

**IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE VIOLENCIA SEXUAL
MEDIANTE EL USO DE LAS HERRAMIENTAS TICS EN ESTUDIANTES DEL
GRADO CUARTO PRIMARIA DEL COLEGIO TÉCNICO GUAIMARAL EN EL AÑO
2019**

LIZ KATHERINE MEDINA PALENCIA

LUISA DANIELA MUÑOZ ROJAS

ASESOR CIENTÍFICO:

PSIC. LAURA JARAMILLO

ASESOR METODOLÓGICO

GERMÁN WILCHES REINA. MD, MG SALUD PÚBLICA

PROFESOR PROGRAMA DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

PROGRAMA DE MEDICINA

CÚCUTA

2019

1. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuál es el impacto de una intervención sobre violencia sexual mediante el uso de las herramientas TICs en estudiantes del grado cuarto primaria del colegio técnico Guaimaral en el año 2019?

2. OBJETIVOS:

2.1 General: Establecer el impacto de una intervención sobre violencia sexual mediante el uso de las herramientas TICs en estudiantes del grado cuarto primaria del Colegio Técnico Guaimaral en el año 2019.

2.2. Específicos:

- Identificar el conocimiento sobre violencia sexual por parte de los estudiantes del grado cuarto de primaria previo a la intervención.
- Identificar cambios y apropiación en los conocimientos de los niños y niñas en relación con la temática de prevención de la violencia sexual.
- Realizar un pesquisaje de niños y niñas de la población a estudio que se sientan víctimas de violencia sexual.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La violencia sexual es un problema que siempre se ha encontrado presente en la sociedad y tiene como objeto diana a los integrantes más vulnerables de esta, como lo son las mujeres y los niños, en base a esto no sorprenden las cifras del informe expedito por la UNICEF donde 1,1 millones de niñas y niños adolescentes entre los 15 a 19 años han sido víctimas de violencia sexual en América latina, ni las expuestas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en las que 85.5% de las denuncias por abuso sexual realizadas durante el 2019 son hechas por

menores de edad; es pertinencia del estado y de la sociedad implementar medidas para contrarrestar y disminuir este panorama fomentando la prevención mediante la educación de los niños.

4. JUSTIFICACIÓN

El ser humano se caracteriza porque su actuar y reacción a situaciones en la adultez se cimienta en las vivencias y conocimientos adquiridos durante la infancia, por ende el mal y el bien son conceptos culturales aprendidos e interiorizados; ya que si no se cuenta con una adecuada orientación se pueden normalizar y adquirir costumbres o acciones que violentan a los demás; entre ellas las más comunes son la del tipo de violencia sexual; si bien esto principalmente es labor de los padres, en el mundo globalizado donde se convive, muchos no pueden supervisar directamente a sus hijos las 24 horas del día, y delegan esta tarea a personas e instituciones que consideran confiables, como lo son: colegios, familiares y profesionales; sin embargo son en estos mismos espacios donde más abusos a menores se reportan, en esto se fundamenta la necesidad de realizar intervenciones en grupos de niños, sobre la oportuna identificación de abuso y a quienes deben recurrir en caso de vivenciarlas. Esto no solo permitirá que los niños aún sin la veeduría permanente de sus padres cuenten con las herramientas necesarias para reconocer las situaciones y acciones de abuso sino que a su vez fomenta el crecimiento de adultos con adecuada salud mental.

5. MARCO TEÓRICO

5.1.MARCO CONCEPTUAL:

- **ADOLESCENCIA:** Período de transición entre la niñez y la adultez. Incluye algunos cambios grandes, tanto en el cuerpo como en la forma en la que un joven se relaciona con

el mundo. Se empiezan a notar otros cambios corporales, entre los que se incluyen el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones. (HEALTHY CHILDREN ORG, 2019)

- **AUTOESTIMA:** Es confiar en las propias potencialidades y tiene dos componentes: la valía personal y el sentimiento de capacidad personal. La primera se refiere a la valoración positiva o negativa que la persona tiene de su autoconcepto, incluyendo las actitudes hacia sí mismo; la segunda alude a las expectativas que tiene una persona de ser capaz, de hacer de manera exitosa lo que tiene que hacer, es decir, su autoeficacia. (Alonso, y otros, 2007)
- **CONSENTIMIENTO:** Estar activamente de acuerdo con realizar actividades de índole sexual con una persona, se debe dar libremente, con entusiasmo, específico, estando informado y es reversible. (PLANNED PARENTHOOD)
- **CIBERACOSO:** Actividad de chantaje, extorsión y atsigamiento a una persona a través de fotografías o videos eróticos enviados sin consentimiento al Smartphone o al ordenador, en las que aparece el autor o la víctima acosada, es decir, un acoso sexual virtual. (CIBER DERECHO)
- **DERECHO:** Conjunto de normas que imponen deberes y normas que confieren facultades, que establecen las bases de convivencia social y cuyo fin es dotar a todos los miembros de la sociedad de los mínimos de seguridad, certeza, igualdad, libertad y justicia. (PEREZ & CASTRO)
- **ETS:** Enfermedades de transmisión sexual, son causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes, y se propagan predominantemente por contacto sexual. Entre los más de 30 agentes patógenos, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades.

Cuatro son actualmente curables, a saber, sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Las otras cuatro, hepatitis B, herpes, VIH y VPH, son infecciones virales incurables que, no obstante, se pueden mitigar o atenuar con tratamiento. (OMS)

- **FACTOR DE RIESGO:** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión que afecte su estado biopsicosocial (OMS, 2017).
- **INFANCIA:** Ciclo de vida comprendido entre los 6-11 años. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2019).se caracteriza por su apertura al mundo externo y por la acelerada adquisición de habilidades para la interacción. (MANSILLA, 2000)
- **NORMALIZACIÓN:** Proceso por el cual ciertos comportamientos e ideas se hacen considerar "normales" a través de la repetición, la ideología, la propaganda u otros medios, muchas veces llegando a tal punto que son consideradas naturales y se dan por sentado sin cuestionamiento. (Hernandez, 2013)
- **PREVENCIÓN:** Abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de un suceso, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecido. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2019)
- **TICS:** Tecnologías de la Información y Comunicaciones, son las tecnologías que se necesitan para la gestión y transformación de la información, y muy en particular el uso de ordenadores y programas que permiten crear, modificar, almacenar, proteger y recuperar esa información. (SANCHEZ, 2008)

- **VÍCTIMAS:** Las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder. (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2019)
- **VIOLENCIA:** El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (ONU, 2012).
- **VIOLENCIA SEXUAL:** Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo o educación. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011)

5.2 MARCO TEMÁTICO.

5.2.1 VIOLENCIA SEXUAL

La Organización mundial de la salud define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones

para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo'' (Jewkes, Sen, & García-Moreno, 2002), a su vez define la coacción como un concepto que comprende intimidación psicológica y amenazas de daño. Según la OMS y las Naciones Unidas, la violencia sexual comprende una amplia gama de actos, incluidos el coito sexual intentado o forzado, contacto sexual no deseado, obligar a una mujer o a una niña o niño a participar en un acto sexual sin su consentimiento, comentarios sexuales no deseados, abuso sexual de menores, mutilación genital, acoso sexual, iniciación sexual forzada, prostitución forzada, la trata con fines sexuales, entre otros

La violencia sexual tiene graves consecuencias, tanto para las personas como para la sociedad. Puede afectar de manera adversa la salud física y mental de los sobrevivientes. Se asocia con una gran cantidad de problemas de salud sexual y reproductiva, como las enfermedades de transmisión sexual; incluido el VIH; embarazos no planeados, abortos, disfunción sexual y problemas ginecológicos. (Miller, Decker, McCauley, Tancredi, Levenson, & Waldman, 2010). En consecuencia es preciso esclarecer que el acto sexual sin protección debido a coacción o sabotaje por una pareja del sexo masculino se clasifica como violencia sexual ya que como se menciona anteriormente puede ocasionar consecuencias negativas, sin embargo gran cantidad de hombres en Latinoamérica se niegan a usar condones o a permitir que sus parejas usen otros métodos anticonceptivos (Pons, 1999). Por ejemplo en Colombia la Encuesta Demográfica y de Salud de la región indican que el porcentaje de mujeres con ITS es más alto entre las mujeres que han sufrido violencia sexual que entre otras mujeres. (Organización Panamericana de la Salud , 2006)

También cuenta con profundas consecuencias socioeconómicas y psicológicas como lo son: estigma, baja condición socioeconómica, niveles más bajos de participación de las mujeres en la

política y en la fuerza laboral, así como el ciclo intergeneracional de violencia. (Contreras, Bott, Guedes, & Dartnall, 2010).

En una encuesta nacional de México, menos del 8% de las mujeres contestaron que sí cuando se les hizo una pregunta general sobre “violencia” de una pareja íntima, pero casi el 22% relató violencia psicológica, física o sexual de una pareja durante los últimos 12 meses, cuando se les preguntó sobre actos específicos (Olaiz, Rojas, & Valdez, 2006). Muchas mujeres y hombres consideran la coacción sexual en relaciones con parejas íntimas como parte de una interacción sexual “natural” o incluso como el “derecho” del hombre; sin embargo, aun cuando las mujeres no definen la violencia infligida por parejas íntimas como “violencia”, las entrevistas a profundidad con mujeres indican que las relaciones sexuales forzadas por parejas íntimas a menudo producen sentimientos de asco y repugnancia similares a aquellos mencionados por víctimas de violencia sexual infligida por personas distintas a la pareja. (Contreras, Bott, Guedes, & Dartnall, 2010) (Dantas-Berger, M., & Giffin, 2005). De hecho la mayoría de mujeres que habían sufrido violencia por parejas íntimas tienden a tolerar la violencia creyendo que su pareja cambiaría y solo comprenden que no pasará cuando se involucrado o amenazado algún otro miembro del círculo familiar. (Velzeboer, 2003)

Por su parte la mayoría de los actos de violencia sexual contra hombres ocurre en la infancia o al inicio de la adolescencia; y en muchos casos, los perpetradores son hombres (Jewkes, Sen, & García-Moreno, 2002), como se plasma en los resultados de la encuesta realizada en países de Centroamérica donde las tasas reportadas de abuso sexual en hombres eran del 3% al 10% y la mayoría de los actos de abuso reportados ocurrieron entre los 4 y 9 años de edad. (Pantelides & Manzelli, 2005) Por su parte Halcon et al. en el 2003 casi el 10% de los hombres adolescentes declararon haber sufrido abuso sexual (definido como “cuando alguien en su familia u otra persona

lo toca en un lugar donde usted no quería ser tocado, o hace algo sexual que no debió haberle hecho, o lo obliga a usted a tocarlo sexualmente o a tener relaciones sexuales con él o ella”). (Halcon, Blum, Beuhring, Pate, Campbell, & Venema, 2003)

Se estima que en Latinoamérica, sólo un 5% de las víctimas adultas de violencia sexual denuncian el suceso a la policía (FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 1998). Existen muchos motivos que explicarían por qué las víctimas no buscan ayuda o no denuncian los incidentes de abuso sexual a la policía, entre ellas resaltan el orden patriarcal y la falta de solidez de los sistemas jurídicos en la región. (Contreras, Bott, Guedes, & Dartnall, 2010) No menos importantes son: el estigma, vergüenza y discriminación; el temor a represalias del perpetrador; el sentido de culpa y la falta de apoyo de la familia y amistades. (Belknap & Cruz, 2007) (Claramunt & Vega-Cortés, 2003)

5.2.2 VIOLENCIA SEXUAL EN MENORES

El abuso sexual infantil es una de las formas más graves de violencia contra la infancia y aunque desde siempre ha estado presente, sólo hasta hace pocas décadas se ha considerado como un problema que transgrede las normas sociales; primeramente porque se ha logrado documentar su impacto y las consecuencias negativas que tiene en la vida y el desarrollo de los niños o niñas víctimas y seguidamente pero no menos importante porque se ha reconocido al niño como sujeto de derechos. Durante el abuso hay una clara transgresión de los límites íntimos y personales de los infantes. Supone la imposición de comportamientos de contenido sexual por parte de una persona, realizado en un contexto de desigualdad o asimetría de poder, habitualmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación.

Generalmente es cometido por un adulto o alguien de edad más avanzada que la niña o el niño, quien utiliza su posición de poder para coaccionar y obligarlo a participar en la actividad sexual. Propiamente el abuso sexual en la infancia es definido como cualquier tipo de toque o acto sexual indeseado antes de los 15 años de edad, (Ellsberg, 2005) (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005). También abarca actividades sin contacto directo como el exhibicionismo, la exposición de niños o niñas a material pornográfico, el grooming o la utilización o manipulación de niños o niñas para la producción de material visual de contenido sexual. (Orjuela & Rodriguez, 2012)

En Colombia, según informes del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses el 82% del total de los casos denunciados de delitos sexuales, se centra en la población entre los 0 y los 14 años. (Tabla 1) (Franco & Ramirez, 2016)

Tabla 1 – Exámenes médico legales por grupo y año en presunto delito sexual							
Año	0-4	5-9	10-14	15-17	Total: M/H	Total delitos	%
2011	2.872	5.863	8.297	2.585	19.617	22.597	86.8
2010	2.796	5.220	7.037	2.265	17.318	20.142	85.9
2009	2.939	2.585	7.317	2.397	21.177	21.288	85.6
2008	2.471	5.025	6.454	2.170	16.120	21.202	76.0
2007	2.413	4.751	6.117	2.072	15.353	20.232	75.9
Total	11.078	18.693	29.105	9.417	74.232	84.229	82%

Fuente: Instituto N. Medicina Legal y CF, Colombia: Forensis. Datos para la vida. Años 2007/08/09,10 y 2011.

La mayoría de los perpetradores son conocidos de las víctimas; con frecuencia, son cuidadores de confianza que se aprovechan de su posición dominante; el abuso a menudo ocurre más de una vez y puede durar muchos años (Jewkes, Sen, & García-Moreno, 2002). Irónicamente ocurren con frecuencia en instituciones supuestamente “seguras”, como las escuelas. En estudios provenientes de diversas partes del mundo, con inclusión de África, Asia meridional y América Latina, se ha documentado que proporciones sustanciales de niñas dicen haber sufrido acoso y abuso sexuales en camino hacia la escuela o de regreso de esta, o bien en instalaciones de la escuela o la

universidad, incluidos baños, aulas y dormitorios, y que los perpetradores eran compañeros o profesores. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013)

Muchos niños no revelan incidentes de violencia sexual a las personas a su alrededor y mucho menos a las autoridades, ya que ningún menor, está preparado para la posibilidad de ser víctima de maltrato y mucho menos de abuso sexual, entonces lo usual respecto de estas agresiones es que las mantengan en secreto por años, en especial cuando esta se ha acompañado de seducción y amenazas con las consecuencias agravadas en caso de que hablen denunciando los hechos. El secreto es la fuente del miedo y de la promesa de seguridad. El agresor suele sostener ante la víctima: “todo estará bien mientras no se lo digas a nadie. (Franco & Ramirez, 2016) De hecho los menores que han sufrido abuso sexual, en su hogar, en la infancia son menos propensos a oponerse verbalmente a sus agresores y más propensos a mostrar señas de trauma psicológico que aquellos que sólo habían sufrido maltrato físico. (Belknap & Cruz, 2007)

Según un estudio realizado por Claramunt y Vega en el 2003, los niños que deciden revelar abuso o buscar ayuda generalmente primero revelan su situación a un miembro de la familia; en su mayoría acuden a la madre; amistades, vecinas o a un/a consejero/a religioso. Aunque muchos encontraron apoyo en estas personas, muchos más relataron reacciones negativas, como el hecho de que la madre o el cura los culpará por el incidente. (Claramunt & Vega-Cortés, 2003)

Algunos signos que puede orientar a la identificación de un menor víctima de esta práctica pueden ser la presencia de hematomas, enfermedades de transmisión sexual, sangrados vaginales o anales, enuresis, encopresis, síntomas depresivos, ansiedad, sentimiento de culpa, autolesiones, ensimismamiento, masturbación excesiva, lenguaje inapropiado, dibujos explícitamente sexuales inadecuados para la edad del niño o la niña, hostilidad entre muchos otros. (Orjuela & Rodriguez, 2012) En etapas posteriores se ha descrito que hasta un 64% de niñas abusadas tiene un diagnóstico

psiquiátrico siendo los más comunes: trastorno oposicional desafiante, trastorno de ansiedad, TDAH, depresión, reacciones fóbicas, déficit intelectual y social; el trastorno de estrés post traumático (TEPT) pertenece a la categoría de los trastornos de ansiedad, en el que las quejas somáticas ocurren en especial como resultado de este estrés post trauma. (N, 1991) (Franco & Ramirez, 2016) Cuadro 1

Su identificación y direccionamiento es importante ya que la evidencia de diferentes partes del mundo indica que los niños que sufren abuso sexual en la infancia corren mayor riesgo de ser victimados de nuevo más adelante en la vida (Jewkes, Sen, & García-Moreno, 2002); ya que el abuso a temprana edad deja a las víctimas con menos habilidades para protegerse a sí mismas, con menos seguridad en su autoestima y con una conceptualización menos clara del abuso. (García-Suarez, 2006).

Salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo ginecológico • Embarazo no planeado • Aborto inseguro • Disfunción sexual • Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH • Fístula traumática
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Trastorno por estrés postraumático • Ansiedad • Dificultades del sueño • Síntomas somáticos • Comportamiento suicida • Trastorno de pánico
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras drogas) • Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente
Resultados mortales	Muerte por: <ul style="list-style-type: none"> • suicidio • complicaciones del embarazo • aborto inseguro • sida • asesinato durante la violación o en defensa del "honor" • infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación

CUADRO 1. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013)

5.2.3 FACTORES DE RIESGO PARA VIOLENCIA SEXUAL.

Para facilitar la comprensión de factores que se asocian a cualquier manifestación de violencia se hace uso del Modelo Ecológico donde se sostiene que la violencia es el resultado de una interacción de factores en cuatro niveles: macrosocial, comunitario, relacional e individual.

- En el contexto macrosocial la mayoría de las investigaciones coinciden en que la violencia sexual está muy arraigada en un orden social de género caracterizado por desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres; asociado a esto la violencia sexual infligida por parejas íntimas es aceptada de manera generalizada como parte de las experiencias domésticas de la mujer y la culpa suele asignarse a la víctima, de hecho Amnistía Internacional en el 2007 publicó resultados de una encuesta donde encontró que el 66% de los hombres y el 49% de las mujeres estuvieron de acuerdo con la declaración: “Las mujeres y niñas a veces se buscan ser violadas”, también citó a la UNICEF cuando afirmó que: “ Las actitudes negativas hacia las víctimas de violencia a menudo son transmitidas de una generación a otra” (Amnistía Internacional, 2007)
- A nivel comunitario las investigaciones han identificado la falta de apoyo social para las víctimas como un factor de riesgo (Contreras, Bott, Guedes, & Dartnall, 2010)
- En referencia al factor relacional la dinámica de control y poder que refleja desigualdades en las relaciones de género está estrechamente vinculada con la violencia sexual, Los hombres a menudo ejercen violencia sexual para controlar el cuerpo y la sexualidad de su víctima.
- Individualmente se abarcan factores como la edad ya que la temprana edad es un factor de riesgo para sufrir violencia sexual, las niñas pequeñas son particularmente vulnerables. Asimismo, la mayoría de los estudios han encontrado que mientras más joven es la persona en el momento de su primer acto de coito sexual, más probable es que éste haya sido

forzado, tanto en niños como niñas. (Amnistía Internacional, 2007) (Jewkes, Sen, & García-Moreno, 2002). Gibbinson y colaboradores constataron que vivir en contextos marginados, condiciones adversas y pobreza son factores predisponentes fuertes. Por ejemplo: niñas y niños de la calle, huérfanos o personas jóvenes que carecen del apoyo de su familia. (Gage & Hutchinson, 2006). Niños o niñas que no tienen vínculos de apego seguro con sus cuidadores o con carencias afectivas. (Orjuela & Rodríguez, 2012)

5.2.4 CONTEXTO SOCIAL.

La violencia contra las mujeres y los niños se encuentra muy arraigada en la región de Latinoamérica, de hecho su historia y desarrollo ha estado marcado por esto; durante la conquista europea se dio lugar a una mezcla de razas producto de la violación de multitud de mujeres indígenas. El uso de violencia por parte del hombre contra su esposa y su esposa con el fin de corregirlos era una práctica común y aceptable durante los siglos XVIII y XIX (Rico, 1996). La trata y la prostitución de mujeres y niños también se remonta a la era colonial, cuando los conquistadores los comercializaban (Chiarotti, 2003). Las normas jerárquicas de familia y sociedad comunes en la región, están muy arraigadas en la moralidad tradicional católica, que define los diferentes roles de mujeres y niños como criaturas sumisas bajo el mandato de los hombres (Szasz, 1998). Las normas tradicionales y religiosas legitiman la discriminación contra las mujeres; por tanto, no son protectoras, sino que sirven principalmente para reforzar la subordinación de las mujeres a los hombres (Contreras, Bott, Guedes, & Dartnall, 2010)

Es notorio resaltar que pese a esta estructura tan cerrada, en las últimas décadas ha surgido un proceso de cambios socioeconómicos y culturales en Latinoamérica, mediante el cual las mujeres

participan cada vez más en la vida pública y las estructuras y roles tradicionales de género han empezado a cambiar. Las mujeres han comenzado a tener voz y los niños han sido dispuestos como seres pensantes, sintientes y portadores de derechos que deben ser respetados y velados por parte del estado. (Buvinic & V, 2004)

Otro factor sociodemográfico de consideración son las guerras internas ya que la violencia sexual a menudo ha sido ejercida en la región para infundir el terror en las comunidades, para vengarse contra los rebeldes y para usar a las mujeres y niñas como “botines de guerra”, las fuerzas gubernamentales y paramilitares han sido los principales perpetradores. Amnistía internacional en el 2004 afirmó que particularmente en Colombia “ el desplazamiento interno como resultado del conflicto parece estar incrementando el riesgo de violencia sexual contra las mujeres y cita estadísticas gubernamentales que indican que más de una tercera parte de las mujeres desplazadas internamente han sido obligadas a tener relaciones sexuales”

5.3 MARCO REFERENCIAL

I. Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales

“El abuso sexual infantil, ha sido definido por diversas instituciones e instancias⁶ como una forma de maltrato infantil en la que cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto, tengan como efecto la privación de la libertad o de sus derechos correspondientes y/o dificultan el óptimo desarrollo de los menores”.

“Se considera como acto sexual abusivo cualquier actividad con un menor, quien no tiene la edad para otorgar o consentir legalmente ninguna práctica sexual, o cuando este se produce para la gratificación sexual de un adulto o de un menor sustancialmente mayor. Estas

actividades abarcan, contacto oral-genital, genital-genital, genital-rectal, manogenital, mano-rectal, o mano-senos. También incluye forzarlo a ver anatomía sexual y mostrar pornografía a un niño usarlo en la producción de pornografía. Cuando el adulto que comete este delito tiene lazos caracterizados por parentesco o consanguinidad, se denomina incesto''.

(Franco & Ramirez, 2016)

II. SECUELAS EMOCIONALES EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.

''El abuso sexual de menores se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un menor. Más que la diferencia de edad -factor, sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida-, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción -explícita o implícita''

''Las consecuencias de la victimización a corto plazo son, en general, devastadoras para el funcionamiento psicológico de la víctima, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la misma familia y cuando se ha producido una violación. Las consecuencias a largo plazo son más inciertas, si bien hay una cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta. No deja de ser significativo que un 25% de los niños abusados sexualmente se conviertan ellos mismos en abusadores cuando llegan a ser adultos. El papel de los factores amortiguadores -familia, relaciones sociales, autoestima, etc.- en la reducción del impacto psicológico parece sumamente importante, pero está aún por esclarecer''

(Echeburua & Corral, 2006)

5.4 MARCO LEGAL

- **LEY 1098 DE 2006: Código de la Infancia y la Adolescencia.**

Tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado.

Art 192: En los procesos por delitos en los cuales los niños, las niñas o los adolescentes sean víctimas el funcionario judicial tendrá en cuenta los principios del interés superior del niño, prevalencia de sus derechos, protección integral y los derechos consagrados en los Convenios Internacionales ratificados por Colombia, en la Constitución Política y en esta ley.

- **LEY 1147 DE 2007:** Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

Art 2. Para efectos de la presente ley se entiende por violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, niña o adolescente, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor.

- **CODIGO PENAL COLOMBIANO TITULO IV: Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales**

Art 208: Acceso carnal abusivo con menor de catorce años. El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años.

Art 209: Actos sexuales con menor de catorce años. El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de tres (3) a cinco (5).

Art 212: Para los efectos de las conductas descritas en los capítulos anteriores, se entenderá por acceso carnal la penetración del miembro viril por vía anal, vaginal u oral, así como la penetración vaginal o anal de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio cuasi experimental de tipo antes/ después en el cual se trabajará con 2 grupos intactos pertenecientes al colegio Técnico Guaimaral; inicialmente se aplicará una encuesta para consignar sus conocimientos sobre el tema de Violencia sexual; consecutivamente se realizará una intervención mediante el uso de herramientas TICS, como lo son videos, páginas de interacción en línea, soportes digitales sobre la temática en estudio y finalmente se empleará nuevamente el test para comparar el conocimiento pre y post de la muestra a estudio, los datos se someterán a pruebas estadísticas; las variables cualitativas serán resumidas mediante frecuencias y porcentajes y las cuantitativas mediante media y desviación estándar.

6.2 IMPACTO DE ESPERADO:

Brindar bases prácticas de fácil entendimiento, adecuadas según el grupo etario para comprender cuándo está siendo víctima; a quiénes puede acudir y qué opciones tiene a su alcance para evitar el acoso o el acto sexual abusivo consumado. Con el fin de disminuir a largo plazo las cifras de abuso sexual de menores en la localidad.

6.3 HIPÓTESIS:

En el presente estudio se definieron las siguientes hipótesis.

- **HIPÓTESIS NULA:** No existe diferencia en los conocimientos sobre violencia sexual antes y después de una intervención sobre el tema con el uso de las herramientas TICS.
- **HIPÓTESIS ALTERNATIVA:** Si existe diferencia en los conocimientos sobre violencia sexual antes y después de una intervención sobre el tema con el uso de las herramientas TICS.

6.4 POBLACIÓN:

Numerosos estudios reportados en la literatura exponen que la mayor incidencia de denuncias de violencia sexual en menores de edad, se da en aquellos que se encuentren cursando la segunda infancia y adolescencia; que cuentan con factores de riesgo como bajo nivel socioeconómico, es por esto que se seleccionó a los estudiantes del Colegio Técnico Guaimaral, que se encontraran entre el rango de 8-14 años de edad.

6.5 MUESTRA:

Como muestra se seleccionaron a los menores inscritos en el grado cuarto de primaria.

6.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Niños con autorización de padres y/o cuidadores para participar en el estudio.
- ✓ Niños matriculados en el Colegio Técnico Guaimaral durante el 2019.

- **CRITERIO DE EXCLUSIÓN:**

- ✓ Menores de edad que no asistan a la intervención.

6.7 INSTRUMENTO

La información fue recolectada mediante la presente encuesta que fue aprobada por 1 asesor metodológico y 1 científico ajenos a la investigación.

6.8 OPERACIONALIZACIÓN VARIABLES

VARIABLES						
NOMBRE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE ESCALA	CATEGORIAS	FUENTE DE DATOS	ANALISIS
EDAD	Años cumplidos	Cuantitativa	Razón	8-14 años	Documentación oficial del colegio	Cifras absoluta
SEXO	Características sexuales al nacer	Cualitativo	Nominal	Femenino y masculino	Documentación oficial del colegio	Cifras absoluta
TIPO DE FAMILIA	Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.	Cualitativo	Nominal	Nuclear, extendida, monoparental, homoparental, ensamblada, de hecho.	Documentación oficial del colegio	Cifras absoluta

6.9 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES/ MES	ENER	FEBR	MAR	ABRIL	MAY	JUNI	JULIO	AGOS	SEPTI	OCTU	NOVI	DICIE	ENER	FEBR	MAR	ABRIL	MAY	JUNI	JULIO	AGOS	SEPTI	OCTU	NOVI	
	2018												2019											
Formación grupos de investigación																								
Elección tema de investigación																								
Elección asesor científico de la investigación																								
Elaboración del anteproyecto de investigación																								
Diseño de marco teórico, conceptual, legal y objetivos																								

Fig. 1 Familiares que conviven con el menor

Respecto a la aplicación de la encuesta pre y post intervención, se obtuvieron los siguientes resultados (Fig 2):

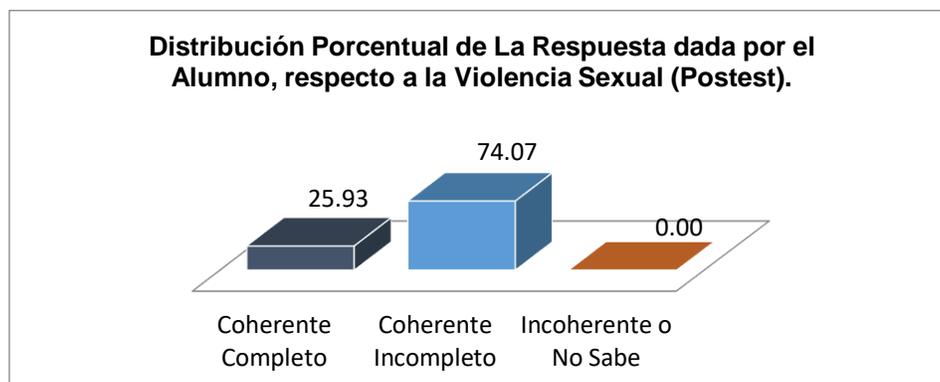
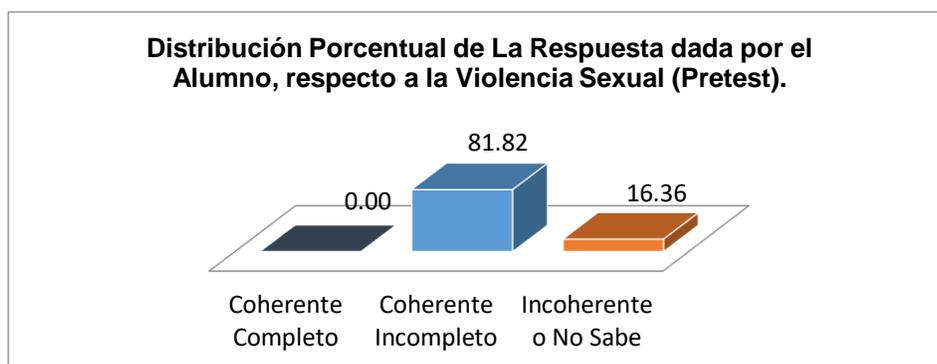


Fig. 2 Opinión del estudiante sobre qué entiende por violencia sexual

Al comparar las respuestas dadas por los entrevistados en el Pretest y Postest puede evidenciarse la efectividad de la inducción dada por los investigadores y su repercusión en el manejo del conocimiento sobre la violencia sexual. El impacto del taller se refleja en los porcentajes registrados en coherencia completa que del 0,00% pasa a 25.93% y las expresiones de incoherencia o no sabe pasaron de 16.36% en el Pretest a 0,00% en el Postest.

Lo anterior será objeto de una prueba estadística para determinar si en efecto hubo o no cambios significativos, reales, o simplemente estas tendencias observadas se debieron al azar.

Un porcentaje importante se mantiene con expresiones de coherencia incompleta en el Postest, 74.07%, a pesar de bajar 7.75 puntos porcentuales respecto al Pretest. Esto puede considerarse un comportamiento natural por tratarse de niños de corta edad, cuya atención está centrada en actividades propias de su edad y eso los puede hacer muy vulnerables a situaciones de calle como los vicios, la agresión sexual, entre otros males de la sociedad que los rodea.

En alusión a la pregunta ¿Qué entiende por violencia sexual? El 20.37% de los niños que en Pretest poseían coherencia incompleta en el Postest poseen coherencia completa; el 5.56% de los niños con incoherencia en el Pretest, ahora en el Postest pasaron a tener coherencia completa. El 62.96% se mantienen en coherencia incompleta tanto en el Pretest como en el Postest. Dos resultados también importantes es que luego del taller el 25.93% de la muestra conforman el grupo de los que son coherentes en su conocimiento sobre la agresión sexual y que la incoherencia o no sabe del tema reporta 0.00%, lo que refleja un cambio de conducta indudablemente en el conocimiento de los niños. Se realizó la prueba McNemar-Bowker para comprobar la validez estadística de esta premisa y se obtuvo que contando con las siguientes premisas: H_0 : El Postest no induce cambios en el nivel de conocimiento de los niños sobre el tema de la violencia sexual. H_1 : El Postest sí induce cambios en el nivel de conocimiento de los niños sobre el tema de la violencia sexual y con un nivel de significación del 5%. Se rechaza la hipótesis nula H_0 al nivel del 5%. Lo que significa que si hubo un cambio en el nivel de conocimientos de los niños en el Postest, en el tema de la violencia sexual. Este resultado respalda la estrategia utilizada para motivar un cambio favorable de actitud en el niño respecto al delicado tema de la agresión o violencia sexual.

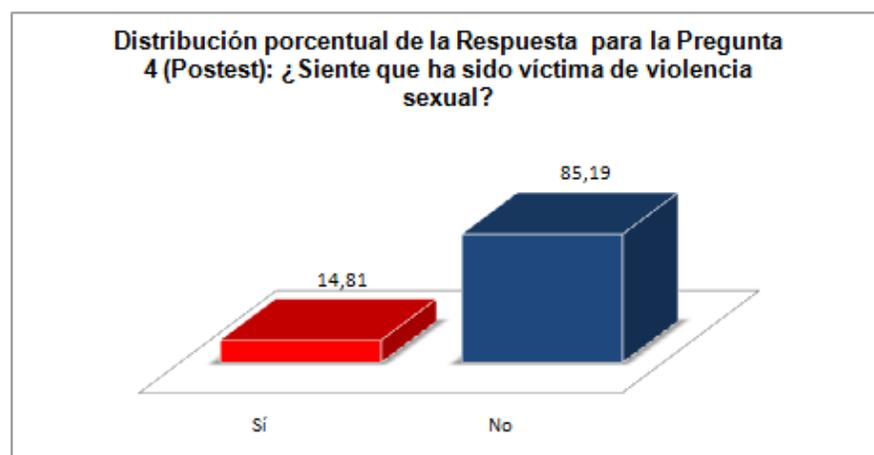
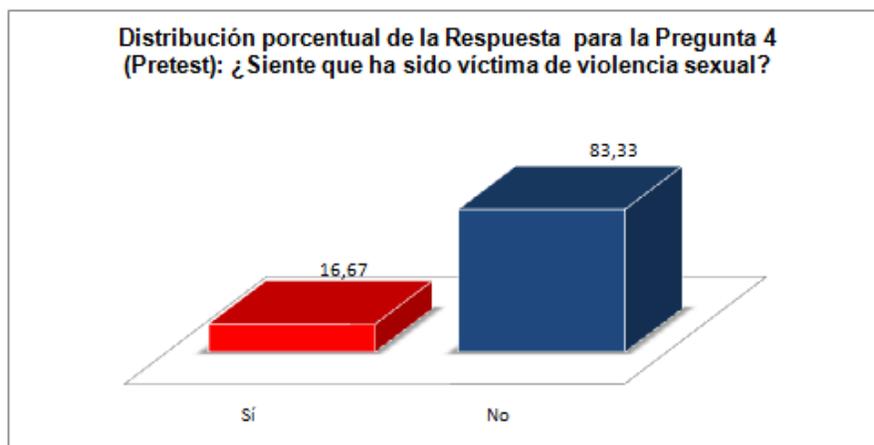


Fig 3. Opinión del Estudiante sobre su Percepción de haber sido Víctima de Violencia Sexual

En la figura 3 se ilustra el porcentaje de menores que pre y post intervención consideran que han sido víctimas de violencia sexual y no parece diferir respecto a la opinión de los niños y su percepción de haber sido víctima de violencia sexual, aunque un porcentaje de 14% pareciera poco significativo, al extrapolarlo al contexto de la cuestión es alarmante que 25 niños consideren que su intimidad ha sido violentada y se deberían facilitar las vías adecuadas para que puedan contar con la ayuda e información necesaria.

A la pregunta ¿Cuándo se encuentra en casa se siente todo el tiempo Tranquilo? El 83% de los menores respondieron afirmativamente, correspondiendo un 17% con aquellos que tienen

percepción de ser víctimas de violencia sexual. Respecto a quien acude cuando se siente en peligro, la mayoría eligió a sus padres como primera opción, siendo más prevalente la opción de la madre frente al padre, como se observa en la figura 4. Mostrando cierta consistencia en la jerarquización de la escogencia que realizó el niño en un momento apremiante que requiera de protección de algún familiar. La protección de ambos padres se ve reforzada en el Postest al subir aproximadamente 9 puntos porcentuales. Llama la atención que luego de la inducción los niños aumentaron, en casi el doble, su preferencia en la búsqueda de un abuelo, pasó de 24.07% en el Pretest a 40.74% en el Postest.

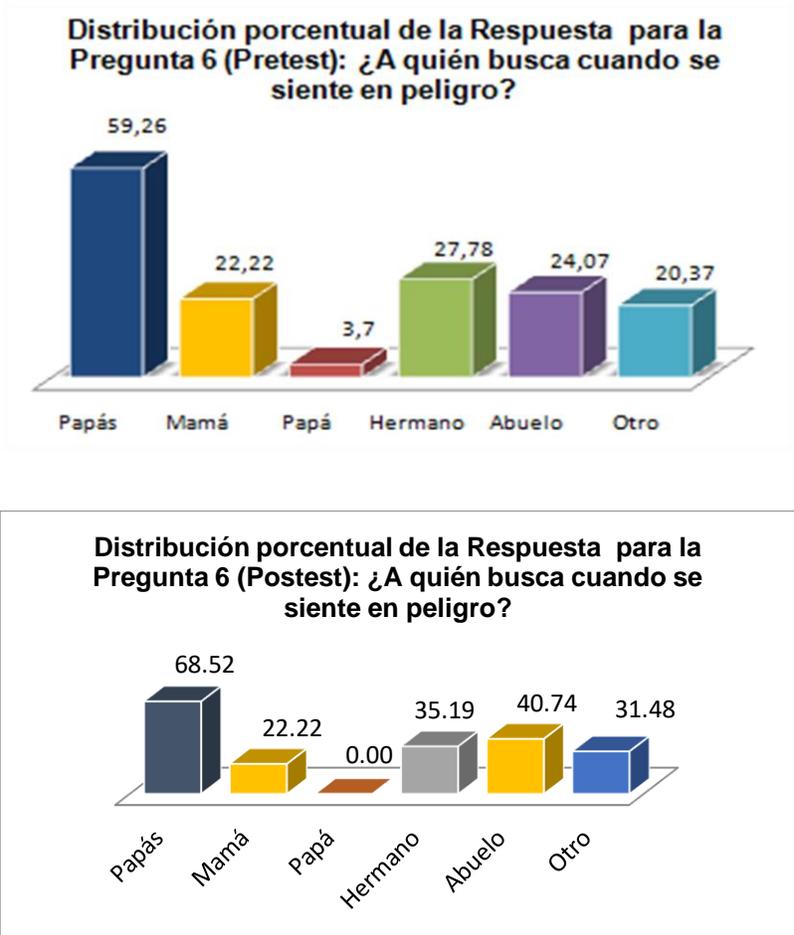


Fig 4. ¿A quién busca cuando se siente en peligro?

Se realizaron pruebas Ji Cuadrado que busca comprobar si un atributo o clasificación de una variable es independiente de los atributos o categorías de otra variable. Si ambas variables son independientes esto se traduce en que las categorías de una variable no afectan las probabilidades de ocurrencia de las categorías de la otra variable; en fin serán indiferentes antes los cambios que ambas experimenten.

Variable Sexo vs Ítem 1; ¿Con quién vive en su casa?

Contraste de hipótesis.

H₀: El sexo del estudiante y la condición de convivencia con un familiar son independientes.

H₁: El sexo del estudiante y la condición de convivencia con un familiar están relacionados.

El contraste de hipótesis se probará a un nivel de significación del 5 %.

En la tabla adjunta, las frecuencias representan el número de estudiantes entrevistados que coinciden en sus respuestas o condiciones, tanto en la categoría por filas como en columnas.

Vive Con	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Papás	15 18.24	18 14.76	33
Mamá	8 8.29	7 6.71	15
Papá	2 1.66	1 1.34	3
Hermanos	18 18.24	15 14.76	33
Abuelos	12 9.95	6 8.05	18
Otro Familiar	8 6.63	4 5.37	12
Total	63	51	114

Tabla 2. Frecuencias.

Los valores en color rojo corresponden a las frecuencias esperadas según fórmula:

$$e_{ij} = \frac{R_i * C_j}{n}$$

$$X_c^2 = 3.05; \quad X_{0.05;5}^2 = 11.07$$

De acuerdo al criterio de decisión, se acepta H_0 al nivel del 5%. Por lo que se infiere que el sexo del estudiante no está relacionado con el parentesco del familiar con el que vive. Indistintamente si el niño es varón o hembra el familiar con el que vive tiene un cualquier parentesco sin ninguna tendencia particular.

Variable Sexo vs Ítem 4; ¿Siente que ha sido Víctima de Violencia Sexual? PRETEST.

Contraste de hipótesis.

H_0 : El sexo del estudiante y su percepción de ser víctima de violencia sexual son independientes.

H_1 : El sexo del estudiante y su percepción de ser víctima de violencia sexual están relacionados.

El contraste de hipótesis se probará a un nivel de significación del 5 %.

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
Respuesta	Sí	4	5	9
		4.50	4.50	
	No	23	22	45
		22.50	22.50	
Total		27	27	54

Los valores en color rojo corresponden a las frecuencias esperadas según fórmula:

$$e_{ij} = \frac{R_i * C_j}{n}$$

$$X_c^2 = 0.13; \quad X_{0.05;1}^2 = 3.84$$

De acuerdo al criterio de decisión, se acepta H_0 al nivel del 5%. El sexo del estudiante y la percepción de haber sido víctima de violencia sexual son independientes, por lo que la respuesta afirmativa o negativa se distribuye en la misma proporción entre ambos sexos.

CONCLUSIONES

Después de realizar la intervención educativa sobre violencia sexual mediante el uso de las herramientas TICS se logró identificar los cambios y la apropiación en los conocimientos de los niños y niñas acerca de la temática en estudio lo cual nos permitió establecer un impacto positivo de la misma en la población estudiada.

Se logró determinar la población de niños y niñas quienes manifestaron haber sido víctimas de violencia sexual; siendo necesario facilitar vías adecuadas donde puedan contar con la ayuda e

información necesaria para disminuir las secuelas psicológicas que puedan presentar nuestros niños a corto y largo plazo y de ésta manera fomentar el crecimiento de adultos con adecuada salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, L., Murcia, G., Murcia, J., Herrera, D., Gomez, D., Comas, M., y otros. (2007). Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* , 32-42.

Amnistia Internacional. (2007). *Sexual violence against women and girls in Jamaica: "just a little sex"*. Londres: Amnistia Internacional.

Belknap, R. A., & Cruz, N. (2007). When I was in my home I suffered a lot: Mexican women's descriptions of abuse in family of origin. *Health Care for Women International*. Vol. 28. , 506-522.

Buvinic, M., & V, R. (2004). *Women, politics and democratic prospects in Latin America. Sustainable Development Department Technical papers series*. Washington, D.C: BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO.

Chiarotti, S. (2003). *“La trata de mujeres: sus conexiones y desconexiones con la migración y los derechos humanos*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CIBER DERECHO. (s.f.). *CIBER DERECHO*. Recuperado el 27 de 3 de 2019, de CIBER DERECHO: <http://www.ciberderecho.com/el-sexting-definicion-peligros-y-formas/>

Claramunt, M. C., & Vega-Cortés, M. (2003). *Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centroamérica. Informe subregional: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua*. San José, Costa Rica: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

Contreras, J. M., Bott, S., Guedes, A., & Dartnall, E. (2010). *Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios*. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.

Dantas-Berger, S., M., & Giffin, K. (2005). “A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 21 No. 2. , 417-425.

Echeburua, E., & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso. *Cuad Med Forense* , 75-82.

Ellsberg, M. (2005). *Sexual violence against women and girls: Recent findings from Latin America and the Caribbean*. Londres: Sex without consent. Young people in.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1998). *Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe: Pobreza e inequidad de género*. Santiago de Chile: FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS.

Franco, A., & Ramirez, L. (2016). Abuso sexual infantil: perspectiva clínica y dilemas ético-legales. *Revista Colombiana de Psiquiatria* , 51-58.

Gage, A., & Hutchinson, P. (2006). Power, control, and intimate partner sexual violence in Haiti. *Archives of Sexual Behavior*. Vol. 35. , 11-24.

García- Suarez, C. (2006). *Abuso sexual infantil y explotación sexual comercial infantil en América Latina y el Caribe. Informe genérico situacional*. Bogota: Save the Children.

Halcon, L., Blum, R., Beuhring, T., Pate, E., Campbell, S., & Venema, A. (2003). Adolescent health in the Caribbean: A regional portrait. *American Journal of Public Health*. Vol. 93. , 1851-1857.

HEALTHY CHILDREN ORG. (27 de 05 de 2019). *HEALTHY CHILDREN ORG*. Recuperado el 21 de 03 de 2019, de HEALTHY CHILDREN ORG: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>

Hernandez, R. (2013). La positividad del poder: la normalización y la norma. *Teoría y crítica de la psicología* , 81-102.

Jewkes, R., Sen, P., & García-Moreno, C. (2002). *Sexual violence; World report on violence and health*. GINEBRA: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Jewkes, R., Sen, P., & García-Moreno, C. (2002). *World report on violence and health*. GINEBRA: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

MANSILLA, M. E. (2000). ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO. *Revista de Investigación en Psicología* , 105-116.

Miller, E., Decker, M. R., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Levenson, R. R., & Waldman, J. (2010). Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception* , 316-322.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (20 de 03 de 2019). *MINSALUD*. Obtenido de MINSALUD: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cicloVida.aspx>

N, B. (1991). Sexual abuse of people with developmental disabilities. *Sexuality and Disability* . , 323–35.

Olaiz, G., Rojas, R., & Valdez, R. (2006). Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México. Vol. 48. No. Suplemento 2.* , 232-238.

ONU. (2012). *INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD*. GINEBRA: ONU.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (01 de 10 de 2019). *NACIONES UNIDAS DERECHOS HUMANOS*. Obtenido de NACIONES UNIDAS DERECHOS HUMANOS: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/VictimsOfCrimeAndAbuseOfPower.aspx><https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/VictimsOfCrimeAndAbuseOfPower.aspx>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (23 de 03 de 2019). *PROMOCIÓN DE LA SALUD, GLOSARIO*. Obtenido de PROMOCIÓN DE LA SALUD, GLOSARIO: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2011). *VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: VIOLENCIA DE PAREJA. Nota descriptiva N°. 239*. GINEBRA: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's Responses*. GINEBRA: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Organización Panamericana de la Salud . (2006). *Guía para el desarrollo de los estudios nacionales sobre violencia contra las mujeres y VIH en Belice, Honduras y Nicaragua*. Washington,: Organización Panamericana de la Salud .

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres* . Washington: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

Orjuela, L., & Rodríguez, V. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. Barcelona: Save the Children.

Pantelides, E., & Manzelli, H. (2005). *La salud sexual y reproductiva: También un asunto de hombres. Investigación de base para la promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva en Centroamérica. Análisis comparativo*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.

PEREZ, N., & CASTRO, L. L. *INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE DERECHO*. HARLA.

Pons, J. E. (1999). Contraceptive services for adolescents in Latin America: Facts, problems and perspectives. . *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care Vol. 4.* , 246-254.

Rico, N. (1996). *“Violencia de género: un problema de derechos*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

SANCHEZ, E. (2008). LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC) DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL. *Revista Electrónica Educare* , 155-162.

Szasz, I. (1998). Los hombres y la sexualidad: Aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México. *Varones, sexualidad y reproducción.* , 127-152.

Velzeboer, M. (2003). *Violence against women: The health sector responds*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.