

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Basados en

El Reglamento de Graduación de la Universidad Dr. José Matías Delgado

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

Publicado bajo la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>



Se permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra siempre que se especifique el autor y el nombre de la publicación y sin objetivos comerciales, y también se permite crear obras derivadas, siempre que sean distribuidas bajo esta misma licencia

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

Universidad "Dr. José Matías Delgado"
Facultad de Ciencias de la Salud "Dr. Luis Edmundo Vásquez"
Escuela de Medicina



"Violencia de pareja íntima como factor de iniciación de relaciones
conyugales en un área rural de El Salvador"

Tesis realizada para obtener el grado de:
DOCTOR EN MEDICINA

José Andrés Jovel Munguía

Asesor: Dr. José María Sifontes, Médico Psiquiatra

5 de Febrero de 2009

AGRADECIMIENTOS

"Una mujer acepta cualquier marido..."
Eclesiástico 36, 23

A Dios por su misericordia, a mis padres por su apoyo incondicional y su ejemplo, y a las mujeres significativas de mi vida.

ÍNDICE

	Pág.
I. Justificación	5
II. Planteamiento del problema	7
III. Delimitación del tema	8
IV. Marco teórico	10
A. Tipos de violencia de género	11
1. Modalidades de violencia de género	
a) Violencia familiar	
b) Violencia conyugal	
c) Violencia contra las mujeres	
d) Violencia doméstica	
e) Violencia laboral y docente	12
f) Violencia institucional	
g) Violencia intrafamiliar	
2. Formas de violencia de género	12
a) Violencia psicológica	
b) Violencia sexual	13
c) Violencia física	14
d) Violencia patrimonial	
B. Comportamiento sexual en la región	17
C. Consecuencias de la violencia sexual y de pareja	19
V. Objetivos	21
VI. Hipótesis	22
VII. Metodología	23
A. Tipo de estudio	
B. Población	
C. Tamaño y cálculo de la muestra	
D. Muestreo	
E. Procesamiento de datos	

VIII. Elegibilidad	27
IX. Resultados	28
A. Análisis	30
B. Discusión	33
X. Conclusiones	36
XI. Recomendaciones	37
XII. Anexos	38
XIII. Bibliografía	45

I. JUSTIFICACIÓN

La mujer salvadoreña, especialmente la del área rural, en muchas ocasiones es obligada a convertirse en mujer y despojada de su calidad de adolescente/niña de manera violenta por personas del sexo masculino las cuales son significativas afectivamente por la víctima en cuestión.

El inicio de las relaciones sexuales marca un hito en el desarrollo físico y psicológico del hombre y la mujer en todas las sociedades, y tanto en el momento en que se produce este evento como el contexto en el que ocurre, surge un impacto inmediato y tiene consecuencias a largo plazo para el individuo. Es probable que tenga serias consecuencias de salud y sociales para la mujer iniciar las relaciones sexuales a muy temprana edad o antes de contraer matrimonio, especialmente si queda embarazada y si tiene un parto no planeado o, en algunos casos, un aborto en condiciones no seguras¹.

No se encontró registro actual de estudios llevados a cabo en nuestro país que pudiesen demostrarnos la frecuencia de presentación de violencia de pareja íntima en la primera relación coital de mujeres jóvenes en edad fértil, dato sumamente útil para dilucidar la magnitud del problema en cuestión y así idear estrategias específicas y adecuadas para combatir dicho fenómeno, tanto en la comunidad estudiada como en comunidades con características similares en toda la extensión del país.

La presente investigación pretende establecer un punto de partida con una connotación diagnóstica de las comunidades consultantes de la Unidad de Salud de Taquillo, municipio de Chiltiupán. Con esta investigación, luego de determinar la prevalencia de violencia de pareja íntima en dicha población y las características alrededor de las cuales se presenta obtendremos una visión mucho más integral, completa y compleja de dicho problema sociocultural, así como un verdadero punto de

partida para focalizar nuevas investigaciones, que profundicen más en submuestras según los resultados obtenidos.

Luego de la disseminación de la información de una manera ética y regulada, tanto los trabajadores de salud de la zona, como los líderes comunitarios y toda persona involucrada con el sector salud pertinente a la región (incluyendo Organizaciones No Gubernamentales con proyectos activos) serían sensibilizados según los resultados obtenidos, abordando dicha problemática con mayor rigurosidad y empuje, de ser esto necesario.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por todo lo antes expuesto, el investigador considero precisa la realización de este estudio en su área geolaboral de influencia, recopilando información que ayude a caracterizar y tipificar la población involucrada, no sin ello desviarse del fin trazado, la respuesta clara a la siguiente interrogante:

¿Existe presencia de violencia de pareja íntima en la primera relación coital de las mujeres en edad fértil consultantes en la Unidad de Salud de Taquillo, municipio de Chiltiupán, departamento de La Libertad en los meses de Agosto y Septiembre de 2008?

III. DELIMITACIÓN DEL TEMA

El Artículo 1 de la “Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer” de las Naciones Unidas considera que la violencia de género contra las mujeres es “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer; inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación de libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”².

La violencia sexual es considerada como el uso de la fuerza física, la coerción o la intimidación psicológica, para hacer que la víctima lleve a cabo un acto sexual o infracciones sexualizadas. La violencia se engendra en una situación en donde el agresor: fuerza a su víctima a tener relaciones en contra de su voluntad, la obliga a participar en actos sexuales de su desagrado, critica su funcionamiento sexual y/o la obliga a tener relaciones que la lastiman. En ocasiones, la mujer sí acepta y de buen grado la intimidad sexual pero en el desarrollo del intercambio su marido, novio o compañero sentimental la obliga a realizar prácticas que a ella no le resultan placenteras. Esto, obviamente, también debe ser considerado como un abuso, sin importar lo comunes o socialmente aceptadas que sean dichas prácticas³.

El concepto de violencia de pareja íntima (“intimate partner violence” en inglés) es relativamente nuevo y poco estudiado como tal en nuestra realidad. En resumen, la violencia de pareja íntima es aquel tipo de violencia (en cualquiera de sus formas) llevado a cabo por la persona que se considera ser pareja de la víctima (marido, novio o compañero sentimental). Dicho concepto será desarrollado posteriormente dentro del marco teórico.

En la búsqueda llevada a cabo sobre *violencia de género y violencia sexual* se encontró diversidad de estudios generalizados y otros bien delimitados sobre dichos temas, realizados en distintos países del mundo, donde se evidenció la mayor cantidad de publicaciones médico-científicas de origen norteamericano. Países latinoamericanos

como Ecuador, Costa Rica y El Salvador poseen varios estudios sobresalientes de índole social. Sin embargo, existe una marcada carencia de estudios clínico-epidemiológicos sobre *violencia de pareja íntima* a nivel global. Un equipo de investigadores españoles ha publicado diversos artículos sobre estudios de dicha temática, siendo una de las principales fuentes bibliográficas actualizadas de esta investigación. Además, existen investigaciones sobre “coerción sexual” y “sexo no consensual”, la mayoría llevados a cabo en países en vías de desarrollo del continente africano, así como algunos de origen sudamericano, también citados en esta investigación.

Es por la carencia encontrada en nuestra región que el presente estudio se focaliza en este tipo de violencia de género, dentro de las posibilidades del investigador y su posición geolaboral, indagando su presentación *dentro del contexto del inicio de relaciones sexuales*, algo aún más escasamente estudiado.

Es preciso enfatizar que dicho problema implica una infinidad de causas y consecuencias de diferentes índoles (sociales, económicas, psicológicas y culturales). La virginidad dentro de las sociedades machistas es un concepto *sobrevalorizado* tanto por hombres como por mujeres. En ello radica el impulsor primordial de este estudio: Si la víctima no estaba totalmente de acuerdo a iniciar relaciones sexuales (y a entregar su virginidad) pero termina haciéndolo (cediendo a presiones o sometiéndose al arresto de la pareja), se vuelve automática e involuntariamente una persona sexualmente activa, precipitando una serie de proceso psicológicos que pudieran concluir en una psicopatología manifiesta. Dicho evento también pudiese ser determinante en su posterior toma de decisiones, nivel de autoestima, desenvolvimiento en la comunidad y su final contribución (o falta de) a la sociedad.

III. MARCO TEÓRICO

La mujer latinoamericana y en nuestro caso la salvadoreña vive inmersa en una sociedad patriarcal de manera que el androcentrismo permea nuestras instituciones, evidenciado al menos tácitamente en las declaraciones de derechos humanos, las garantías constitucionales y libertades fundamentales del hombre, las cuales tienen como parámetro, modelo o prototipo el varón de la especie humana. Se puede visualizar que el machismo, está latente en todo momento de la historia, así también se encuentra en las convenciones, declaraciones, constituciones y leyes, en su inmensa mayoría, son de y para los hombres, aunque no lo digan explícitamente, pues son la mayoría que han participado en la definición, conceptualización y selección de esos derechos. No debe de extrañar entonces que cuando se ven los contenidos de dichos derechos se refleja un déficit de atención hacia las verdaderas y suficientes necesidades de las mujeres, especialmente en nuestro entorno de difusa violencia social, la cual es precursora inmediata de la violencia específica hacia las mujeres.

Es preocupante constatar que pese a los esfuerzos por sensibilizar a la población por medio de la divulgación de los derechos humanos de las mujeres, niños, niñas, mayores adultos y discapacitados, así como también las propuestas a la legislación salvadoreña, para que la violencia contra las mujeres, niños y niñas sea sancionada, la entrada en vigencia del Código de Familia y otros medios utilizados para prevenir la violencia intrafamiliar, tal parece que esto no es suficiente y siguen habiendo víctimas que en su mayoría son las mujeres, niños y niñas y personas adultas mayores, siendo los victimarios personas de confianza que conviven bajo el mismo techo, y un gran porcentaje, su pareja.

A. Tipos de violencia de género

1. Modalidades de violencia de género

Existen diversas *modalidades* de violencia de género, manifestada de diferentes formas, o ámbitos donde ocurren agresiones a las mujeres:

- a) **Violencia familiar:** es el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho⁴.

- b) **Violencia conyugal:** es el abuso por parte del compañero íntimo, es también conocido como violencia doméstica, maltrato o agresión de cónyuge, casi siempre está acompañado de abuso psicológico y, en una parte de los casos, de relaciones sexuales forzadas. En su mayoría, las mujeres maltratadas por sus compañeros sufren agresiones en numerosas ocasiones. La violencia puede ser del hombre hacia la mujer o de la mujer hacia el hombre, aunque en la mayoría de casos es el hombre el que arremete física y psicológicamente contra la mujer; y cuando estas agreden a los hombres, generalmente lo hacen en defensa propia.

- c) **Violencia contra las mujeres:** cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público⁴.

- d) La violencia doméstica: comprende todos aquellos actos violentos (desde el empleo de la fuerza física hasta el acoso o la intimidación) que se producen en el seno de un hogar y que perpetra al menos un miembro de la familia contra otro. Habitualmente, este tipo de violencia no se produce de forma aislada, sino que sigue un patrón constante en el tiempo. Sus principales víctimas son mujeres, niños y personas dependientes.
- e) Violencia laboral y docente: se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral, docente o análogo a la víctima, independientemente de la relación jerárquica, consistente en un acto o una omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima, e impide su desarrollo y atenta contra la igualdad. Puede consistir en un solo evento dañino o en una serie de eventos cuya suma produce daño, incluye también el acoso e hostigamiento sexual.
- f) Violencia institucional: son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia⁴.
- g) Violencia intrafamiliar: Constituye violencia intrafamiliar, cualquier acción u omisión, directa o indirecta que cause daño, sufrimiento físico, sexual, psicológico o muerte a las personas integrantes de una familia⁵.

2. *Formas de violencia de género*

Así también existen diferentes *formas* de violencia en contra las mujeres, que se manifiesta como violencia psicológica, física, patrimonial, verbal, entre otras.

- a) **Violencia Psicológica:** Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio⁶.

La Ley contra la Violencia Intrafamiliar de El Salvador, define la violencia psicológica, como toda: “Acción u omisión directa o indirecta cuyo propósito sea controlar o degradar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta u omisión que produzcan un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, el desarrollo integral y las posibilidades personales”. La violencia puede ser causada por una persona con quien se mantiene una relación afectiva, de confianza o sexual. Se manifiesta a través de insultos verbales o gestuales constantes, no reconocerle sus aciertos, ridiculizarla, rechazarla, manipularla, explotarla, compararla, dejarle de hablar, gritándole; o con amenazas de golpes, de abandonarla, de quitarle la ayuda económica, de castigarla o quitarle los hijos e hijas, de matarse él, de matarla a ella y/o sus hijos e hijas, de no dejarla salir, de no permitirle estudiar ni tener amistades e incluso, de no permitirle visitar a su familia⁷.

- b) **Violencia Sexual:** Es toda acción que obliga a una persona a mantener contactos sexualizados físicos o verbales o a participar en ellos mediante la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza u otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a las víctimas a realizar alguno de estos actos con terceras personas⁶. También se incurre en un acto de violencia sexual, cuando una mujer es

involucrada en una actividad de contenido sexual que propicia su victimización y de la que la persona agresora obtiene gratificación, por cuanto se trata de una imposición de actos de orden sexual contra la voluntad de la mujer. Por lo general, la violencia sexual se manifiesta a través de burlas y críticas con relación al comportamiento sexual de la mujer, asedio sexual en momentos inoportunos, cuando no se toma en consideración las necesidades y sentimientos sexuales de la mujer, tocamientos no gratos, insultos, forzar a tener sexo aunque la mujer no quiera, exigir sexo con amenazas, forzar a la mujer a tener relaciones sexuales con otras personas, infringir dolor a la mujer durante el acto sexual como estímulo excitante para el hombre, exigir sexo después de una discusión o luego de haberla golpeado, uso de objetos que dañan el cuerpo de la mujer, forzar a la mujer a ejercer la prostitución para obtener el dinero que ella obtenga.

- c) **Violencia Física:** Es cualquier acto que inflinge daño accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas. Se refiere a las acciones, comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona. Es todo abuso físico cometido por el esposo o compañero, u otra persona con la que mantenga una relación afectiva, de confianza o sexual, que provoque daños a una mujer, ya sea esposa, compañera, hermana, nieta, hija, nuera, entre otras, y que le cause lesiones internas, externas o ambas. Esta violencia se manifiesta a través de pellizcos, bofetadas, apretones que dejan hematomas, tirones de cabello, sacudidas, empujones, puñetazos, patadas, arrojamiento de objetos, golpes en diferentes partes del cuerpo, laceraciones, quemaduras, fracturas, amenazas o heridas con armas que puede provocar hasta la muerte de la mujer.

- d) **Violencia Patrimonial:** “Es todo acto de acción u omisión que afecta la supervivencia de la víctima”. La Ley contra la violencia intrafamiliar de El Salvador, la define como “toda acción u omisión donde se ejerce control de

los bienes o recursos; y se manifiesta con amenazas de despojarla de los bienes o apropiarse de aquellos que le pertenecen a ella a través de engaños, amenazas y chantaje afectivo; obligarla a entregar su salario o ingresos; apropiarse de los bienes pagados por la mujer que aparecen a nombre del compañero; asignar herencia desiguales, en donde las mujeres en calidad de hijas, esposas o madres, heredan bienes de menor valor; bienes de mujeres administrados por otras personas que no les permiten opinar o decidir sobre ellos; destruir objetos de valor que pertenecen a las mujeres, o destruir objetos que representan el patrimonio afectivo e histórico de la mujer como fotos, recuerdos y otros.

En la última década, se habla mucho de la coerción sexual, que ha sido definida como “el acto de forzar (o intentar forzar) a otro individuo a presentar comportamiento sexual contra su voluntad a través de violencia, amenazas, insistencia verbal, engaño, expectativas culturales o circunstancias económicas. Como tal, incluye una amplia variedad de comportamientos desde violación sexual hasta áreas más debatibles que requieren que las jóvenes se casen y sirvan sexualmente a hombres contra su voluntad”. El criterio básico de la coerción es la falta de elección de la mujer de otras opciones sin consecuencias sociales o físicas severas.

Como podemos ver muchos de los conceptos mencionados se entrelazan en las situaciones reales y son más complementarios que excluyentes. En general, La violencia de género no es natural, es una conducta inaceptable y que no tiene justificación⁸.

El “estudio multipaís sobre la salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer” llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud es el primero de este tipo y muestra que la forma de violencia más común contra la mujer es aquella que es consumada por su pareja⁹. Este tipo de violencia es mucho más común que ataques y violaciones por extraños u otra gente que las víctimas conocen. En un reporte realizado por el Centro de Programas de Comunicaciones, en la Universidad Johns

Hopkins, se muestra que 10-69% de las mujeres alrededor del mundo, y del 18-58% de las mujeres en Europa, reportan haber sufrido abuso físico por sus parejas en algún punto de sus vidas¹⁰. La violencia de pareja íntima es experimentada por aproximadamente un tercio de las mujeres alrededor del mundo, y cada año se registra un incremento en su incidencia y tasas de mortalidad^{11,12}. . Esta variación puede corresponder a la diferencia actual en cuanto a la magnitud del problema en diferentes países, pero también puede estar reflejando diferencias metodológicas grandes en la manera de abordar el problema.

La mayoría de los estudios disponibles sobre el tema examinan solo el abuso físico, porque este es el tipo de violencia más fácilmente definible y por ello más fácilmente medible. Sin embargo, como la OMS declara, “la violencia de pareja íntima se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que cause daño físico, psicológico o sexual a aquellos dentro de ella.”¹². Tal comportamiento incluye violencia psicológica (intimidación constante, insultos y humillación), relaciones sexuales sin consentimiento y otras formas de coerción sexual, así como varios comportamientos dominantes (aislando a la mujer de familiares y amigos, observando sus movimientos y restringiendo su acceso a información o ayuda).

Sin embargo, la violencia sexual es sujeto de muy pocos estudios, y la violencia psicológica de muchos menos. La humillación e aislamiento pueden no ser reconocidas incluso por las mismas mujeres como un comportamiento violento y las repercusiones que pueden traer para su salud.

B. Comportamiento sexual en la región

En una encuesta realizada a 134 hombres y 202 mujeres entre los 24 y los 44 años en Nicaragua, 27% de las mujeres y 19% de los hombres reportaron haber sido abusados sexualmente en la niñez o la adolescencia. Los 143 niños de la calle encuestados en un estudio de 1991 en Guatemala reportaron haber sido abusados sexualmente, algunos por más de una persona, 53% por miembros de la familia (frecuentemente padrastros), 6% por amigos, 3% por vecinos y 46% por extraños¹³.

Según el centro de Investigación *Innocenti* de la UNICEF (*Early Marriage-Child Spouses*, Marzo 2001), entre un 25 y un 35 por ciento de todos los nacimientos en los países de la región centroamericana, son de madres menores de edad. La práctica de casamientos de una niña a una edad temprana en el contexto centroamericano se presenta con mucha frecuencia y hay una tolerancia oculta a esta práctica¹⁴.

En general, en América Latina y el Caribe la edad de la primera relación sexual es significativamente más baja para los hombres que para las mujeres. Un estudio de jóvenes en 11 países encontró que la edad promedio de la primera relación sexual para los varones varía de 12.7 años en Jamaica a 16.0 años en Chile; para las mujeres, varía de 15.6 años en Jamaica a 17.9 años en Chile¹⁵. La tasa de fecundidad adolescente en El Salvador—104 nacimientos por 1,000 mujeres de 15–19 años—es considerablemente más alta que el promedio regional de 80 por 1,000 para América Latina y el Caribe¹⁶.

Es por muchos sabido como las adolescentes frecuentemente son “robadas” de sus hogares generalmente por mayores de edad cercanos a la familia. Esto, especialmente en las familias de bajo nivel económico y sociocultural, se considera hasta cierto punto más la regla que la excepción. Según la Encuesta Familiar FESAL 2002-2003 de El Salvador, los matrimonios que involucran a mujeres adolescentes en nuestro país son, en su gran mayoría, uniones consensuales en lugar de legales (86% vs. 14%). Las mujeres con menor escolaridad y de residencia rural tienen mayor probabilidad de

haberse casado durante la adolescencia (65% y 51%, respectivamente) que las mujeres con mayor escolaridad y de residencia urbana (33% y 40%). Una mayor proporción de hombres de áreas urbanas que de rurales tuvo relaciones sexuales antes de los 20 años (86% vs. 72%), pero casi no hay diferencia en las mujeres según la residencia (59–62%). El 42% de las mujeres adultas jóvenes dio a luz antes de cumplir los 20 años. Esta proporción es mucho más alta que el promedio en mujeres con menor escolaridad (66%) y en aquellas con un bajo nivel socioeconómico (60%). Con respecto a la violencia de pareja, en la vida, el 35.8% de las mujeres alguna vez casadas o acompañadas reportó que había recibido maltratos verbales o psicológicos, el 18% algún tipo de violencia patrimonial, el 19.7% violencia física y el 8% violencia sexual por parte de alguna pareja o ex-pareja¹⁷. Dicho estudio no menciona datos sobre las circunstancias en las cuales se dio su primera relación sexual.

Aunque el inicio de relaciones sexuales bajo coerción da la imagen de ser un episodio singular y aislado, el análisis a profundidad de entrevistas pone en claro que generalmente se está en la presencia de un proceso de etapas y tiempo variable, que incluye cierto tipo de negociación, aún en los casos de fuerza física¹⁸. Algunos caminos encontrados en la iniciación sexual coercionada son:

- Primera solicitud de relaciones sexuales-tiempo de espera-reiteración de solicitud-amenaza de abandono-aceptación de la mujer-relaciones sexuales.
- Primera solicitud-sin tiempo de espera, insistencia continua-establecimiento de una fecha límite-si la mujer no acepta, relaciones sexuales forzadas violentamente.
- Relaciones sexuales por caricias.

Estudios enfatizan en que la respuesta típica de una víctima de coerción sexual es no tomar acciones al respecto. Por ejemplo, en un estudio en Goa, India, solo el 15% de las víctimas femeninas y ninguna víctima masculina compartieron dicha experiencia con amigos o sus padres¹⁹.

C. Consecuencias de la violencia sexual y de pareja

Existe evidencia que adolescentes que fueron abusados sexualmente cuando niños están más propensos a presentar actividad sexual de alto riesgo, que los que no fueron abusados. Es más probable que dichos adolescentes tengan relaciones sexuales acordadas así como sexo sin protección y sexo con múltiples parejas²⁰.

Las víctimas de abuso sexual frecuentemente son incapaces de comprometerse con comportamiento autoprotector, pues las habilidades psicosociales necesarias para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado son justo las que el abuso sexual corrompe^{13,22}. Puede que ellos sean incapaces o estén indispuestos a tomar y seguir decisiones que reduzcan el abuso o los retiren de situaciones dañinas^{13,20}. El abuso sexual puede resultar también en baja autoestima, llevando a las víctimas a buscar aceptación a través del sexo.

Además, otras consecuencias agudas del abuso sexual de víctimas tanto mujeres como hombres incluyen infecciones de transmisión sexual y trauma psicológico. En las víctimas femeninas, existe un peligro agregado de embarazo no deseado, injuria y complicaciones de flujo vaginal relacionado a infecciones de transmisión sexual y dolor pélvico²¹. Mujeres con síntomas ginecológicos comunes, como dismenorrea, menorragia y disfunción sexual, tienen mayor probabilidad de haber sufrido un abuso sexual en el pasado²³. Se ha encontrado una asociación entre abuso sexual y disminución de la probabilidad de realizarse la prueba de Papanicolau²⁴, indicando otra consecuencia de riesgo, pues dicha prueba ayuda a la detección y tratamiento temprano de cáncer cervical y sus precursores. El cáncer cervical es una causa de mortalidad mayor de mujeres alrededor del mundo.

Consecuencias psicológicas pueden incluir sentimientos de desvalorización e impotencia, inhabilidad para distinguir comportamiento sexual del afectivo, dificultad en mantener límites personales apropiados, inhabilidad de rechazar mociones sexuales indeseadas, dificultad para confiar en las personas, vergüenza, miedo y culpa por sostener relaciones sexuales, y problemas de la salud mental²⁵.

Es preciso enfatizar en que el inicio de relaciones sexuales es un evento determinante en cualquier persona. El ser activo sexualmente conlleva muchas reacciones e implicaciones psicológicas y culturales. El tabú social relacionado con la pérdida de la virginidad esta especialmente presente en los bajos estratos sociales, donde la mujer puede ser moralmente desvalorizada por el hombre a causa de haber sostenido relaciones sexuales con alguien anteriormente.

Por esto, muchas mujeres las cuales son total o parcialmente inducidas a iniciar relaciones sexuales, optan por quedarse con su primera pareja aunque no estén totalmente convencidas o satisfechas con ello.

IV. OBJETIVOS

A. Objetivos generales

1. Determinar si se presentó violencia de pareja íntima en la primera relación coital de mujeres en edad fértil de las comunidades consultantes de la Unidad de Salud de Taquillo, Chiltiupán, La Libertad y su frecuencia.
2. Determinar algunas características alrededor de las cuales las mujeres consumaron su primera relación sexual que puedan estar relacionadas directa o indirectamente con violencia de pareja íntima.

B. Objetivos específicos

1. Determinar la edad promedio de las pacientes violentadas por su pareja en la primera relación coital.
2. Determinar que porcentaje de las pacientes que fueron violentadas por su pareja aún permanecen ligadas a dicha persona.
3. Determinar la forma de maltrato más común a la que fueron sometidas las pacientes violentadas en su primera relación sexual.
4. Determinar si las pacientes violentadas buscaron algún tipo de ayuda profesional o institucional.
5. Determinar si existía una red social o de apoyo disponible en el momento que las pacientes fueron violentadas, y si hicieron uso de ésta.

V. HIPÓTESIS

“Las pacientes femeninas consultantes de la Unidad de Salud de Taquillo en edad fértil en Agosto y Septiembre de 2008 han sido violentadas por su pareja en su primera relación sexual”.

Unidad de análisis:

Pacientes femeninas en edad fértil que se presenten a la Unidad de Salud de Taquillo, Chilitupán, La Libertad y que cumplan con los criterios de inclusión previamente establecidos.

Variables de especial interés:

Independiente: Inicio de relaciones sexuales

Dependiente: Violencia de pareja íntima

Otras variables a considerar:

Edad

Motivo de consulta

Estado civil

Escolaridad

Numero de embarazos

Historia de educación sexual

Fuente de educación sexual

Edad de inicio de relaciones sexuales

Presencia de red social de apoyo en el inicio de relaciones sexuales

Modo de violencia de pareja en la primera relación sexual

Presencia de maltrato actual

Tiempo entre inicio de relaciones sexuales y primer parto

VI. METODOLOGÍA

A. Tipo de estudio

El estudio realizado fue de tipo Descriptivo transversal. Se buscó determinar si dicho fenómeno (violencia de pareja íntima en la primera relación sexual) se presentó o no, en los sujetos en cuestión.

B. Población

En el Municipio de Chilitiupán residen aproximadamente 10,897 personas, siendo de éstas 5,413 mujeres (49%). La población total estimada de influencia de la Unidad de Salud "Ing. Orlando Recinos" ubicada en el cantón Taquillo, Chilitiupán, localizada al suroeste de la capital San Salvador, (13° 29' 47.30" N 89° 28' 56.17" W) sobre el Km 61 de la carretera El Litoral(CA-2), según datos proporcionados por la Dirección General de Estadísticas y Censos en el 2007(Digestyc²⁶) es de 4,410 habitantes, que incluye la sumatoria de los habitantes de los caseríos asignados a dicho centro de salud (El Zonte, El Regadillo, Taquillo y Shutía); de ellos 2,160 son mujeres. El número total de Mujeres en edad fértil del cantón Taquillo, definidas éstas según el Ministerio de Salud como aquellas entre los 10 y los 49 años, es de 879, según datos proporcionados por la Dirección de la Unidad de Salud, a través del registro comunitario de los promotores de salud de los caseríos mencionados.

C. Tamaño y cálculo de la muestra

Utilizando la fórmula para cálculo de la muestra en poblaciones finitas, la cuál busca obtener una muestra estadísticamente representativa de equis población y permite así hacer inferencias en posteriores estudios, se establece el número de entrevistas a realizar:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

- N = Total de la población (en este caso mujeres en edad fértil)
- $Z^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 5%)

$$n = \frac{879 * (1.96)^2 * (0.05) * (0.95)}{(0.05)^2 * (879 - 1) + (1.96)^2 * (0.05) * (0.95)}$$

$$n = 160.39 / 2.3774 = 67.67 \text{ sujetos}$$

Se entrevistó entonces a un total de 70 mujeres.

D. Muestreo

Las mujeres que se presentaron a la Unidad de Salud “Ing. Orlando Recinos” en Taquillo, Chiltiupán, La Libertad, por cualquier motivo y cumplan con los criterios de inclusión previa consejería y breve introducción sobre las características éticas y anónimas de la investigación, fueron elegibles para el estudio, en el período de Agosto a Septiembre de 2008.

Se ha propuesto que pueden ocurrir sesgos en investigaciones de este tipo si cierta población es estudiada tomando una muestra dentro de un centro de salud, pues se ha

demostrado que las mujeres que sufren violencia o abuso hacen un mayor uso de los servicios de salud que aquellas que no han tenido dichas experiencias, y esto puede llevar a una sobreestimación de la prevalencia de este problema en la población general²⁵. Es por ello que se incluyó no sólo mujeres que asistieron a consulta médica sino también a todos los demás servicios del establecimiento (consulta odontológica, vacunación de sus hijos, abasto de métodos de planificación familiar, solicitud de abate para uso domiciliar) así como también a mujeres que se presentaron como acompañantes.

Siguiendo las “Recomendaciones Éticas y de Seguridad para Investigación de Violencia Doméstica contra la Mujer”²⁷, las pacientes que se presentaron a consulta con su pareja no fueron consideradas.

El personal de salud invitó entonces a las mujeres a participar en un estudio sobre la salud de la mujer, agregando que incluía preguntas sobre su salud sexual. Se les explicó que el instrumento de recolección de datos (a manera de encuesta) a utilizarse es anónimo y confidencial y que era necesario su consentimiento para iniciar con el llenado.

El instrumento de recolección de datos fue elaborado tomando en cuenta opiniones de profesionales de la salud mental^{28,29} y de la salud pública^{30,31}, y fue previamente probado en una población similar en la Unidad de Salud de Chiltiupán.

El investigador es conocedor de las implicaciones éticas y psicológicas de la temática en cuestión, y colocó siempre primero el bienestar y el respeto a los sujetos de estudio antes que sus intereses. El estudio fue respaldado por la Escuela de psicología de la “Universidad Dr. José Matías Delgado”, de donde estudiantes en prácticas clínicas colaboraron para su realización, entrevistando a los sujetos de estudio y abordando a aquellos casos positivos a presencia de violencia de género. Al final de la entrevista, se entregó material informativo sobre organizaciones que se dedican a asistir a mujeres maltratadas, y se brindó asesoría sobre las opciones posibles para actuar.

E. Procesamiento de datos

Los datos obtenidos fueron procesados con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 16.0, del cual derivaron los cuadros del estudio, y con él se realizaron los análisis estadísticos. Las gráficas fueron elaboradas con el programa Microsoft Excel 2007.

VII. ELEGIBILIDAD

A. Criterios de inclusión

1. Pacientes del sexo femenino en edad fértil que se presentaron a la Unidad de Salud “Ing. Orlando Recinos” por cualquier motivo.

B. Criterios de exclusión

1. Pacientes que se presentaron con su pareja.
2. Pacientes que no estuvieron de acuerdo con participar en el estudio.

IX. RESULTADOS

Se entrevistó un total de 70 mujeres que asistieron al centro de salud por cualquier motivo. El llenado de las encuestas fue llevado a cabo por estudiantes de psicología del sexo femenino, buscando un adecuado establecimiento de *rapport* y contacto clínico. El rango de edad de las entrevistadas fue de 13 años hasta 49 años, con una media de 28.27 años y una desviación estándar de 9. La escolaridad de las entrevistadas osciló entre cero años (no academia) hasta 14 años (2º año de Universidad), con una media de 4 años de estudios.

El número de embarazos de las pacientes fue desde cero hasta 15, con una media de 3.31 embarazos. Solamente una persona encuestada no había iniciado relaciones sexuales. En cuanto al estado civil de las pacientes que conforman la muestra, se encontró que el 52% están acompañadas, 26% casadas, Solteras un 17%, viudas 3% y separadas 3%(Figura 1). La edad de inicio de relaciones sexuales se encontró desde 10 años hasta 28 años, con una media y mediana de 16 años, moda de 15 años (n=16) y una desviación estándar de 3. El 71% de las mujeres encuestadas iniciaron sus relaciones sexuales antes de cumplir la mayoría de edad, y el 93% lo hicieron antes de cumplir los veinte años.

Dos tercios de las mujeres encuestadas no habían recibido ningún tipo de educación sexual formal, contra un tercio q si lo había hecho de parte del Centro escolar (59%), sus padres o tutores (18%) o por personal de salud (23%)(Figura 2). 60% de las pacientes encuestadas aún permanecían al lado de su primera pareja. Dentro del 40% de quienes rompieron relaciones con su primera pareja, el 18% lo adjudica a infidelidad de su pareja, desinterés de alguno 11%, causas circunstanciales 6%, maltrato y violencia intrafamiliar 4.5% (n=3), y abuso de alcohol de parte de su pareja 1.5% (n=1). En el ítem que investiga coerción sexual se encontró que un 82% iniciaron relaciones sexuales porque era algo que ellas deseaban en ese momento, un 16.5% fue coercionada y un 1.5% (n=1) fue obligada a hacerlo (Figura 3). Un 17% de las mujeres encuestadas consideraron que fueron maltratadas en su primera relación sexual. La

manera más común de maltrato fue el maltrato psicológico (amenazas, intimidación) para el 62.5%, luego el sometimiento físico en 12.5%, y de otra manera no especificada un 25%(Figura 4); ninguna reportó golpes como tipo de maltrato. De todas ellas, ninguna buscó ayuda o apoyo en alguna persona o institución luego del evento. La edad media de las mujeres violentadas cuando iniciaron relaciones sexuales fue de 15.1 años. La cuarta parte de quienes sufrieron maltrato en su primera relación sexual manifestaron haber tenido su primer hijo menos de un año después de haber iniciado relaciones sexuales, y alrededor del 40% lo tuvo menos de dos años después. El 63% de las mujeres que fueron maltratadas aún permanecen junto con su primera pareja. Un 72% de la muestra no poseía una red social de apoyo al momento de iniciar sus relaciones sexuales, 28% de las pacientes consideran que si la tenían.

A. Análisis

El número de embarazos y los años de escolaridad se encontraron con una correlación negativa de Pearson de -0.459 (significativa en el nivel de 0.01)(Cuadro 1). También se encontró en la muestra que a menor escolaridad, menor la edad a la que iniciaban relaciones sexuales, con un índice de Pearson de 0.304 (significativo al nivel 0.05)(Cuadro 2). Es probable que la educación sea un factor protector, que de alguna manera colabore a posponer el inicio de relaciones sexuales de los jóvenes, y por consiguiente tener un temprano y mejor control reproductivo; asociación consistente con otros estudios sobre salud sexual y reproductiva de diversos países³². No ha sido posible determinar causalidad específica, pero se sugiere que el poder de la educación como factor de dilación de inicio de relaciones sexuales no radica únicamente en el nivel de academia alcanzado, sino más bien en los beneficios proveídos por la red social de apoyo que fuesen los compañeros estudiantes.

Más de la mitad de las entrevistadas poseen el estado civil de unión estable (acompañadas), y sólo alrededor de un cuarto de la muestra es casada (Figura 1). El 60% manifestó estar aún al lado de su primera pareja.

La escolaridad de la muestra fue en promedio de 4 años, con una mediana de 3 años. La escolaridad promedio general de mujeres de El Salvador según la encuesta FESAL 2002-2003 es de 7.1 años. Nuestra muestra al ser eminentemente rural posiblemente representa aquellos municipios de nuestro país con tasas altas de pobreza extrema (confirmado por el hecho de contar con el programa Red Solidaria, aquél de ayuda económica directa a las poblaciones más pobres).

La media de inicio de relaciones sexuales coincide a grandes rasgos con los datos de la población general de nuestro país¹⁷ y Latinoamérica¹⁵. En El Salvador, el 21.9% de las mujeres entre 14 y 24 años tuvo su primera experiencia sexual antes de los 15 años (En nuestra muestra, el porcentaje es 14.5%), con una tasa de violación de 2.1% (en

nuestra muestra, 1.5%). Es evidente que la variación de tasas no es sumamente amplia, lo cual nos sugiere una adecuada representatividad.

No se encontró una diferencia significativa en la edad de inicio de relaciones sexuales de las pacientes que recibieron algún tipo de educación sexual contra las que no lo recibieron (media de 16.87 años para el primer grupo, 16.3 para el segundo; $ic=95\%$, $t=0.865$, $df=67$, significancia de 0.39), siendo la fuente en casi dos tercios de los casos de quienes si la recibieron, el centro escolar (Figura 2). Fue imposible medir la calidad y cantidad de dicha educación sexual, lo cual pudiese ser mucho más determinante que su mera presencia. Valdría la pena la medición de impacto de la educación sexual impartida en los centros escolares, y la medición objetiva de la calidad con la que se desarrollan las diferentes temáticas.

La edad media general de inicio de relaciones sexuales de las mujeres encuestadas fue de 16 años, y la edad media de las pacientes violentadas en su primera relación sexual fue de 15.1 años (Cuadro 3). A pesar que estadísticamente no es posible demostrar una correlación, pareciera que la violencia de pareja íntima se presenta con mayor frecuencia a más temprana edad, pudiendo ser por la preferencia de los agresores por mujeres más jóvenes.

Alrededor del 40% de las pacientes que fueron violentadas manifestaron haber tenido su primer hijo menos de 2 años después de iniciadas las relaciones, y un cuarto de ellas dio a luz menos de un año después de iniciar relaciones. Esto pudiese generar en nosotros una idea del panorama dentro del cual la familia fue formada (si permanecieron juntos) y de la posibilidad que ese cuarto de las pacientes hayan concebido dentro de una relación sexual forzada/desagradable, incidiendo directamente en su salud mental y sexual posterior. Cabe mencionar que en nuestro país, 2 de cada 3 adolescentes con experiencia sexual y 5 de cada 6 jóvenes han tenido por lo menos un embarazo (FESAL 2002-2003).

Es importante también señalar que casi dos tercios de las pacientes maltratadas en su primera relación sexual aún permanecen ligadas con su primera pareja, de ellas el 88% manifestó no poseer una red social de apoyo en el momento de iniciar sus relaciones sexuales. Dato que sugiere la probabilidad que quienes fueron maltratadas no vieron otra opción más que continuar con quien perdieron su virginidad, aceptando con resignación la situación.

Del total de mujeres encuestadas, un 72% negó tener una red social de apoyo al momento de iniciar sus relaciones sexuales, sugiriendo con ello deficiencias socioculturales para un óptimo desarrollo psicosocial.

B. Discusión

Los datos obtenidos son una ventana a la realidad que las mujeres de nuestras áreas rurales viven. Que dos de cada diez mujeres haya sido víctima de violencia de pareja íntima en el inicio de relaciones sexuales es un dato suficientemente valioso para abordar con mayor esfuerzo esta compleja problemática. Las limitaciones derivadas de la metodología y las características inherentes de la población (poca voluntad de compartir sus experiencias, desconfianza con entrevistadoras ajenas al personal de salud, incomodidad de afrontar y aceptar su situación frente a otra persona, etc.) deben hacernos considerar un posible subregistro de casos. Los resultados claramente reflejan el *modus vivendi* de muchas mujeres del área rural, caracterizado por inseguridad jurídica, violación de sus derechos, violencia de género y capacidad limitada de superación personal, laboral y económica. Que el inicio de la actividad sexual sea temprano (el 93% de nuestra muestra antes de los 20 años) y esté marcado como una experiencia violenta y/o desagradable nos permite pronosticar la enorme posibilidad de consecuencias psicológicas que, aunque no es objetivo de este estudio, nos deben hacer reflexionar sobre la necesidad de una mejor educación e integración de la sociedad en contra de este tipo de situaciones. Una de las finalidades de la presente investigación es la estimulación de discusiones y la inspiración de iniciativas creativas para desarrollar programas que aborden el problema de la salud sexual como parte crucial de la persona humana, tanto en el ámbito rural como en lo urbano.

Los datos sociodemográficos de la muestra (que más de la mitad de las mujeres estén acompañadas, solo un cuarto de ellas estén casadas y que el 60% estén junto con su primera pareja) nos recuerdan la usual manera de entablar y desarrollar las relaciones conyugales en el área rural: el hombre busca y conquista a la mujer, la cual luego de perder su virginidad viven juntos, pero generalmente no buscan el amparo legal de la institución del matrimonio. De esta manera, el hombre, generalmente criado bajo esquemas machistas, posee más libertad para tener otras parejas fuera del hogar, y así

la mujer con apoyo legal limitado por su estado civil, se ve obligada a aceptar estoicamente las acciones y omisiones de su pareja.

La gran mayoría de las mujeres encuestadas tuvieron su primera experiencia sexual en la adolescencia, período vital transicional sumamente complejo en los planos biológico, psicológico, cultural y social. La vulnerabilidad psicosocial previa al contacto sexual pudiese potenciar conductas sexuales de riesgo en el futuro. Una sexualidad sana abarca conceptos y actitudes como la fidelidad, la asertividad y una adecuada autoestima, las cuales se desarrollan con dificultad en hogares inestables, con bajo nivel académico y modelos paternos defectuosos.

Los indicadores más palpables para determinar una mejoría en la salud sexual y reproductiva de nuestra población son la tasa de embarazos no planeados, abortos y morbilidad gestacional por temprana edad, y la incidencia de enfermedades de transmisión sexual. El riesgo de contraer VIH/SIDA debe ser mencionado y publicitado con gran esfuerzo, a pesar que el enfoque de este estudio sea otro.

Es evidente entonces la importancia de la educación de nuestra población, en todos sus planos, para un desarrollo individual y colectivo pleno y más saludable. Más importante aún, es la educación del sexo femenino desde temprana edad, como inversión para fortalecer la sociedad. En una sociedad machista, la mejor apuesta a mediano y largo plazo son las mujeres, pues son ellas quienes transmiten las ideas y valores en los hogares con figura paterna ausente (que son una proporción significativa). Específicamente el mantenerse en la escuela y el posponer el inicio de relaciones sexuales han sido correlacionados significativamente en diversos estudios, y a pesar que ha sido difícil dilucidar el cómo, se ha dicho repetidamente que estar enrolado en una institución educativa “protege” de comportamientos sexuales riesgosos. Mantenerse dentro de la escuela pudiese ser un indicador de un proyecto de vida que no está limitado únicamente a la unión conyugal y la maternidad.

Ninguna solución a esta compleja problemática surgirá ni funcionará aislada, se necesitará un esfuerzo coordinado para proceder a batallar aquellos flancos claves que pudiesen ser modificables a corto, mediano y largo plazo. Todo voluntario, investigador

y empleado público o privado que trabaje en el campo de la sexualidad en vías de desarrollo esta jugando un rol transcendental en las vidas de individuos, familias, comunidades y naciones.

X. CONCLUSIONES

1. En dos de cada diez mujeres hubo violencia de pareja íntima en su primera relación sexual.
2. La edad de inicio de relaciones sexuales de la muestra coincidió con la edad de inicio de relaciones sexuales de las mujeres a nivel nacional, excepto de quienes presentaron violencia de pareja íntima.
3. La edad promedio de las pacientes que presentaron violencia de pareja íntima fue un año menos de las que no fueron violentadas.
4. La manera más común de maltrato fue el psicológico, en dos tercios de la muestra.
5. Existe una asociación entre el nivel de escolaridad y el número de embarazos, correlacionándose negativamente.
6. Existe una asociación entre el nivel de escolaridad y la edad en la que las mujeres iniciaron sus relaciones sexuales, correlacionándose positivamente.
7. Casi dos tercios de las pacientes maltratadas en su primera relación sexual aún permanecen ligadas con su primera pareja, de ellas el 88% manifestó no poseer una red social de apoyo en el momento de iniciar sus relaciones sexuales.
8. Del total de pacientes violentadas de nuestra muestra, ninguna buscó ayuda. Esto nos hace considerar que existen factores culturales inherentes a nuestra gente que ocultan y aceptan con resignación los delitos de naturaleza sexual, además de sugerirnos la posibilidad que las víctimas no sepan adónde acudir.
9. De acuerdo a los resultados del estudio, los programas de educación sexual no están generando un impacto significativo en las jóvenes que la reciben.

XI. RECOMENDACIONES

1. Sensibilizar a los trabajadores de salud en general y específicamente a aquellos del área de influencia de donde se realizó el estudio, para que investiguen y consideren posibles casos de violencia de pareja íntima, y así también la prevengan impartiendo una adecuada consejería sobre Salud Sexual y Reproductiva.
2. Mejorar la cantidad y calidad de información acerca de sexualidad en los centros escolares, con indicadores específicos para asegurar su calidad y supervisiones externas periódicas.
3. Estimular la colaboración y el apoyo de organizaciones internacionales que promuevan la igualdad de género y la salud sexual y reproductiva.
4. Realizar estudios sobre la calidad y el impacto de la educación sexual sobre los adolescentes en el presente y en nuevas generaciones.
5. Revisar y corroborar la disponibilidad y eficiencia de las instituciones encargadas de solventar y procesar los casos de violencia de pareja.
6. Promover el diálogo serio y maduro sobre la sexualidad humana, trabajando en conjunto con instituciones pilares de nuestra sociedad como las iglesias, centros de salud y alcaldías.
7. Continuar investigando sobre problemas de violencia de pareja íntima en nuestra sociedad, de manera que exista más cantidad de conocimiento científico acerca de dicha problemática y surjan nuevos y diferentes abordajes y soluciones.

XII. ANEXOS

Figura 1. Distribución de mujeres encuestadas según su estado civil.

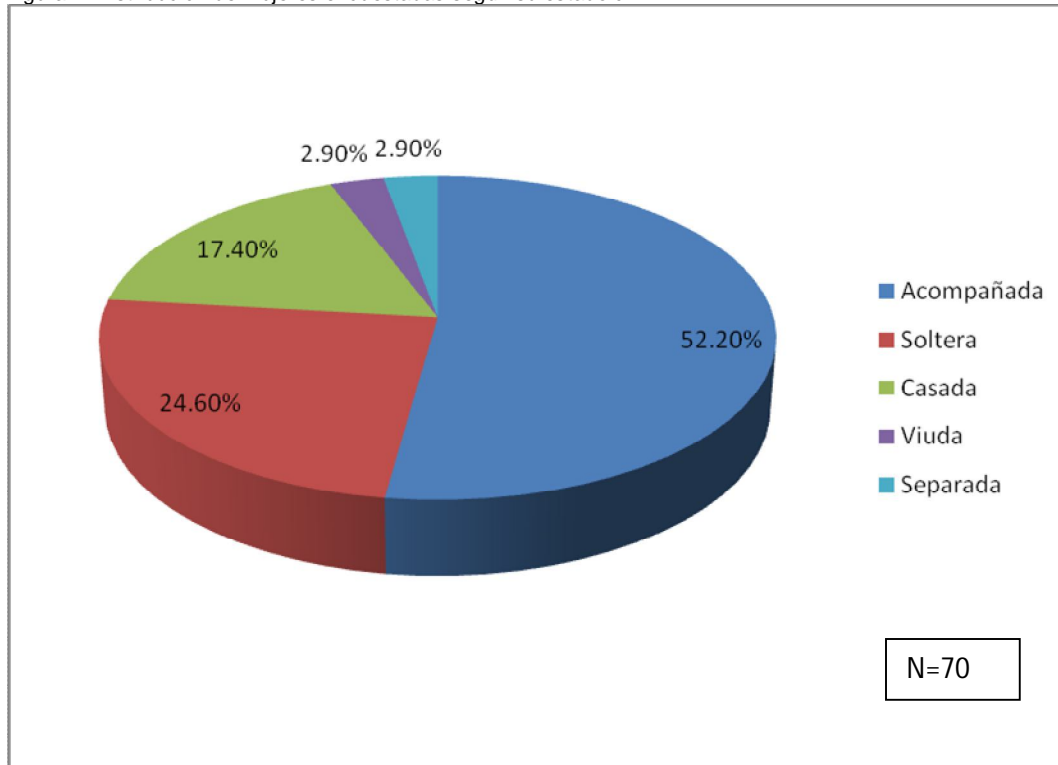


Figura 2. Fuente de Educación sexual

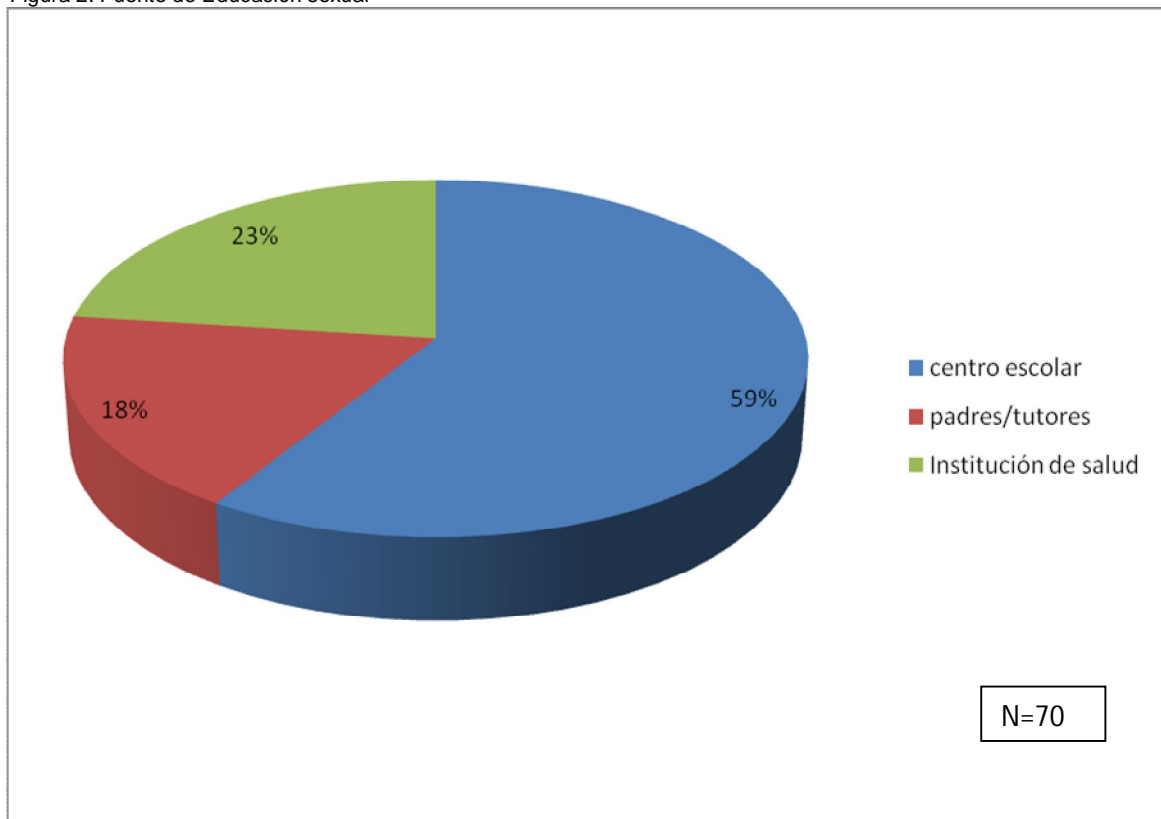


Figura 3. Nivel de voluntad de iniciar relaciones sexuales por primera vez.

Su primera relación sexual...

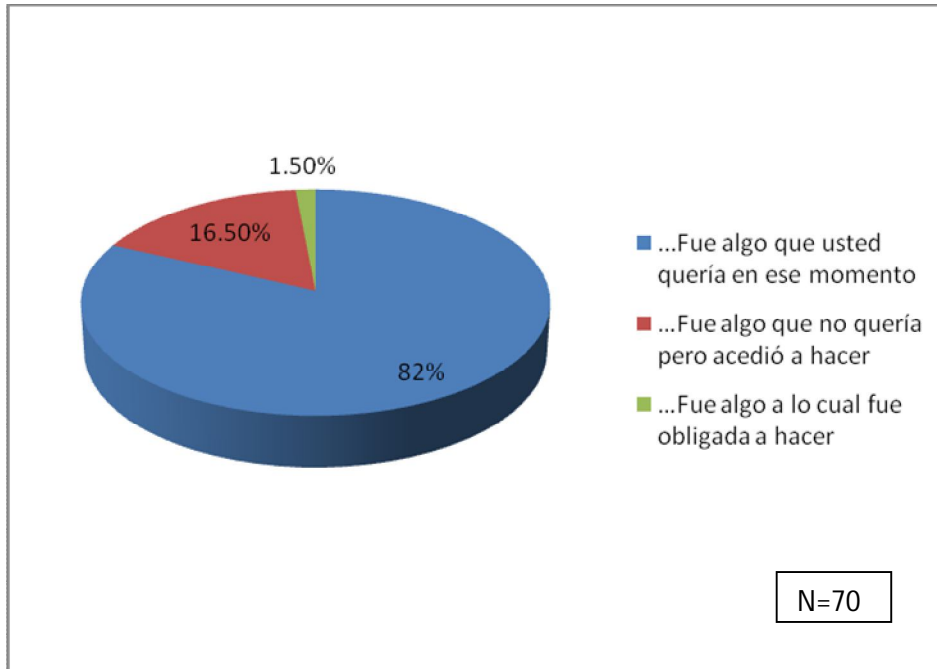
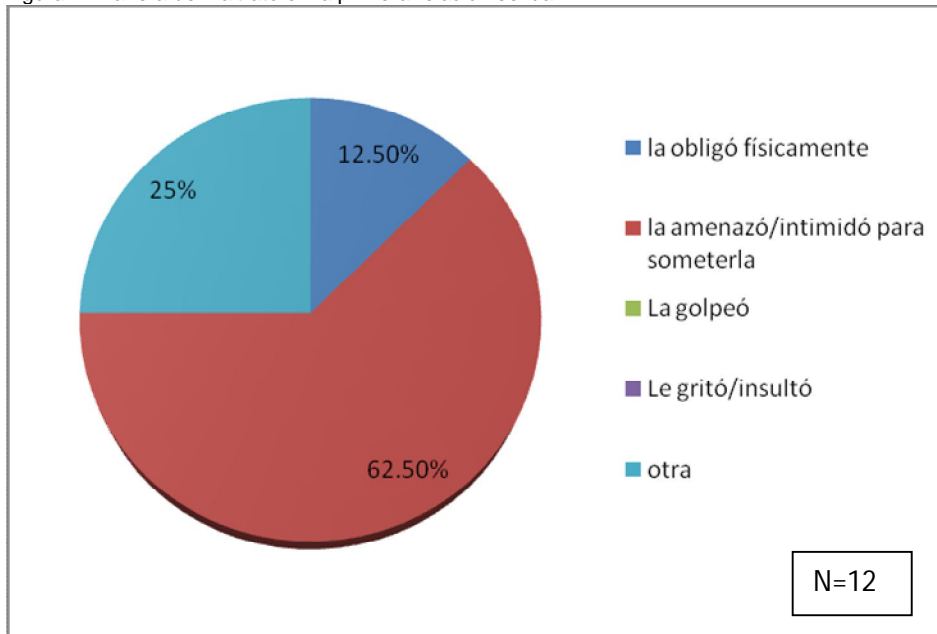


Figura 4. Manera de maltrato en la primera relación sexual.



Cuadro 1. Correlación de Pearson para Años de escolaridad y edad de inicio de relaciones sexuales. SPSS 16.0.

		Años de Escolaridad	A que edad inició relaciones sexuales?
Años de Escolaridad	Correlación Pearson	1.000	.304*
	<i>Sig. (2-tailed)</i>		.012
	N	69.000	67
A que edad Inicio relaciones sexuales?	Correlación Pearson	.304*	1.000
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.012	
	N	69	69.000

*. La correlación es significativa al nivel de 0.05.

Cuadro 2. Correlación de Pearson para Años de Escolaridad y Número de embarazos. SPSS 16.0.

		Número de embarazos	Años de Escolaridad
Número de embarazos	Correlación Pearson	1.000	-.459**
	<i>Sig. (2-tailed)</i>		.000
	N	69.000	69
Años de Escolaridad	Correlación Pearson	-.459**	1.000
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	.000	
	N	69	69.000

** . La correlación es significativa en el nivel de 0.01.

Cuadro 3. Edad media de Inicio de relaciones sexuales nacional, general y según subgrupo.

Edad media de inicio de relaciones sexuales	
Nacional femenina	16.4
General de la muestra	16
Con educación sexual	16.87
Sin educación sexual	16.3
Con violencia de pareja en inicio de relaciones	15.1

Entrevista dirigida/Encuesta del estudio de investigación:

"Violencia de pareja íntima como factor de iniciación de relaciones conyugales en un área rural de El Salvador"

Introducción/Consentimiento/Establecimiento de *rapport*.

Fecha: ___/___/___

CODIGO _ _ _ _

Edad: _____

Motivo de Consulta:

Cntrol Prenatal _____ toma de PAP _____ Contest. Exámenes _____ Control periódico/Planif Familiar _____

Morbilidad _____ Especificar: _____

Estado civil: Solt. _____ Casada _____ Acompañada _____ Viuda _____ Separada _____

Fórmula obstétrica: G_ P_ P_ A_ V_

Escolaridad: _____

1. ¿Recibió usted educación sobre temas relacionados con la sexualidad en el centro escolar, una institución de salud o por parte de sus padres o tutores?

Si ___ No ___ ¿Dónde? _____

2. ¿Ha iniciado usted relaciones sexuales? Sí _____ No _____

Si la respuesta es no, fin de la encuesta.

3. ¿A que edad inició sus relaciones sexuales?: _____

4. ¿aún se encuentra junto con su primera pareja sexual?

Si _____ No _____

5. Si su respuesta fue NO, ¿Cuál piensa usted que fue la causa principal de la ruptura con su primera pareja?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Infidelidad de parte de su pareja | <input type="radio"/> Abuso de alcohol y/o sustancias de su pareja |
| <input type="radio"/> Infidelidad de parte suya | <input type="radio"/> Abuso de alcohol y/o sustancias de parte suya |
| <input type="radio"/> Desinterés de parte de él | <input type="radio"/> Otra. Especificar _____ |
| <input type="radio"/> Desinterés de parte suya | |
| <input type="radio"/> Circunstancial (muerte familiar, cambio de domicilio) | |
| <input type="radio"/> Problemas ocasionados por los hijos | |
| <input type="radio"/> Maltrato y violencia intrafamiliar | |

6. ¿cómo se conocieron con su primera pareja sexual?:

- A través de la familia
- Aleatoriamente
- Amigo de infancia
- A través de la Iglesia
- A través de otra institución
- En el trabajo
- Otro (especifique) _____

7. Su primera relación sexual...

- Fue algo que usted quería en ese momento
- Fue algo que no quería pero accedió a hacer
- Fue algo a lo cuál fue obligada a hacer

8. ¿Considera usted que fue maltratada en su primera relación sexual?

Si___ No_____

9. Tuvo usted en el momento en que inició relaciones sexuales a alguna persona o personas en la que poder confiar y desahogarse cuando se le presentasen problemas o dificultades de cualquier tipo en la vida?

Si___ No_____

Si respondió negativamente a la pregunta 8, termina la encuesta.

10. Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta 8, ¿de qué manera?

- La obligó físicamente
- La golpeó para someterla
- Le gritó e insultó
- La amenazó/intimidó para someterla
- Otra. Especifique _____

11. ¿Buscó algún tipo de ayuda profesional o institucional para hacerle frente a esta situación?

No _____ Si_____ Cuál, cuáles? _____

12. ¿Esta usted aún al lado de esta persona?

Si _____ No_____

13. Si su respuesta fue afirmativa, ¿Se considera usted aún maltratada por su pareja?

Si___ No_____

14. ¿Cuánto tiempo después de iniciar relaciones sexuales tuvo usted su primer hijo?

- o Menos de un año
- o Un año
- o De dos a cuatro años
- o Más de cinco años
- o No tiene hijos

fin de la encuesta.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Singh S, Wulf D, Samara R et al. Diferencias Según Sexo en el Momento De la Primera Relación Sexual: Datos de 14 Países. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. Volumen 26, Número 1, Marzo 2000.
2. García-Moreno C. [Violence Against Women, Gender and Health Equity]. Harvard: Pan American Health Organization and Harvard Center for Population and Development Studies, 2000.
3. Persico L. Soy una mujer maltratada. Libsa. España. 2003
4. Dictamen con Proyecto de Decreto de ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Congreso de México.
5. Art. 3, Ley contra la Violencia intrafamiliar: DECRETO N° 902.- La Asamblea Legislativa de la República de El Salvador.
6. Dictamen con Proyecto de Decreto de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Página XI.
7. Ley Contra La Violencia Intrafamiliar. El Salvador. 2000.
8. Manual Técnico de salud Reproductiva. Ministerio de Salud y Asistencia Social. MSPAS. El Salvador.
9. World Health Organization. Multi-country study on women's health and domestic violence against women. [Accesado 30 de Marzo 2006] Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html
10. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population Reports (Series L no 11). Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Programme, 1999.
11. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, et al. World Report on violence and Health.
12. Krantz G. Violence against women: a global public health issue! J Epidemiol Community Health. 2002;56:242-3

13. Shanler, Heise, Stewart, Weiss. Sexual Abuse & Young Adult Reproductive Health. Family Health International. 1998. Disponible en: <http://www.fhi.org>
14. Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes: Una Mirada desde Centroamérica. Proyecto Fortalecimiento de la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes ante la Explotación Sexual Comercial. ECPAT, Naciones Unidas, 2005.
15. Lundgren R. *Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes Varones en América Latina*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2000.
16. Datos sobre la salud sexual y reproductiva de la juventud salvadoreña. Instituto Guttmacher, Junio 2008. Basado en datos de la *Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL2002–2003)*.
17. Pérez J et al. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2002-2003, Informe Final. Asociación Demográfica Salvadoreña. El Salvador, C.A.
18. Gelstein R, Pantelides E, Calandra N. Iniciación Sexual bajo Coerción en el área metropolitana de Buenos Aires. 2001. [Accesado 2 de Julio 2008]. Disponible en: http://www.iussp.org/Brazil2001/s20/S24_P05_Geldstein.pdf
19. Patel, Vikram and Gracy Andrew. 2001. "Gender, sexual abuse and risk behaviours in adolescents: A cross-sectional survey in schools in Goa," *National Medical Journal of India* 14(5): 263–267.
20. Heise, L., K. Moore and N. Taubia. 1995. *Sexual Coercion and Reproductive Health*. New York: The Population Council.
21. Heise, L. 1998. "Violence, Sexuality & Women's Lives." (Presentation before the SIECUS Board Meeting, New York, February 21.)
22. Golding JM, Wilsnack SC, Learman LA. Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1013–1019.
23. Stewart, L., A. Sebastini, G. Delgado and G. Lopez. 1996. "Consequences of sexual abuse of adolescents, *Reproductive Health Matters* 7: 129–134.

24. Mgalla Z, Schapink D, Boerma JT. Protecting school girls against sexual exploitation: a guardian programme in Mwanza, Tanzania. *Reprod Health Matters* 1998;6(12):19-30.
25. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J Methodological issues in the study of violence against women. *J. Epidemiol. Community Health* 2007;61;26-31.
26. Dirección General de Estadísticas y Censos. VI Censo de Población y V Censo de Vivienda. Ministerio de Economía. Abril, 2008.
27. World Health Organization. Putting Women's Safety First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence against Women: Global Programme on Evidence for Health Policy. Geneva: World Health Organization; 1999.
28. Entrevista con Dr. Otto Moisés Castro, Médico psiquiatra, catedrático de la Universidad Dr. José Matías Delgado, La Libertad, El Salvador. 21 de marzo de 2008.
29. Asesoría con el Dr. José María Sifontes, Médico psiquiatra, catedrático de la Universidad Dr. José Matías Delgado, La Libertad, El Salvador.
30. Asesoría con Dra. Mélida Gregori, Médico con maestría en Salud Pública, catedrático de la Universidad Dr. José Matías Delgado. Mayo 2008.
31. Revisión de protocolo de tesis con recomendaciones por Dr. Hernández, médico con maestría en Salud pública, catedrático de la Universidad Dr. José Matías Delgado. Mayo 2008.
32. Kirby DB. Sex and HIV/AIDS education in school have a modest but important impact on sexual behavior: a review. *British Medical Journal*. [Accesado 30 de Abril 2008] Disponible en: <http://www.bmj.com/archive/7002e.htm>