Total
		Primaria incompleta	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Universi- tario	Otro	
Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo	Riesgo bajo	15	24	21	7	1	68
	Riesgo medio	1	5	4	3	0	13
Total		16	29	25	10	1	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.807 <sup>a</sup>	4	.591
Razón de verosimilitudes	3.015	4	.555
Asociación lineal por lineal	1.415	1	.234
N de casos válidos	81		

a. 6 casillas (60.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .16.

No se puede sostener que haya relación entre el nivel académico y las prácticas de riesgo (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.591)

**Valoración cualitativa nota conocimiento \* Religión**

**Tabla de contingencia**

Recuento

--	--

		Religión							Total
		Católica	Cristiano evangélico	Testigo de Jehová	Mormón	Adventista	Otra	NS/ NR	
Valoración cualitativa nota conocimiento	Nivel bajo	19	4	2	1	2	5	5	38
	Nivel medio	22	9	2	1	1	2	2	39
	Nivel al to	1	1	0	0	1	0	1	4
Total		42	14	4	2	4	7	8	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.693 <sup>a</sup>	12	.555
Razón de verosimilitudes	9.858	12	.628
Asociación lineal por lineal	.721	1	.396
N de casos válidos	81		

a. 17 casillas (81.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .10.

No se puede sostener que haya relación entre la religión y el nivel de conocimientos (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.555)

### Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo \* Religión

		Religión							Total
		Católica	Cristiano evangélico	Testigo de Jehová	Mormón	Adventista	Otra	NS/NR	
Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo	Riesgo bajo	37	11	4	1	4	5	6	68
	Riesgo medio	5	3	0	1	0	2	2	13
Total		42	14	4	2	4	7	8	81

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.367 <sup>a</sup>	6	.498
Razón de verosimilitudes	6.003	6	.423
Asociación lineal por lineal	1.132	1	.287
N de casos válidos	81		

a. 9 casillas (64.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .32.

No se puede sostener que haya relación entre la religión y las prácticas de riesgo (Prueba  $\chi^2$ :  $p=0.498$ )

### Valoración cualitativa nota conocimiento \* Valoración cualitativa de actitudes

		Valoración cualitativa de actitudes			Total
		Nivel alto	Nivel medio	Nivel bajo	
Valoración cualitativa nota conocimiento	Nivel bajo	18	18	2	38
	Nivel medio	24	14	1	39
	Nivel alto	3	0	1	4
Total		45	32	4	81

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.999 <sup>a</sup>	4	.136
Razón de verosimilitudes	7.010	4	.135
Asociación lineal por lineal	1.052	1	.305
N de casos válidos	81		

a. 5 casillas (55.6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .20.

No se puede sostener que haya relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes positivas (Prueba  $\chi^2$ :  $p=0.136$ )



**Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo \* Valoración cualitativa de actitudes**

**Tabla de contingencia**

		Valoración cualitativa de actitudes			Total
		Nivel alto	Nivel medio	Nivel bajo	
Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo	Riesgo bajo	40	25	3	68
	Riesgo medio	5	7	1	13
Total		45	32	4	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.858 <sup>a</sup>	2	.395
Razón de verosimilitudes	1.845	2	.398
Asociación lineal por lineal	1.728	1	.189
N de casos válidos	81		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .64.

No se puede sostener que haya relación entre las prácticas de riesgo y las actitudes positivas (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.395)

**Tabla de contingencia Valoración cualitativa nota conocimiento \* Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo**

		Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo		Total
		Riesgo bajo	Riesgo medio	
Valoración cualitativa nota conocimiento	Nivel bajo	30	8	38
	Nivel medio	34	5	39
	Nivel alto	4	0	4
Total		68	13	81

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.772 <sup>a</sup>	2	.412
Razón de verosimilitudes	2.374	2	.305
Asociación lineal por lineal	1.710	1	.191
N de casos válidos	81		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .64.

No se puede sostener que haya relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de riesgo (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.412)

**Grupo etáreo \* Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento**

**Tabla de contingencia**

		Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento			Total
		empoderamiento bajo	empoderamiento medio	empoderamiento alto	
Grupo etáreo	16-18	0	7	2	9
	19-21	4	11	5	20
	22-25	9	21	17	47
Total		13	39	24	76

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.274 <sup>a</sup>	4	.370
Razón de verosimilitudes	5.688	4	.224
Asociación lineal por lineal	.014	1	.905
N de casos válidos	76		

a. 4 casillas (44.4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.54.

No se puede sostener que haya relación entre el grupo etáreo y el nivel de empoderamiento (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.370)

**Orientación sexual \* Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento**

		Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento			Total
		empoderamiento bajo	empoderamiento medio	empoderamiento alto	
Orientación sexual	Heterosexual	13	37	21	71
	Homosexual	0	1	1	2
	Bisexual	0	0	1	1
	NS/NR	0	1	1	2
Total		13	39	24	76

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.441 <sup>a</sup>	6	.752
Razón de verosimilitudes	4.199	6	.650
Asociación lineal por lineal	1.935	1	.164
N de casos válidos	76		

a. 9 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .17.

No se puede sostener que haya relación entre la orientación sexual y el nivel de empoderamiento (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.752)

**Nivel Académico \* Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento**

		Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento			Total
		empoderamiento bajo	empoderamiento medio	empoderamiento alto	
Nivel Académico	Primaria incompleta	4	6	4	14
	Secundaria incompleta	7	13	6	26
	Secundaria completa	1	15	9	25
	Universitario	0	5	5	10
	Otro	1	0	0	1
Total		13	39	24	76

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.047 <sup>a</sup>	8	.081
Razón de verosimilitudes	15.063	8	.058
Asociación lineal por lineal	2.956	1	.086
N de casos válidos	76		

a. 9 casillas (60.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .17.

No se puede sostener que haya relación entre el nivel académico y el nivel de empoderamiento (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.370)

**Religión \* Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento**

		Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento			Total
		empoderamiento bajo	empoderamiento medio	empoderamiento alto	
Religión	Católica	7	20	13	40
	Cristiano evangélico	1	7	5	13
	Testigo de Jehová	1	3	0	4
	Mormón	0	2	0	2
	Adventista	0	1	1	2
	Otra	3	3	1	7
	NS/NR	1	3	4	8
Total		13	39	24	76

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.945 <sup>a</sup>	12	.621
Razón de verosimilitudes	11.657	12	.474
Asociación lineal por lineal	.056	1	.813
N de casos válidos	76		

a. 17 casillas (81.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .34.

No se puede sostener que haya relación entre la religión y el nivel de empoderamiento (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.370)

**Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo \* Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento**

		Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento			Total
		empoderamiento bajo	empoderamiento medio	empoderamiento alto	
Valoración cualitativa de Prácticas de Riesgo	Riesgo bajo	11	34	19	64
	Riesgo medio	2	5	5	12
Total		13	39	24	76

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.719 <sup>a</sup>	2	.698
Razón de verosimilitudes	.700	2	.705
Asociación lineal por lineal	.334	1	.563
N de casos válidos	76		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.05.

No se puede sostener que haya relación entre las prácticas de riesgo y el nivel de empoderamiento (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.698)

**Valoración cualitativa de actitudes \* Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento**

		Valoración cualitativa del nivel de empoderamiento			Total
		empoderamiento bajo	empoderamiento medio	empoderamiento alto	
Valoración cualitativa de actitudes	Nivel alto	4	23	17	44
	Nivel medio	8	15	5	28
	Nivel bajo	1	1	2	4
Total		13	39	24	76

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.319 <sup>a</sup>	4	.120
Razón de verosimilitudes	7.608	4	.107
Asociación lineal por lineal	3.032	1	.082
N de casos válidos	76		

a. 4 casillas (44.4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .68.

No se puede sostener que haya relación entre las actitudes positivas y el nivel de empoderamiento (Prueba  $\chi^2$ : p= 0.120)