

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Nivel de empoderamiento en el hogar de las madres de  
niños menores de cinco años que asisten al Centro de  
Salud "San Juan de Miraflores"**

San Juan de Miraflores, 2011

TESIS

Para optar el Título de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Laura Yannina Chávez Cruz

ASESOR

Juana Cuba Sancho

**Lima – Perú**

**2011**

*A mis padres, por su apoyo  
en mis estudios*

*A la Profesora Juana Cuba por  
su asesoría en la elaboración  
del presente estudio*

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	vii
<b>RESUMEN</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	xii
 <b>CAPITULO I – INTRODUCCIÓN</b>	
A. Planteamiento del problema.....	1
B. Formulación del problema.....	10
C. Justificación.....	10
D. Objetivos.....	12
E. Propósito.....	13
F. Marco teórico	
1. Antecedentes.....	13
2. Base teórica:	
2.1. Empoderamiento: origen y concepto.....	18

2.2. Niveles y dimensiones del empoderamiento.....	23
2.3. Medición del empoderamiento en la mujer.....	28
2.4. Empoderamiento y promoción de la salud.....	32
2.5. Igualdad, Equidad de género y desarrollo de la mujer:	
2.5.1. Equidad de género.....	36
2.5.2. Los derechos humanos de las mujeres.....	39
2.5.3. Mujer y primera infancia en el Perú.....	42
2.6. Rol de enfermería en la promoción de la salud física y mental de en el primer nivel de atención.....	48
3. Definición operacional de términos.....	49

## **CAPITULO II – MATERIAL Y MÉTODOS**

A. Nivel, Tipo y Método de Estudio.....	50
B. Descripción de la Sede de estudio.....	51
C. Población y muestra.....	52
D. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	53
E. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos.....	54
F. Plan de análisis y recolección de datos.....	55
G. Consideraciones éticas.....	55

### **CAPITULO III – RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

A. Datos Generales.....	56
B. Datos específicos.....	58

### **CAPÍTULO IV – CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

A. Conclusiones.....	94
B. Limitaciones.....	96
C. Recomendaciones.....	97

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....98**

### **BIBLIOGRAFÍA.....108**

### **ANEXOS**

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N° 1.-</b> Nivel de empoderamiento de las madres de niños menores de cinco años C.S. San Juan de Miraflores Lima – Perú 2011.....	39
<b>GRÁFICO N° 2.-</b> Nivel de empoderamiento según dimensiones C.S. San Juan de Miraflores Lima – Perú 2011.....	41
<b>GRÁFICO N° 3.-</b> Nivel de empoderamiento en la dimensión económica C.S. San Juan de Miraflores Lima – Perú 2011.....	45
<b>GRÁFICO N° 4.-</b> Nivel de empoderamiento en la dimensión sociocultural C.S. San Juan de Miraflores Lima – Perú 2011.....	49
<b>GRÁFICO N° 5.-</b> Nivel de empoderamiento en la dimensión familiar C.S. San Juan de Miraflores Lima – Perú 2011.....	53
<b>GRÁFICO N° 6.-</b> Nivel de empoderamiento en la dimensión política C.S. San Juan de Miraflores Lima – Perú 2011.....	63

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad conocer el nivel de empoderamiento al interior del hogar, de las madres de los niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud San Juan de Miraflores. Se enfoca en las dimensiones: económica, familiar, sociocultural y política. El empoderamiento de la mujer es un tema poco explorado en nuestro ámbito, pero es necesario investigarlo debido a que resultados de investigaciones realizadas en otros países señalan la influencia en la salud de las personas, familias y comunidad, es allí donde radica la importancia para enfermería. El estudio es de nivel exploratorio, enfoque cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La población estuvo constituida por 52 madres que acudieron al Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED). Los datos fueron recolectados mediante la aplicación de un cuestionario de 18 ítems que mide cada una de las dimensiones del empoderamiento.

Como resultados del estudio, se encontró que en todas las dimensiones el mayor porcentaje de madres presenta empoderamiento medio, excepto en la dimensión política donde más de la tercera parte presentaba empoderamiento bajo. El mayor grado de instrucción favorece niveles más altos de empoderamiento, mientras las madres

muy jóvenes o mayores presentan niveles más bajos de empoderamiento. En el empoderamiento económico el acceso a los recursos y participación en la economía del hogar es limitado, lo que a su vez limita el empoderamiento en la dimensión familiar – interpersonal, al igual que la violencia familiar, ambos factores se encontraron relacionados significativamente con la decisión de llevar a los niños a CRED y de pagarles un tratamiento o comprarles una medicina. En esta dimensión también encontramos una alta prevalencia de violencia emocional, donde predominan los gritos de parte del esposo, siendo el motivo más frecuente el que la mujer no haya realizado los quehaceres del hogar. En la dimensión sociocultural la cuarta parte de las madres encuestadas no participa en la toma de decisiones de la educación y crianza de sus hijos, siendo esto un riesgo para el bienestar de los niños y niñas.

Finalmente se recomienda realizar estudios con enfoque cualitativo y multivariados en las diferentes dimensiones, ahondando en las relaciones encontradas entre los diferentes indicadores de cada uno de las dimensiones, a fin de que los resultados encontrados constituyan elementos de política pública para lograr un mayor empoderamiento de la mujer y con ello mejorar la atención de salud.



**Palabras Clave:** *empoderamiento de la mujer, promoción de la salud, género, primera infancia.*

### **ABSTRACT**

This research focuses on knowing the level of empowerment inside families, especially mothers with children under five years old, who assist to the Health Center San Juan de Miraflores and it focuses in the dimensions: Economical, familiar, political and sociocultural.

The women empowerment is an unexplored topic in our today society, so it would be essential to start some investigations about this, especially for the results provided from other countries, in which, point health of women and their families. That's where the importance of nursery lies. This research has an exploratory level, quantitative approach, descriptive type with Cross-sectional studies. The population sample was represented for fifty two mothers, which went to the CRED (Children's growth check –up). The data gathering was made via questionnaires of eighteen items, which measure the dimensions of the empowerment.

The research gave as a result, that in all dimensions the higher percentage of mothers presented half empowerment, except in the political dimension, where more than the third part presented lower

empowerment. The higher education in women, strengthens the level of empowerment, meanwhile young mothers presented lower level of empowerment. In the Economical empowerment, the access to resources and participation in the economy of the family is limited, which limits the empowerment in the familiar-interpersonal dimension and domestic abuse as well, both cases are connected with the decision of taking children to the CRED, and being able to afford a good treatment and pay for good medicine too. Into this dimension the domestic abuse takes a lot of influence, especially shouts coming from the husband become in the biggest reason women haven't realized the housework. Into the sociocultural dimension the fourth part of mothers surveyed don't take part in the decisions about education and rising of children, being a risk for the welfare of them.

Finally it's advisable to do qualitative multivariate researches in different dimensions, focusing in the different relationships between all points in each dimension, so results can help public politics to improve women's empowerment and develop better health centers.

**Key Words:** *women's empowerment, health promotion, gender, early childhood.*

## **PRESENTACIÓN**

La igualdad de género ha sido reconocida como un elemento indispensable para alcanzar una sociedad justa, igualitaria y que garantice el desarrollo, bienestar y derechos de todos sus miembros. En efecto, en los últimos años, el enfoque de género ha sido incorporado a muchas disciplinas académicas, instituciones de la sociedad civil y agencias internacionales cooperantes, incluso numerosas naciones de todo el mundo reconocen su importancia para lograr el desarrollo. Es en este contexto, que en los últimos años, un nuevo concepto ha tomado fuerza: se trata del empoderamiento. Su concepto implica la ampliación de las capacidades de las personas para tomar elecciones estratégicas sobre su vida, en un contexto donde dicha facultad les era negada. El empoderamiento es en sí un proceso y un fin para lograr el desarrollo y superar la pobreza. Para los movimientos sociales de mujeres es también un proceso emancipatorio para superar las desigualdades entre hombres y mujeres. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud considera al empoderamiento de individuos y comunidades como herramienta para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, en especial de los grupos menos favorecidos y las minorías. Son las mujeres un grupo

transversal que se sobrepone a todos estos grupos, siendo el hogar el primer espacio donde se impide el empoderamiento de ellas.

El empoderamiento de la mujer juega un rol fundamental para tratar una de las aristas más preocupantes de la situación de salud de muchos países, en especial del nuestro. Perú tiene una de las cifras más altas de morbimortalidad y desnutrición infantil, entre otros problemas que afectan a la primera infancia. En especial en las zonas de los conos de Lima, que son las más afectadas por las desigualdades sociales y la pobreza, zonas como en la que se desarrolla el presente estudio. Con el empoderamiento de las mujeres no solo se logrará salud y calidad de vida para ellas; sino también para sus familias y sus hijos y por ende contribuirá a superar la problemática infantil tan preocupante en nuestro país. Sin embargo no se han realizado muchos estudios en relación al empoderamiento de la mujer en el Perú.

Es en este contexto, que el presente trabajo de investigación tiene como objetivo medir y describir el empoderamiento al interior del hogar de las madres de niños menores de cinco años que acuden a un Centro de Salud de San Juan de Miraflores, ubicado en el cono Sur de Lima. El presente trabajo pretende ser un primer paso para el estudio del empoderamiento en la salud de las madres y los niños y es a la vez

un reflejo de enfermería por incorporar enfoques efectivos e innovadores al servicio del cuidado de las personas, familias y comunidades.

El presente trabajo de investigación consta de cinco capítulos. En el Capítulo I: Introducción, se considera el planteamiento y formulación del problema, la justificación, los objetivos y el propósito de la investigación; y en el marco teórico se analizan los antecedentes relacionados al tema de estudio y el marco teórico que proporciona los conceptos relacionados al empoderamiento y el marco analítico de referencia. El Capítulo II: Material y Métodos, considera el tipo, nivel de investigación y método usado, la descripción del escenario de estudio, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, plan de recolección, procesamiento, presentación y análisis de datos; así como las consideraciones éticas. El Capítulo III: Resultados y Discusión, presenta los resultados obtenidos en tablas y gráficos y su análisis y discusión por cada dimensión del empoderamiento. El Capítulo IV, contiene las conclusiones, limitaciones y recomendaciones del estudio. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

# **CAPITULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

### **A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El siglo XXI es llamado la era del conocimiento. “El conocimiento es poder” decía el filósofo Francis Bacon. En los medios de comunicación también hemos escuchado términos como sociedad de la información, era del conocimiento, entre otros similares; estos términos son utilizados porque la principal fuente de riqueza y poder, actualmente es el conocimiento, que ha generado un enorme crecimiento económico en muchos países. Sin embargo en el Perú la mujer parece haber sido excluida de los beneficios de la “era del conocimiento” y del ejercicio del poder. Por ejemplo el analfabetismo se ha reducido pasando de 39% en 1961 <sup>(1)</sup> a 6.1% para hombres y

17.7% para mujeres en el 2009, <sup>(2)</sup> esta reducción ha beneficiado mayormente a la población masculina. En el Perú, la población económicamente activa está compuesta de 6.3 millones de mujeres y 7.5 millones de hombres, lo que indica que un número mayor de mujeres en edad de trabajar no participa en las actividades económicas; <sup>(3)</sup> y en cuanto a salarios; en 1997, la relación entre el salario promedio de las mujeres entre los 20 a 49 años, y el de los hombres en iguales condiciones de trabajo era de 83.5%; en el 2003 la relación era aún más desfavorable para las mujeres, con una proporción de 77.4%. <sup>(4)</sup> Estas son solo algunas de las cifras que expresan las consecuencias de la falta de acceso a la educación formal, a los beneficios sociales y a la toma de decisiones que limitan el ejercicio del poder de la mujer en varios ámbitos; esta diferenciación entre género femenino y masculino está originada por las estructuras sociales patriarcales, aún imperantes en nuestro país.

La responsabilidad que se asigna a las mujeres en la sociedad no es visibilizada y se mira como complemento o apoyo del hombre y soporte de la familia; <sup>(5)</sup> sin embargo son las madres o mujeres miembros de la familia las que cuidan a los niños, les proporcionan alimentos, atienden sus necesidades de higiene y de salud. Asimismo les enseñan cómo atenderse ellos mismos. Si estas mujeres no acceden a controlar los recursos para asegurar su propia salud y

bienestar, la probabilidad de prestar la atención necesaria para garantizar la salud y supervivencia de sus niños será menor. La capacidad de las mujeres para acceder a la información necesaria, su poder para tomar decisiones, y actuar de acuerdo a su propio interés, o al interés de los que dependan de ellas, son aspectos esenciales del empoderamiento de las mujeres. La mujer madre de un niño menor de cinco años desarrolla un empoderamiento en el hogar que influye en el desarrollo del niño. Los primeros años de vida son imprescindibles para el desarrollo de nuestras habilidades emocionales y sociales, ya que en este periodo el desarrollo del cerebro alcanza el 90% y es en esta temprana edad que se estructura la base de la personalidad, los aspectos afectivos del aprendizaje, la capacidad de adaptación social y se generan gran parte de las condiciones personales para el futuro.

La OMS define el empoderamiento como *“Un proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan a su salud”*,<sup>(6)</sup> y la incluye como una estrategia para la promoción de la salud en la Declaración de Yakarta 1997.

El informe del Banco Mundial define empoderamiento como *“La ampliación de las libertades reales de elegir y actuar”*.<sup>(7)</sup> Esto se aplica a todos los grupos en desventaja o excluidos, como inmigrantes, mujeres, adolescentes, pacientes con VIH. Sin embargo las mujeres no



son solo un grupo más sino que son una categoría transversal que se sobrepone a todos los otros grupos; ya que el hogar y las relaciones familiares son el lugar central donde se limita el empoderamiento de las mujeres.

Los resultados de estudios realizados en mujeres, principalmente de Asia demuestran que el empoderamiento tiene efectos favorables sobre la salud: por ejemplo la mayor educación materna suele asociarse con mejores niveles de salud infantil, aunque su efecto es diferente en los diversos estratos socioeconómicos, el trabajo asalariado de las mujeres hace que sepan calificar mejor su estado de salud, especialmente en los niveles socioeconómicos más altos y el mejoramiento del estatus de la mujer tiende a favorecer la disminución de la fertilidad y el incremento de su esperanza de vida al nacer (EVN).<sup>(8)</sup> Incluso McDonald, investigador experto en programas de promoción de la salud, considera la existencia de un proceso de capacitación en empoderamiento de personas y comunidades, como un signo para determinar la efectividad de una acción dirigida a la promoción de la salud.

A nivel de Latinoamérica se han realizado estudios en poblaciones de mujeres adultas mayores y adolescentes que muestran en sus resultados la importancia de implementar programas que

atiendan las necesidades de estos grupos de mujeres. En el Perú no se han encontrado muchos estudios de empoderamiento en mujeres. En nuestro país, en los últimos años ha habido significativos avances en la salud de la primera infancia (niños menores de cinco años). Se han ampliado las coberturas en salud, aumentando la proporción de gestantes que acuden a control prenatal y los partos institucionales, asimismo se ha reducido la mortalidad infantil y las brechas entre los indicadores de salud urbano y rural. Sin embargo hay aspectos donde no ha habido cambios significativos, como la prevalencia de desnutrición infantil crónica, la insuficiente asistencia de niños y niñas a la educación inicial, la proporción de niños y niñas que carecen de partida de nacimiento y la prevalencia de violencia familiar en los hogares de los niños menores de cinco años. Además, se ha registrado un creciente número de casos de VIH/SIDA en la población infantil, a consecuencia del incremento de casos de VIH/SIDA en mujeres. <sup>(9)</sup>

La distribución del poder de negociación entre hombres y mujeres respecto a las decisiones familiares no solo afectará las cantidades de los bienes y servicios que cada uno puede tener acceso, sino que también determinará la distribución de los bienes y servicios para todos los miembros de la familia. En ese sentido, el mayor poder relativo de uno de ellos conllevará a que sus preferencias tengan una

mayor influencia sobre las demandas del hogar (en servicios de educación, salud, gasto en alimentos, vestimenta, activos, etc.) y en la regla de distribución de estos bienes y servicios entre los miembros que lo conforman (por ejemplo, mayor preferencia de mandar al niño en lugar de la niña a la escuela). Por otro lado, el empoderamiento de la mujer al interior del hogar le permite tomar decisiones propias que tienen un impacto directo sobre su bienestar y el de su familia. <sup>(10)</sup>

Debido a esta realidad y considerando los múltiples problemas aún no superados que afectan el bienestar y desarrollo de la población materno - infantil en nuestro país; este estudio de investigación indaga acerca del empoderamiento en las madres de un Centro de Salud de San Juan de Miraflores, ubicado en el cono sur de Lima. El Cono Sur constituye una zona geográficamente homogénea habitada por sectores de bajos y muy bajos ingresos de Lima Metropolitana. El área abarca a 6 distritos de la ciudad en tres subzonas claramente delimitadas: Chorrillos, el Cono Sur original, Pachacamac y Lurín. El distrito de San Juan de Miraflores tiene una población estimada de 367 128 habitantes que representa el 31% de la población de los distritos del Cono Sur, siendo el distrito más denso de Lima Sur. Aproximadamente 44,323 habitantes (11,79 %) no cuentan con conexión domiciliaria de agua, <sup>(11)</sup> utilizando otras formas de abastecimiento de agua, generalmente camión cisterna.

La Red de Servicios de Salud del distrito de San Juan de Miraflores, se encuentra ubicada en el Cono Sur de Lima. Administrativamente, pertenece a la Dirección de Salud II Lima Sur. Esta Red de Servicios está conformada por seis jurisdicciones sanitarias compuestas por seis centros de salud y sus respectivos puestos de salud, haciendo un total de 22 establecimientos de salud. Una de estas jurisdicciones sanitarias es la del Centro de Salud San Juan de Miraflores, que cuenta con 4 puestos de salud y cuya población sujeto de atención es de aproximadamente 126 389 habitantes, que representan el 32% de la población de San Juan de Miraflores. <sup>(12)</sup>

El Centro de Salud San Juan de Miraflores cuenta con los servicios de medicina, CRED, ESNI, obstetricia, planificación familiar, asistencia social, PCT, nutrición, psicología y dental. Estando a cargo de la enfermera los servicios de CRED, ESNI Y PCT. En el servicio de CRED, la enfermera atiende niños menores de 5 años, un promedio de 15 niños diariamente, los cuales asisten al consultorio acompañados generalmente por su madre, las cuales en su mayoría son amas de casa, obreras y un número considerable se dedica al comercio ambulatorio; sus edades fluctúan entre los 16 y 30 años. En el mes de febrero del presente año se registraron 340 atenciones en la consulta de CRED. Al interactuar con las madres, durante la consulta, ellas

manifiestan “... a veces mi pareja me pega...”; otras manifiestan “el dinero que me da mi esposo no me alcanza...” “mi esposo no me quiere dar la manutención de mi hijo, ni siquiera lo ha firmado”. Al realizar la valoración y buscar los datos generales y antecedentes de la madre, en la HC de CRED, tales como escolaridad, empleo, nivel socioeconómico, violencia familiar, entre otros; no se encontraron registros, porque en este Centro de Salud la HC no contenía tópicos destinados a recoger dicha información; recién se está incorporando una nueva historia clínica que contiene estos datos, aunque muy pocos niños contaban con dicha HC, se trabajó con los datos de 20 de ellas. De las cuales más del 50% (20) eran madres adolescentes, 6 tenían entre 20 a 25 y 4 eran mayor de 25. En cuanto a escolaridad la mayoría de madres había terminado la secundaria, 7 tenían solo educación primaria o secundaria incompleta y 1 madre había culminado los estudios superiores. Todas las madres eran amas de casa, aunque referían que hacían trabajos eventuales para ayudar en la economía del hogar. Con respecto a su participación en alguna organización de base o agrupación civil o política, ninguna había participado, así mismo manifestaron no recibir ayuda de algún programa social; sin embargo el aspecto que más llamó la atención es que ni una de ellas sabía el significado de la palabra empoderamiento ni había oído hablar de empoderamiento.

La enfermera en la comunidad tiene la misión de ejecutar acciones de prevención y promoción de la salud en los tres niveles, incluyendo la participación de la comunidad en la ejecución de programas relacionados con la salud y el bienestar de la población; sin embargo en este Centro de Salud debido a la afluencia de pacientes el personal de enfermería debe orientar sus actividades más a nivel intramural que extramural. Al entrevistar a la enfermera del Centro de Salud sobre el empoderamiento de las madres que acuden a CRED, refirió *“sé que hay algunos casos de violencia familiar, porque nos han contado o las vemos con signos cuando vienen a la consulta, también hay casos de niños no reconocidos, para eso hay constantes campañas del Asesoría Legal; pero no tenemos cifras exactas y los datos como nivel de educación e ingresos tampoco tenemos datos, eso los pueden tener la asistente social”* Al preguntar a la asistente social acerca de la participación de las mujeres en sus comunidad ella refirió: *“ Aquí tenemos un grupo de 10 promotoras que son constantes, ni una de ellas tiene niños menores de 5 años, pero un aproximado del 70% de estos niños que van CRED esta con SIS. En el vaso de leche, comedores ya no hay tanta actividad como antes, al menos por esta zona; porque se ha ido urbanizando y la gente ya no tiene mucha necesidad.”*

Después de lo indagado con las madres y con el personal de Salud se puede apreciar que algunas madres atraviesan situaciones que no estarían permitiendo su empoderamiento en el hogar, siendo el empoderamiento de las madres una capacidad clave para una buena salud de niño, sobre todo en los primeros años de vida; se ve la necesidad de conocer el empoderamiento de las madres de los niños usuarios del Servicio de CRED del Centro de Salud San Juan de Miraflores.

## **B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de empoderamiento en el hogar de las madres de niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud San Juan de Miraflores?

## **C. JUSTIFICACIÓN**

Múltiples estudios realizados han probado la relación entre el empoderamiento de la madre y el estado de salud del niño, incluso la OMS considera al empoderamiento como una estrategia para la promoción de la salud de las personas. El empoderamiento de la madre al interior del hogar es clave para la disminución de los problemas que afectan a la primera infancia y para garantizar la salud

y bienestar, no solo de ella sino también de sus hijos e hijas. La lucha contra la desnutrición, la prevalencia de enfermedades en la primera infancia, el ausentismo escolar y los derechos vulnerados de las niñas y niños no solo depende de la implementación de políticas públicas y la cobertura de programas dirigidos a vulnerar estos problemas; pues la eficacia de estos disminuye si no existen mujeres y madres con el suficiente poder de decisión y capacidad para acceder a estos programas o tomar decisiones propias que redunden en el bienestar de ella y su familia. Es en este sentido que la enfermera, como líder de la promoción de la salud en todos los niveles de atención y encargada del cuidado de las personas en todas las etapas de vida; debe considerar al empoderamiento como un importante factor que influye en el estado de salud de la mujer, hijos y la familia. Llevar a cabo estudios orientados hacia el desarrollo y conocimiento del empoderamiento en la mujer frente a la sociedad y la familia permitirán abordar la promoción de la salud del niño con una visión estratégica y efectiva, que considere al empoderamiento de la madre como un determinante de la salud del niño.



## **D. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Los objetivos que se formularon en el siguiente estudio fueron:

- Determinar el nivel de empoderamiento en el hogar de las madres de niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud San Juan de Miraflores.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el nivel de empoderamiento en el hogar; en la dimensión económica en madres de niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud San Juan de Miraflores.
- Identificar el nivel de empoderamiento en el hogar; en la dimensión sociocultural en madres de niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud San Juan de Miraflores.
- Identificar el nivel de empoderamiento en el hogar; en la dimensión familiar - interpersonal en madres de niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud San Juan de Miraflores.
- Identificar el nivel de empoderamiento en el hogar; en la dimensión legal política en madres de niños menores de cinco años que asisten al Centro de Salud San Juan de Miraflores.

## **E. PROPÓSITO**

El propósito de este estudio es brindar información válida, real y oportuna de un tema poco investigado a las enfermeras que laboran en el Primer Nivel de Atención y a las autoridades de salud a fin que incorporen en los planes y programas educativos dirigidos a la población, estrategias que permitan un abordaje integral del problema que podría estar afectando la salud y bienestar del binomio madre – niño y de toda la familia.

## **F. MARCO TEÓRICO**

### **F.1. ANTECEDENTES**

Luego de realizar la revisión de bibliografía para el presente estudio, se ha encontrado los siguientes antecedentes:

**Valerie Durrant y Zeba Sathar** realizaron el estudio titulado **“El empoderamiento de las mujeres ¿la llave para el cambio demográfico en Pakistán?** en el año 2000. El objetivo del estudio fue: Determinar que aspectos del empoderamiento de la mujer y a que niveles son importantes para explicar los aspectos positivos en los niños, en el contexto de Pakistán rural. Sus hipótesis eran: 1) Los altos niveles de empoderamiento de la mujer están asociados a bajos

niveles de mortalidad infantil y altos niveles de asistencia escolar. 2) El empoderamiento personal tiene un mejor efecto en la disminución de la mortalidad infantil que el empoderamiento en general, en la comunidad. 3) El empoderamiento de la mujer en la comunidad tiene un mejor efecto en la oportunidad de educación de los niños que el empoderamiento personal. El estudio fue cuantitativo, prospectivo. El instrumento utilizado fue una encuesta aplicada a dos grupos de madres 1036 con niños menores de 1 año y 2316 con niños en edad escolar de 6 a 11 años. Los resultados encontrados fueron que en general las madres presentan bajo nivel de empoderamiento y que este si esta relacionado con la mortalidad infantil y la asistencia al colegio de los niños. Las conclusiones de este estudio fueron:

*“Los resultados presentados sostienen la conclusión que el empoderamiento de la mujer es capaz de realizar cambios positivos en los niños, a través del incremento de sus oportunidades durante la infancia y aumentando sus posibilidades de asistencia escolar. En global la información sostiene nuestras hipótesis que las mejoras en el empoderamiento de la mujer a nivel individual, particularmente en términos de mejoras de la posición de la mujer en el hogar; aumenta la sobrevivencia infantil y*

*asistencia escolar; mientras mejora el empoderamiento en la comunidad” (13)*

**Georgina Sánchez Ramírez** realizó el estudio **“Empoderamiento, salud y madurez en mujeres de tres regiones mexicanas”** en México en el 2004. Los objetivos del estudio fueron:

1. Conocer algunos de los elementos que influyen en el poder de afirmación de las mujeres que sobrepasan los 45 años de edad, y
2. Determinar en qué medida el nivel de empoderamiento femenino puede influir en las condiciones de salud de las mujeres maduras. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y se midió el empoderamiento a través de una encuesta semi-estructurada aplicada a 127 mujeres. Los resultados de empoderamiento fueron bajos, especialmente en las dimensiones de participación, autocuidado e identidad femenina. Las conclusiones de la autora:

*“...hay dos factores que se entrelazan y que a su vez conllevan a otras problemáticas: la falta de recursos materiales de la mayoría de las mujeres entrevistadas y la baja prevalencia del autocuidado de su salud. Estos factores derivan en un incremento del riesgo de padecer alguna enfermedad crónica degenerativa en la población femenina de edades avanzadas (que como ya se*

*mencionó seguirán aumentando en México y en el mundo), con el correspondiente cargo para los servicios de salud y la incertidumbre o zozobra sobre el futuro por parte de las propias mujeres, con el riesgo de convertirse en “las más pobres de los pobres” como lo menciona, Lee Sennot-Millet (1993:119), aspecto que puede recrudecer conforme aumenta la edad de las mujeres”<sup>(14)</sup>*

**Kamla Gupta y Princ. Yesudian realizaron el estudio titulado “Evidencia de empoderamiento de las mujeres en India”** en el año 1999. Sus objetivos fueron determinar el empoderamiento de las mujeres de la India en sus diferentes dimensiones. Se utilizó una encuesta aplicada a 90,303 mujeres casadas entre 15 a 49 años de todos los estados de India. Los resultados mostraron los principales determinantes del empoderamiento: autonomía en el hogar la poseían 47 % de las mujeres, 23% tenían una alta libertad de movimiento y 40% desafiaban la violencia en el hogar. Las conclusiones de la autora:

*“Generalizando el cuadro que ha emergido de estos tres indicadores. Los estados ubicados geográficamente en la parte central del país forman un bloque casi homogéneo, que presenta bajo empoderamiento de las mujeres. El resto de estados muestran un cuadro variado de*

*empoderamiento de la mujer. Mujeres en algunos estados del noreste muestran baja autonomía en el hogar y libertad de movimiento; pero actitudes dirigidas a la equidad de género.”* <sup>(15)</sup>

**David Vera realizó el estudio titulado “Impacto económico del empoderamiento de la mujer en el hogar. Una aplicación al caso peruano”** en el año 2010. Sus objetivos fueron responder a las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué factores permiten un mayor grado de empoderamiento de la mujer en el hogar? ¿El mayor poder de negociación de la mujer en la toma de decisiones en el hogar permite un mayor nivel de bienestar familiar? Para lo cual construyó un conjunto de índices de empoderamiento de la mujer al interior del hogar, sobre la base de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar y analizó cuales son sus efectos sobre la salud infantil de sus hijos. De manera complementaria, el estudio exploró algunos factores asociados al mayor empoderamiento de la mujer, como las características individuales de ella, de su pareja y de su entorno. <sup>(16)</sup> Los resultados y conclusiones de este estudio fueron los siguientes:

*“Como resultado del estudio, se encontró que si la mujer tiene mayor participación en las decisiones domésticas y del cuidado de su propia salud, la probabilidad del uso de*

*los servicios profesionales de salud al momento del parto aumenta entre 23 y 52 puntos porcentuales. De la misma manera, se encuentran impactos positivos, entre 20 y 35 puntos porcentuales, en la probabilidad de que las hijas menores de 3 años cuenten con el número completo de controles de crecimiento y desarrollo de acuerdo a su edad. Mayor número de años de educación, así como mayor acceso a servicios de comunicación (radio) y acceso a métodos modernos de planificación familiar, ayudan a que las mujeres tengan una mayor participación en las decisiones domésticas y del cuidado de su propia salud. Estos deberían ser elementos de política pública para lograr un mayor empoderamiento de la mujer y con ello aumentar la cobertura de los servicios profesionales de salud.”<sup>(17)</sup>*

## **F.2. BASE TEÓRICA**

### **2.1. Empoderamiento: origen y concepto.**

El término empoderamiento tiene su origen en el inglés *empowerment*, que se viene utilizando desde los años sesenta. Surgió con los movimientos sociales y políticos de derechos civiles para la población afro americana en Estados Unidos. Posteriormente otros

movimientos vinculados al desarrollo, la no-violencia, los derechos humanos, adoptaron este término.

En el castellano se traduce como *empoderamiento* aunque hay autores que por considerarlo un anglicismo buscan otros sinónimos como *potenciación, fortalecimiento, poderío* y en forma verbal *dar poder, dotar de poder, adquisición por alguien del ejercicio del poder, empoderar*.

Las bases teóricas del empoderamiento se encuentran en los trabajos de Gramsci (1971) y Foucault (1980) que entendían el poder como una relación social. Desde otro enfoque la educación popular de Paulo Freire tratada en su obra *La pedagogía de los oprimidos* aporta elementos teóricos relevantes para el concepto de empoderamiento. Sin embargo estos autores no hicieron uso del vocablo “empoderamiento”; y dentro de las relaciones de poder que estudiaron y analizaron, no contemplaron las de género.

Para Freire, el fin de la educación es permitir al individuo llegar a ser sujeto, construirse como persona, transformar el mundo, estrechar relaciones de reciprocidad, hacer su cultura, hacer historia. Y las personas se hacen sujeto por medio de la reflexión sobre su situación, cuanto más reflexionen sobre su situación serán más conscientes y estarán más dispuestos a intervenir en la realidad para cambiarla. Es



decir, se integran en un contexto, son conscientemente parte de él, realizan un análisis crítico y se comprometen con el cambio. Como dice Freire “Ningún orden represor soportaría que los oprimidos pasaran todos a decir: ¿por qué?”.<sup>(18)</sup>

El concepto de empoderamiento difiere según cada autor, la disciplina o el enfoque del que trate y la población a la que es aplicado. Por ejemplo desde la psicología cognitiva comunitaria tenemos a Zimmerman y Batliwala. Zimmerman define al empoderamiento como la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas.<sup>(19)</sup> En la misma línea, Batliwala conceptualiza al empoderamiento como poseedor de dos aspectos centrales: control sobre los recursos (físicos, humanos, intelectuales, financieros, y el de su propio ser), y control sobre la ideología (creencias, valores y actitudes).<sup>(20)</sup> Mientras Sen, en términos de su teoría de desarrollo humano, denominó “capacidades humanas” al potencial que la gente tiene para tomar decisiones y poder vivir de la manera que desee: “Si el poder significa control, el empoderamiento, por tanto, es el proceso de ganar control por parte de la gente”<sup>(21)</sup>

Rappaport y Larrea, a diferencia del enfoque individual de los dos primeros autores, incorporan una dimensión social al concepto de empoderamiento. Según Rappaport la noción subyacente al

empoderamiento es la conflictividad, la percepción de una sociedad conformada por grupos separados, cada uno de los cuales posee diferentes niveles de poder y control sobre los recursos. El empoderamiento se interesa en las personas excluidas de la sociedad.

Larrea vincula al empoderamiento con la esfera subjetiva del poder, es decir que éste no se enfoca en las relaciones de dominación económica y política sino en una dimensión social y personal centrada en el cambio. Igualmente para Riger es importante *“reconocer las percepciones individuales pero no llegar al extremo de reducir el empoderamiento a la psicología cognitiva que ignora lo histórico y lo político”*<sup>(22)</sup>

Organismos internacionales como el Banco Mundial y UNICEF vinculan al empoderamiento como parte de un proceso de inclusión social para la lucha contra la pobreza y el desarrollo. El Banco Mundial define al empoderamiento como *“la expansión de los activos y capacidades de los pobres para participar en, negociar con, influir sobre, controlar, y tener instituciones responsables que influyan en su vida”*<sup>(23)</sup> La UNICEF plantea al empoderamiento como *“el proceso a través del cual las mujeres toman control y acción con el fin de superar obstáculos que impiden su desarrollo”*<sup>(24)</sup> Sin embargo, según Malhotra (2002), la aplicación de este enfoque se ha focalizado en el empoderamiento de

grupos vulnerables o marginados, y no se ha centrado en el caso específico de la mujer.

En los años setenta, la segunda ola del feminismo dio lugar al campo conocido como Mujer en el Desarrollo (MED) que criticó la visión reduccionista que tenían sobre la mujer las políticas de desarrollo bienestaristas, que veían a la mujer como un recurso humano eficiente para la buena crianza de los hijos y como receptora pasiva de los programas que satisfacían sus necesidades básicas. Igualmente la ciencia social crítica y el Movimiento de Mujeres, particularmente su vertiente feminista, retoman y desarrollan el concepto de empoderamiento, para referirse al proceso por el cual las mujeres acceden al control de los recursos (materiales y simbólicos) y refuerzan sus capacidades y protagonismo en todos los ámbitos. Adicionalmente el enfoque feminista concibió al empoderamiento como un proceso de cambio individual y colectivo, que implica la alteración radical de los procesos y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres como género.

*“A pesar que existen diversos autores que han tratado de definir el término “empoderamiento” (G. Sen, 1993; Batliwala, 1994; Keller y Mbwewe), la mayoría de estos enfoques comparten ideas comunes, como la capacidad de elegir entre diferentes opciones, controlar la vida*

*y los recursos propios (materiales e intangibles), mayor confianza en uno(a) mismo(a), y la perspectiva de la autogeneración del empoderamiento. En cualquier caso, el empoderamiento puede resumirse en cambio, decisión y poder (Cheston y Kuhn, 2003)”* <sup>(25)</sup>

En el presente estudio se utiliza el concepto de empoderamiento de Kabeer: *“Se entiende por empoderamiento a la expansión en las capacidades de los individuos para tomar elecciones estratégicas sobre su vida en un contexto donde previamente dicha facultad les era negada”*. <sup>(26)</sup>

## **2.2. Niveles y dimensiones del empoderamiento**

Zimmerman y otros autores diferencian tres niveles en el empoderamiento, estos son: el individual o personal, el organizacional y el comunitaria o colectiva.

- **Nivel individual:** El empoderamiento desde el plano personal hace referencia al desarrollo del control personal y de la competencia para actuar, buscar apoyo social y perfeccionar habilidades interpersonales, sociales y políticas <sup>(27)</sup>. Zimmerman postula que estas personas experimentan procesos de aprendizaje en la toma de decisiones y en el manejo de recursos. Señala que el proceso tiene un componente *intrapersonal* (percepción del locus de control, de autoeficacia,

motivación de control en el ámbito personal, interpersonal y sociopolítico), un aspecto *cognitivo* que apunta a cómo las personas usan sus destrezas analíticas para influir en su medio ambiente y un componente de *comportamiento* que implica realizar acciones para ejercer control, participando en organizaciones y actividades de la comunidad.

- **Nivel organizacional:** Zimmerman describe este nivel en las características que tienen las organizaciones empoderadoras y organizaciones empoderadas. Su descripción no enfoca al sistema-organización como un todo, cuando se refiere a organizaciones empoderadoras, sino que a la organización como contexto de los individuos. Pero si se pone a la organización como unidad de análisis el proceso de empoderamiento a nivel organizacional implica el proceso de fortalecimiento de la organización como un todo para lograr sus objetivos y metas como sistema o unidad, lo que a su vez significa probablemente generar procesos de liderazgo compartido, procesos de capacitación de sus miembros en función de los objetivos de la organización, procesos de toma de decisiones y sistemas de comunicación y apoyo eficaces, sistemas de distribución de roles y responsabilidades según capacidad, la creación de entornos de intercambio de

información y recursos, un modelo o estilo de gestión adecuada en función del crecimiento y desarrollo organizacional. Montero distingue entre fortalecimiento individual y organizacional, indicando que inclusive no siempre este último implica el anterior. Sin embargo, desde la orientación valorativa del empoderamiento, no es comprensible como tal sin el respeto, tolerancia, relaciones de apoyo y solidaridad, sistemas de confianza y amplia participación de los miembros. Así también lo entiende Zimmerman, al señalar que el empoderamiento de personas, organizaciones y comunidades es interdependiente y todos son causa y consecuencia uno de otro. <sup>(28)</sup>

- **Nivel comunitario:** El empoderamiento comunitario o colectivo se refiere al proceso por el que una comunidad gana poder y por tanto habilidad y posibilidad para crear el cambio. También se define como el proceso de acción social que promueve la participación de la gente, las organizaciones y las comunidades hacia el logro del control por los individuos y las comunidades, la eficacia política, el mejoramiento de la calidad de vida comunitaria y la justicia social. Es decir, la dimensión más estructural y política en la que los individuos trabajan conjuntamente para lograr un impacto mayor del que podrían haber alcanzado por separado. Debería implicar una acción

colectiva basada en la cooperación y no en la competencia, incluyendo la participación en estructuras políticas.

Por otro lado Rowlands identifica tres dimensiones del empoderamiento: la personal, la colectiva y la dimensión de las relaciones cercanas. La primera consiste en desarrollar la confianza en sí misma y las capacidades individuales para superar la opresión internalizada por las mujeres. La dimensión colectiva supone sumar esfuerzos individuales, con el objetivo de lograr un mayor impacto en un fin perseguido, remplazando un modelo competitivo por uno cooperativo, que se desarrolla en el marco de una organización y puede abarcar desde el ámbito local hasta el global. Esta dimensión se fundamenta en la acción colectiva y tiene implicaciones políticas. En el núcleo de la dimensión de las relaciones cercanas se encuentran las habilidades de negociación, comunicación, obtención de apoyo y defensa de derechos y dignidad.

Cada dimensión se articula con una o diferentes formas de poder: el *poder desde dentro*, el *poder con*, el *poder sobre*, el *poder para o poder de*.<sup>(29)</sup> Varias autoras identifican estos cuatro tipos de poder interrelacionados.

- **Dimensión personal:** se vincula estrechamente con el *poder desde dentro*. El proceso para conseguirlo se produce al reconocer que uno mismo no es fuente de todos los problemas, sino que se encuentra restringida por estructuras externas. Solo cuando las mujeres pueden conocer otras maneras de ser y de participar en un proceso analítico con miras al reconocimiento de sus intereses estructurales como grupo subordinado, puede construirse el *poder desde dentro*, pero este tiene que surgir desde el propio ser. Se genera a escala individual y aunque puede parecer inefectivo por tener bases individuales, tiene enormes potencialidades, pues lleva a la movilización de mujeres para cambiar su situación de género.
- **Dimensión colectiva:** se relaciona con el *poder con*. Es el poder del grupo, la fuerza de la suma de poderes individuales; lo cual permite alcanzar logros colectivos y solidarios, el poder con puede ser expresado en la búsqueda de una identidad compartida, la oportunidad para negociar como grupo, compartir el poder, buscar apoyo de otras organizaciones. Cuando esto se consigue se construye un poder creativo, con estructuras horizontales y participación real. Identificar la fuerza colectiva de las mujeres pobres como el recurso transformador más



importante a su disposición tiene que ser un proceso conciente que nazca de ellas mismas.

- **Dimensión de las relaciones cercanas:** En este contexto el empoderamiento se refiere al desarrollo, en el sujeto, de la capacidad de negociar, agenciar e influir en la naturaleza o sentido dado a sus relaciones interpersonales y a las decisiones de interacción que se toman dentro de ellas.

### **2.3. Medición del empoderamiento en la mujer**

Al igual que los conceptos de empoderamiento, los métodos para su medición y seguimiento, cambian en los diferentes niveles y contextos y en general no están bien establecidos. Malhotra y Schuler afirman que la medición en términos prácticos del empoderamiento es difícil ya que las dimensiones que lo componen no pueden separarse fácilmente <sup>(30)</sup>. Muchos de los aspectos del empoderamiento económico y social se traslapan considerablemente con el empoderamiento en la dimensión familiar. Tal es el caso de cuando una mujer logra un mayor control sobre el gasto o ahorro doméstico o reduce las limitaciones en su movilidad o actividades sociales (Narayan, 2005). Según Malhotra y Schuler, otra de las dificultades en la medición del empoderamiento radica en el hecho de que los comportamientos y atributos que

significan empoderamiento en un contexto generalmente tienen significados distintos en otro. <sup>(31)</sup> Dichos contextos no solo varían a través de los escenarios socioculturales, sino también a través del tiempo, a medida en que evolucionan las fronteras normativas y de comportamiento que dan significado a comportamientos en particular.

La medición del empoderamiento es importante; como señala Kabeer, el intento por cuantificar el concepto de empoderamiento parece colocar la idea en un “terreno más sólido y objetivamente verificable” <sup>(32)</sup> Existen muchas investigaciones en el área del empoderamiento de la mujer, y hay una serie de enfoques distintos para su medición.

La Conferencia del Cairo de 1994 vinculó el empoderamiento con un amplio grupo de resultados demográficos favorables y estableció tres áreas clave que conciernen al empoderamiento de la mujer: mejor salud, acceso a recursos económicos y reducción en la desigualdad de género. <sup>(33)</sup> Los economistas del desarrollo demuestran el vínculo entre el empoderamiento de la mujer y el crecimiento económico, fallas de mercado, insumos laborales, entre otros“.

El Grupo de Reducción de Pobreza del Banco Mundial ha seguido esta tendencia, desarrollando una investigación e indicadores

que miden el empoderamiento a nivel de países, distinguiendo entre marcadores directos e indirectos del empoderamiento. Los indicadores directos incluyen el “grado” de empoderamiento de una población, mientras que los indicadores indirectos incluyen sus “bienes” y “estructura de oportunidades” (Holland & Brook, 2004). También el Banco Mundial ha propuesto cuatro procesos facilitadores que son importantes para el empoderamiento: (1) acceso a información; (2) inclusión y participación; (3) rendición de cuentas; y (4) capacidad local de organización.

Asimismo, Oxaal y Baden (1997) sugieren que los indicadores de empoderamiento pueden dividirse en dos categorías: aquellos que intentan medir el empoderamiento de la mujer en un nivel social amplio, para obtener información y hacer comparaciones; y los que se desarrollan para medir los efectos de proyectos o programas específicos. Esto subraya la necesidad de medidas del empoderamiento tanto generales como específicas. Los indicadores propuestos por Malhotra para cada dimensión también son de utilidad para construir escalas que mida el empoderamiento de las mujeres.

Anju Malhotra, Directora del Centro de Investigaciones de la Mujer, propone una división de las dimensiones del empoderamiento de las mujeres, basada en diferentes autores y en resultados de estudios de investigaciones. El cuadro se presenta a continuación:



<b>DIMENSIONES</b>	<b>HOGAR</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>MACRO</b>
<b>ECONOMICA</b>	Control de ingresos Contribución a la economía del hogar, Acceso recursos res	Acceso al empleo, el crédito, la tierra	Gerentes
<b>SOCIO CULTURAL</b>	Libertad de movimiento, Educación de las hijas.	Acceso a espacios públicos, redes, cambio normas patriarcales	Alfabetización acceso a opciones educativas. Media positiva de roles
<b>FAMILIAR INTERPERSONAL</b>	Participar decisiones, Control relaciones sexuales, uso de MAC, violencia familiar	Valor. Autonomía de mujeres Matrimonios tardíos. Divorcio	Matrimonios más tardíos, apoyo político religioso, cambios acceso a servicios salud sexual reproductiva
<b>LEGAL POLITICA</b>	Derechos , conocimientos sistema políticos	Sensibilización en derechos Participación política	Leyes de apoyo. Mujeres representantes
<b>PSICOLOGICA</b>	Autoestima Autoeficacia	Potencial de movilización	Inclusión

#### 2.4. Empoderamiento y promoción de la salud

Es reconocido que la salud, y por tanto su promoción, se contextualiza en situaciones sociales y condiciones de vida. Las situaciones de desigualdad social, económica y cultural se traducen también en desigualdades en salud. Por lo que los factores que la determinan van más allá de los aspectos sanitarios y la mejora en sus determinantes es una responsabilidad compartida.

La promoción de la salud se define como el proceso de capacitar a las personas y las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud y de ese modo mejorar su salud (Nutbeam, 1998). La propia definición de promoción de la salud implica el concepto de empoderamiento, ya que se busca el control de las personas de los factores que determinan la salud en las dimensiones personales y comunitarias. Si bien este concepto se hace explícito recientemente en promoción de la salud.

Sin embargo la OMS se empieza a enfocar en esa dirección desde hace años. La Primera conferencia internacional de Promoción de la Salud realizada en Ottawa, Canadá, en 1986, clarifica el concepto de Promoción de la Salud, identificando acciones claves para lograr la estrategia de la OMS de Salud para Todos. En la carta de Ottawa se incluía como dichas acciones claves el establecimiento de políticas

públicas saludables, la creación de ambientes favorables, el fortalecimiento de acciones comunitarias, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud. Resalta el rol de las organizaciones, de los sistemas y de las comunidades.

La construcción de una política pública saludable fue el tema de la Segunda conferencia internacional de Adelaida en 1988. Las políticas en todos los sectores influyen los determinantes de salud, e indica que son prerequisites para la mejora de la salud, la justicia social, la equidad y el respeto de los derechos humanos.

La creación de ambientes favorables es el tema central de la Tercera conferencia internacional en Sundsvall, Suecia, en 1991. La declaración enfatizó acerca de la importancia del desarrollo sostenible y reclamó la acción social en el ámbito comunitario y con la gente como motor de desarrollo.

La Cuarta conferencia internacional sobre promoción de la salud en Yakarta, Indonesia, en 1997, identificó cinco prioridades recogidas en la declaración de Yakarta para encaminar la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI, confirmadas en 1998 en la resolución sobre Promoción de la Salud adoptada para la Asamblea Mundial de la OMS:

- Promover la responsabilidad social por la salud.
- Aumentar la capacidad de la comunidad y empoderar a los individuos.
- Expandir y consolidar alianzas por la salud.
- Aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Asegurar una infraestructura para la Promoción de la Salud. <sup>(34)</sup>

Es a partir de este momento que la Organización Mundial de la Salud destaca ya la necesidad de los procesos de empoderamiento para la práctica de la Promoción de la Salud. Se considera que la existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no.

Estos temas fueron retomados como ejes centrales para la Quinta conferencia mundial celebrada en México en el 2000. El programa se articuló alrededor de cada uno de ellos. Así, se abordan monográficamente los temas que nos están ocupando, la responsabilidad social de la salud y la necesidad de incrementar la capacidad de las comunidades y de empoderar a individuos y comunidades.

Helena Restrepo, en su informe técnico para el grupo de trabajo que abordó el tema de empoderamiento personal y comunitario,



planteó que la construcción de capacidad comunitaria es el núcleo de la promoción de la salud. Basa el proceso de construcción de dicha capacidad en el planteamiento de Freire. Asimismo, aporta que este abordaje plantea una serie de desafíos sobre todo en contextos de inseguridad económica, corrupción, falta de solidaridad y violación de los derechos humanos.

En las sesiones de debate sobre este tema de dicha conferencia emergieron cinco temas: capturar la evidencia acerca de los resultados y el valor de la construcción de capacidades en la comunidad; la necesidad de construir capacidades entre los promotores de salud comunitarios; las claves de la construcción de capacidades en la comunidad; los gobiernos y las percepciones del sector salud y el rol de la mujer. <sup>(35)</sup>

La OMS pues, define el empoderamiento como un proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan a su salud. El empoderamiento individual se refiere principalmente a la habilidad del individuo para tomar decisiones y tener control sobre su vida personal. El empoderamiento comunitario involucra a los individuos que actúan colectivamente para ganar una mayor influencia y control sobre los determinantes de salud y la calidad

de vida en su comunidad y es una meta importante en la acción de la comunidad para la salud. <sup>(36)</sup>

## **2.5. Igualdad, Equidad de género y desarrollo de la mujer**

### **2.5.1. Equidad de género**

El concepto género y la utilización de términos distintos para diferenciarlo de sexo, es una tarea que se justifica por razones de rigor científico, pero no ha sido una iniciativa de la comunidad científica, sino que tiene origen en la lucha de las mujeres contra la discriminación sexual, anticipándose la política a la ciencia y se estima importante no sustituir mecánicamente el término sexo por el de género y menos aún su concepto.

Género se refiere a las funciones y relaciones de las mujeres y de los hombres, que no se fundan en factores biológicos (sexo) sino sociales, económicos, políticos y culturales; son por tanto, las creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos. El asunto es más complejo de lo que se piensa pues afecta a instituciones como son la familia, la educación y la religión, que han tenido y tienen un

papel fundamental en la reproducción de las condiciones que perpetúan las desigualdades genéricas.

Socialmente se estableció que la mujer estaba hecha para el cuidado de niños, de ancianos y del hogar, por lo que se atribuyeron funciones e institucionalizaron roles para hombres y mujeres. Es decir, las personas intentan ser congruentes con lo que el grupo social espera de ellos y es interesante analizar cómo se construyen los estereotipos de género: el estereotipo masculino, valorado positivamente nos muestra a los varones triunfadores y desarrollando actividades prestigiosas y que les confieren poder. El estereotipo femenino muestra el trabajo de la mujer en casa, con los hijos y llevándolos al colegio y cuidándolos cuando están enfermos. <sup>(14)</sup>

La igualdad entre los géneros es fundamental para la realización de la Agenda del Milenio, que corre el riesgo de fracasar si no cuenta con la participación plena de todos los miembros de la sociedad. En la Declaración del Milenio y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como en la base misma de las Naciones Unidas, se encuentra el reconocimiento de que las personas vulnerables, sobre todo los niños y niñas, necesitan que se les brinde un cuidado y atención especiales. La igualdad entre los géneros no solamente permitirá promover la autonomía de la mujer para que supere la pobreza, sino también la de

sus hijos, familias, comunidades y países. Cuando se observa desde este prisma, la igualdad entre los géneros no solamente es adecuada desde el punto de vista moral, sino que también es fundamental para el progreso humano y el desarrollo sostenible. Además, la igualdad entre los géneros produce un doble dividendo: beneficia tanto a la mujer como a la infancia. Las mujeres sanas, instruidas y con poder tienen hijas e hijos sanos, instruidos y seguros de sí mismos. Se ha demostrado que la influencia de la mujer en las decisiones que se toman en el hogar tiene repercusiones positivas sobre la nutrición, la atención de la salud y la educación de sus hijos. Pero los beneficios de la igualdad entre los géneros van más allá de sus consecuencias directas sobre la infancia.

Sin embargo, a pesar de los considerables avances en la promoción de la autonomía de la mujer desde que la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en 1979 la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la discriminación por razones de género sigue estando arraigada en todas las regiones del mundo. Sus efectos son evidentes en la preferencia por los hijos sobre las hijas, las escasas oportunidades en la educación y en el trabajo que tienen las niñas y las mujeres, y la violencia de género, que se manifiesta en forma de violencia física y sexual.

Eliminar la discriminación de género y promover la autonomía de la mujer exigirá mejorar la influencia de la mujer en las decisiones clave que configuran sus vidas y las de los niños y niñas en tres entornos diferentes: el hogar, el lugar de trabajo y el ámbito político. Cualquier cambio que ofrezca una mejora en una de estas facetas influye en la igualdad de la mujer en las otras, y tiene consecuencias profundas y positivas sobre la infancia en todas partes.

### **2.5.2. Los derechos humanos de las mujeres**

Es innegable que a través de los siglos, la concepción patriarcal que ha prevalecido en el mundo, ha sido plasmada en los distintos instrumentos nacionales e internacionales, al considerar al hombre (varón) como paradigma de la humanidad; situación que se ha reflejado en los derechos humanos, en su lenguaje, en sus ideas, valores, costumbres y hábitos, pues los mismos sólo tienen como referencia a una parte de la humanidad: la masculina, a través de cuyos sentimientos y pensamientos se ha ubicado a las mujeres en la sociedad, como seres inferiores, sumisas y dependientes, sin derecho a una propia identidad genérica.

Es preciso conceptualizar el término patriarcado, el cual es entendido como la supremacía masculina institucionalizada. Es cierto que desde su surgimiento, que según se dice se originó en

Mesopotamia en el cuarto milenio antes de Cristo y que se extendió gradualmente por el mundo, el patriarcado también ha tenido numerosos desafíos; no obstante, ha sido el feminismo el primer movimiento que lo desafía propiamente como tal, al exigir las mujeres ser tratadas como seres humanos con derechos: el derecho a la integridad física, es decir a la integridad de nuestros cuerpos; el derecho al trabajo, a la educación, a la cultura, al acceso al poder; el derecho a una vida sexual y reproductiva plena y sana; el derecho a conservar nuestros ingresos; el derecho a acceder a la tierra y a las facilidades financieras; el derecho a ser tratadas con dignidad, en fin, gozar efectivamente, en igualdad de condiciones y oportunidades, de los derechos de que gozan los hombres.

Si bien es cierto, que el reconocimiento de los derechos humanos comprende de manera general al hombre y a la mujer, no menos cierto es, que la realidad práctica, evidencia que los instrumentos internacionales y los mecanismos de derechos humanos, invisibilizan las necesidades, deseos y demandas de las mujeres, pues tales instrumentos no toman en cuenta sus especificidades, pues sus derechos humanos son sistemáticamente violados, además de ser victimizadas por ser mujeres, sin que tales hechos sean considerados como violación a los derechos humanos.

Es así, que entre los conceptos derechos humanos, mujer y violencia, existe una vinculación muy íntima, porque aunque parezca obvio que los derechos humanos de la mujer, están teórica y formalmente contenidos en el concepto de derechos humanos, el mundo cotidiano revela una realidad bien diversa. Por ejemplo la Declaración de los Derechos Humanos proclamada en 1948, para definir los derechos humanos de la persona, tomó como base el término genérico "hombre", que aún cuando incluye a la mujer, no la refleja; no la define como ser individual y por tanto, este concepto no tomó en cuenta las diferencias humanas y principalmente las especificidades de las mujeres. Fue en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993, que la comunidad internacional organizada, por primera vez, se vio precisada a declarar y reconocer que los derechos de las mujeres son también humanos, al señalar que "los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales".

Lo anterior encuentra su explicación, en que dichos documentos fueron elaborados en foros constituidos mayoritariamente por hombres, En ese sentido, es destacable por parte de los movimientos de mujeres haber colocado en la agenda pública mundial, la temática de la mujer en todos sus aspectos, especialmente la referida a la violencia contra la

mujer como una violación a sus derechos humanos. La violencia contra la mujer, constituye un grave problema social a nivel mundial, que ha sido hasta las últimas décadas, considerado como un problema del ámbito privado, no siendo hasta años recientes, ante las constantes demandas de las mujeres y de grupos femeninos organizados, que se ha logrado ponerlo en la palestra pública, para tratar de prevenirlo, erradicarlo y sancionarlo.

Y es por ello, que se considera necesario, evaluar la efectividad de los instrumentos y mecanismos, en el campo de los derechos humanos, en la perspectiva de su reformulación, para que cumplan efectivamente su objetivo de salvaguardar los derechos fundamentales de toda la humanidad, por cuanto existe una cantidad de actos violatorios a los derechos humanos de las mujeres, que no se encuentran contemplados en los diversos instrumentos jurídicos relativos a estos derechos.

### **2.5.3. Mujer y primera infancia en el Perú.**

En el Perú, las mujeres constituyen el 49.7% de la población del país, gran parte de dicho sector se encuentra en situación de vulnerabilidad, por las razones que iremos exponiendo.

Informes provenientes de diversas organizaciones mundiales revelan que al menos una de cada tres mujeres ha sido golpeada en



todo el mundo. En nuestro país, datos recogidos por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público revelan que durante el 2004 se realizaron más de 78 mil reconocimientos clínicos por casos de violencia familiar. De acuerdo a estas cifras, se produjeron 215 casos de violencia doméstica al día, aproximadamente 9 casos de violencia familiar por hora.

La violencia sexual es una forma de ejercicio de poder y una expresión de desigualdades, que afecta en mayor proporción a las mujeres jóvenes y a las niñas. De acuerdo a los servicios prestados por el Instituto de Medicina Legal, durante el 2004 se reportaron 19 mil 638 exámenes de integridad sexual (Violencia Sexual) a nivel nacional. A partir de estos datos oficiales, y sin contar a las miles de mujeres que no se atreven a denunciar, se producen en el país 54 violaciones diarias, es decir, en el Perú, más de 2 mujeres son violadas cada hora.

El analfabetismo es un problema también de primer orden para las mujeres del Perú, donde la mayoría de iletrados son mujeres, especialmente en sectores rurales. La tasa de analfabetismo femenino es mayor a la de varones. Porque de cada diez analfabetos, 7 son mujeres.

Uno de los problemas de mayor preocupación en el Perú es la alta tasa de embarazo adolescente. Según el INEI, el 13% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez. En el caso de la mortalidad materna, ésta se expresa en función de los nacimientos, se estima que se producen 185 muertes por 100 mil nacidos vivos, una de las más altas de América Latina y del mundo.

Por otra parte las cifras del Ministerio de Trabajo muestran que el desempleo femenino es mayor al masculino. En 1996, aproximadamente, ocho millones de personas estaban empleadas en el Perú. De este número, la mujer representó solo el 28% de la fuerza laboral. Mientras que el sueldo de los hombres en 1999, era 76.4% más alto que el de las mujeres.

En diciembre del año 2001, se incrementó la cuota mínima de 25 a 30% de participación de hombres y mujeres en las listas de candidatos para el Congreso de la República. Los resultados muestran que los avances normativos son necesarios, pero no son los únicos que deben de ser adoptados por el Estado. Salieron elegidas sólo 22 congresistas mujeres de 120, solo logramos 18% de mujeres congresistas, contra 82% de varones.

Para un desarrollo sostenible de la sociedad, es indispensable lograr el total reconocimiento de estas situaciones y reconocer las inequidades y desigualdades aún existentes, lo cual permita generar proyectos y programas desde el Estado para promover la igualdad de oportunidades entre varones y mujeres y así ir sensibilizando a la sociedad respecto a la situación de las mujeres.

Hablar de igualdad de oportunidades y de equidad de género no incluye solamente a las mujeres sino también a los varones, que constituyen el otro soporte de nuestra sociedad y quienes no pueden estar siendo desconocidos en esta tarea de lograr una sociedad más justa y equitativa.

En cuanto a la salud de la primera infancia el Perú ha logrado mejoras significativas. Según la ENDES, en la última década ha aumentado sustancialmente la atención prenatal y del parto y se ha reducido de forma significativa la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez. La proporción de madres gestantes que acudieron a, por lo menos, un control prenatal se incrementó de 67% en el año 1996 a 91% en el 2004-2006, y los partos atendidos por profesionales de salud pasaron de 56% a 71% en el mismo período. En lo que se refiere a la mortalidad infantil y en la niñez, se redujo de 43 por mil nacidos y 59 por mil nacidos vivos en el año 1996, a 21 y 29 en el 2004-2006

respectivamente. Esto se ha debido fundamentalmente a mejoras en la cobertura de servicios de salud en el campo, reduciéndose la brecha que tradicionalmente ha existido entre los indicadores de salud urbanos y rurales. Sin embargo aún se mantienen grandes diferencias entre regiones y grupos poblacionales. Un ejemplo de ello son las comunidades indígenas que presentan altos niveles de mortalidad infantil. De acuerdo a los últimos datos, el 63% de la mortalidad infantil a nivel nacional se produce en el primer mes de vida. Es por eso que se plantea la necesidad de fortalecer las acciones para reducir esta realidad.

Por otro lado, hay aspectos donde no se dieron cambios significativos: la alta prevalencia de desnutrición crónica, la insuficiente asistencia a educación inicial, la proporción de niños y niñas que carecen de partida de nacimiento y la alta incidencia de violencia familiar, que siguen siendo retos para el país. Además, se ha registrado un creciente número de casos de VIH/SIDA en la población infantil, a consecuencia del incremento de casos de VIH/SIDA en mujeres. A pesar del sub-registro existente, ya han sido notificados 600 nuevos casos de VIH entre niños y niñas.

En lo que se refiere a la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, a nivel nacional se ha mantenido constante el valor

en los últimos 10 años con una tasa de aproximadamente 25%. La gravedad de este problema resulta evidente cuando se observa la situación en los departamentos. En nueve de ellos más del 30% de los niños de 0 a 5 años presentan desnutrición crónica, siendo Huancavelica el caso más alarmante, con casi la mitad de sus niños desnutridos (49%).

A nivel nacional el acceso de niños y niñas de 3 a 5 años a educación inicial es de 67%, reduciéndose a 56% en el área rural. Dichas cifras disminuyen cuando se hace uso del indicador de asistencia continuada a la educación inicial a partir de los 3 años: 49% en el país, 36% en el campo.

Con respecto al derecho al nombre de niños y niñas entre un mes y 5 años de edad, se presentan enormes diferencias entre las regiones y, al interior de las mismas, entre provincias. En Moquegua y Ancash el 2% no cuenta con partida de nacimiento, mientras en Ucayali y Loreto los porcentajes llegan a 27% y 26% respectivamente, y en estos dos departamentos se encuentran las provincias que tienen la mayor cantidad de niños y niñas indocumentados: Atalaya (Ucayali) con el 50% y Dátém del Marañón (Loreto) con más del 60%.

Sobre la violencia doméstica, el 37% de madres de niños y niñas menores de 5 años reportó haber sufrido algún tipo de maltrato físico por parte de su actual o última pareja. El 11% de las madres de niños menores de 5 años reportó haber sido agredida físicamente por lo menos una vez durante el embarazo. <sup>(37)</sup>

## **2.6. Rol de enfermería en la promoción de la salud física y mental de en el primer nivel de atención.**

El primer nivel de atención es una filosofía y una práctica educativa. Las enfermeras son la llave para el servicio de la atención primaria de salud. Globalmente las enfermeras constituyen la mayor parte de la fuerza de trabajo en servicios de salud, y hacen una significativa contribución a los servicios a domicilio de salud en un gran rango de ambientes, particularmente en hospitales y en centros de primer nivel de atención. <sup>(38)</sup>

En el Perú es la enfermera del primer de atención la que realiza los controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del niño, controles que se realizan mensualmente y que son una de las principales estrategias de salud para prevenir los problemas de la primera infancia. Es en este espacio donde la enfermera tiene una interacción con la madre de los niños y niñas y le da la ventaja de identificar problemas

del niño y de la madre que pudieran estar afectando el bienestar del infante.

## **G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

**a. Nivel de empoderamiento de la madre en el hogar:** Es la expansión en las capacidades de las madres de los niños menores de cinco años, que asisten al Centro de Salud San Juan de Miraflores, para tomar elecciones estratégicas dentro del hogar, que afecten el bienestar y salud de ella y de su familia.

**b. Hogar:** Grupo de personas emparentadas entre sí que comparten la misma vivienda y conforman una familia, para el caso de este estudio no se considera la familia monoparental.

**c. Madres de familia:** Son las madres de los niños menores de cinco años que asisten a la consulta de Crecimiento y Desarrollo del C.S. San Juan de Miraflores. Y que forman parte de una familia no monoparental.

## **CAPITULO II**

### **MATERIAL Y MÉTODO**

#### **A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de nivel exploratorio porque busca indagar un tema poco conocido y estudiado, como es el empoderamiento, por lo que sus resultados contribuyen a configurar una visión de dicho objeto. Es de tipo cuantitativo ya que los datos que se obtendrán podrán ser cuantificados para de esta manera ser capaz de procesarlos estadísticamente.

El método utilizado en este estudio fue el descriptivo de corte transversal, ya que permite presentar la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado.



## **B. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el consultorio del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud San Juan de Miraflores, ubicado en el Pasaje San Juan s/n, Centro Cívico de la Zona “A”, distrito de San Juan de Miraflores. El Centro de Salud San Juan de Miraflores pertenece a la Micro red Trébol – San Juan de la DISA II Lima Sur. Es un establecimiento del primer nivel de atención del MINSA.

En cuanto a su infraestructura, es de un solo nivel con diferentes ambientes para los servicios de medicina, obstetricia, ginecología farmacia, CRED, PCT, dental y triaje. El horario de atención es de 8.00 a.m. a 2 p.m. y cuenta con un personal de salud responsable para cada uno de los servicios y 6 técnicas de enfermería.

El programa de Crecimiento y Desarrollo se encuentra bajo la responsabilidad de una enfermera y tiene por finalidad contribuir a mejorar la salud integral de la población infantil a través de la evaluación oportuna y periódica del niño menor de cinco años. La evaluación incluye evaluación física, toma de medidas antropométricas, evaluación de la alimentación, del crecimiento, del desarrollo psicomotor, identificación de factores condicionantes de la salud,

tamizaje de violencia, estado vacunal, descarte de anemia y parasitosis, consejería y demostraciones de medidas de estimulación temprana y cuidado integral del niño. La consulta es de aproximadamente 45 minutos.

La población total asignada para el C.S. San Juan de Miraflores es de 37, 334 personas, de las cuales el 9%, 3121 son niños menores de cinco años.

### **C. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estuvo conformada por las madres que asisten al servicio de CRED del Centro de Salud San Juan de Miraflores que son un promedio de 340 mensual. La muestra fue obtenida mediante la técnica del muestreo no probabilístico por conveniencia, entre las madres que cumplen los criterios de inclusión y asistan al consultorio de CRED los días lunes, miércoles y viernes que se realizará la aplicación de instrumento, siendo la muestra final de 52 madres.

#### **• CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Madres que acepten voluntariamente ser parte del estudio, previo consentimiento informado.

- Madres de niños menores de cinco años que asisten al consultorio de CRED del Centro de Salud San Juan de Miraflores.
  - Madres que cuyo estado civil sea conviviente o casada al momento de realizar la entrevista.
  - Madres que hablen castellano.
  - Madres que pertenezcan a la jurisdicción del Centro de Salud.
- **CRITERIOS DE EXCLUSION**
    - Madres con algún trastorno o alteración mental.
    - Madres que tengan limitaciones para comunicarse.

#### **D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica utilizada fue la entrevista mediante un cuestionario, que consta de presentación, instrucciones, datos generales con 7 ítems y datos específicos con 18 ítems, distribuidos de la siguiente manera: del ítem 1 al 4 busca medir la dimensión económica de empoderamiento; el ítem 5 y 6 miden la dimensión sociocultural, del 7 al 14 la dimensión familiar – interpersonal y del 15 al 18 la dimensión legal - política. El instrumento fue validado a través del juicio de expertos, conformado por siete profesionales entre sociólogos,

antropólogo, enfermeras y psicólogos. La confiabilidad del instrumento se determinó utilizando el coeficiente del Alfa de Cronbach, siendo el resultado: 0,894. (ANEXOS B, C Y D)

### **E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.**

Para la realización del estudio se realizaron los trámites administrativos respectivos, para lo cual se presentó el proyecto de investigación ante la Oficina de Epidemiología de la DISA II Lima Sur, a fin de que se apruebe la aplicación del instrumento. Obtenido el permiso se realizó la recolección de datos en el mes de Febrero y Marzo, previa coordinación con el médico jefe del C.S. y la enfermera del consultorio de CRED.

Para determinar el nivel de empoderamiento de las madres, se aplicó el instrumento validado y se otorgó a cada respuesta un valor que varía del 0 al 3. (ANEXO B)

Para hallar los intervalos de la variable se utilizó la escala de stanones, obteniéndose los siguientes resultados:

<b>Dimensión</b>	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>
Dimensión económica	7 – 1	3 - 6	0 – 2
Dimensión sociocultural	12 – 15	6 – 11	0 – 5
Dimensión familiar	23 – 26	17 – 22	0 – 16
Dimensión política	5 - 7	3 - 4	0 - 2

## **F. PLAN DE ANALISIS Y RECOLECCION DE DATOS**

Los datos fueron procesados a través del programa SPSS previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz, así mismo los resultados son presentados en tablas y en gráficos de barras simples.

## **G. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Al momento de abordar a las madres que asisten al programa de CRED del Centro de Salud se les explicó que serían parte de la muestra del presente trabajo de investigación para lo cual se les informó brevemente acerca del trabajo (problema y objetivos) con el fin de obtener su consentimiento informado para iniciar la entrevista mediante el cuestionario.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **A. DATOS GENERALES**

Finalizada la recolección y procesamiento de la información se organizaron los resultados en gráficos y tablas para realizar el análisis e interpretación.

En total se entrevistaron a 52 madres; de las cuales el 52% (27) se encuentra en el rango de edad de 20 a 24 años; el 29% (15) tiene entre 25 a 34 años; 13% (7) pertenece al rango de edad de 15 a 19 años y 6% (3) tiene entre 35 a 45 años (Anexo E).

En cuanto al estado civil el 64% (33) conviven con su pareja; mientras 35% (18) son casadas y solo 1 persona es separada.

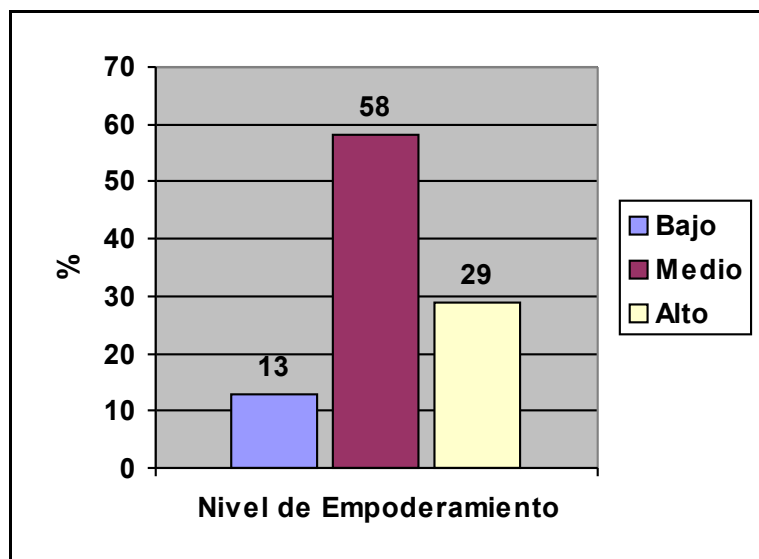
Para el grado de instrucción se halló que la mayoría de madres encuestadas, el 56% (29), alcanzó el nivel secundario. Y el 27% (14), estudió hasta el nivel primario. En los niveles de educación técnico y superior los porcentajes fueron de 11% (6) y 6% (3) respectivamente (Anexo F).

En la ocupación de las madres de familia encontramos que 73% (38), es ama de casa; el 15% trabaja como empleada, obrera y comerciante y el 11% trabaja en ocupaciones profesionales o técnicas calificadas. En total sería un 27% de madres que cuentan con un trabajo remunerado (Anexo G).

## B. DATOS ESPECÍFICOS

GRÁFICO N° 1

NIVEL DE EMPODERAMIENTO DE LAS MADRES  
DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS  
C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES  
LIMA – PERÚ  
2011



Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011.

En el gráfico N° 1 se observa el nivel de empoderamiento general y el nivel de empoderamiento por cada una de las dimensiones. Cada una de las dimensiones compone el empoderamiento general. Con respecto al cual, podemos apreciar que el 58% de madres presenta un empoderamiento medio, 20% tiene empoderamiento alto y 13% empoderamiento bajo.



Estudios en algunos países de Asia, concluyen que las mujeres de dichas poblaciones exhiben en general bajo empoderamiento. Para Durrant y Sathar *“las mujeres en Punjab rural, exhiben generalmente bajo empoderamiento. Treinta y siete por ciento de niños de la muestra de mortalidad infantil tiene madres que practican el purdah<sup>1</sup> fuera de casa, 32% tiene madres que expresan mucho temor de discutir o no estar de acuerdo con sus esposos y 42% tienen madres que al menos una vez han sido golpeadas por sus esposos”*.<sup>(39)</sup>

En otro estudio realizado en la India, *“De acuerdo a los índices, una considerable minoría de mujeres Indias están empoderadas en al menos un aspecto”*<sup>(40)</sup>

Para efectos de comparación en América Latina, no existen muchos referentes. Una investigación realizada en México, en mujeres mayores de 45 años, refiere *“...las mujeres entrevistadas puntuaron más en la escala de riesgo que en la de protección, lo que indica una prevalencia del bajo poderío (o riesgo) en la región.”*<sup>(41)</sup> Para el caso de Perú no existen muchos estudios en empoderamiento de mujeres. Un estudio realizado en Perú, por el consorcio económico social (CIES) evalúa el empoderamiento en las mujeres de todo el país por medio de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009 (ENDES 2009). Sin embargo en este estudio se dan los niveles de empoderamiento por

---

<sup>1</sup> Purdah: práctica de utilizar el velo o manto que cubre a la mujer, generalmente utilizado en países islámicos e India.

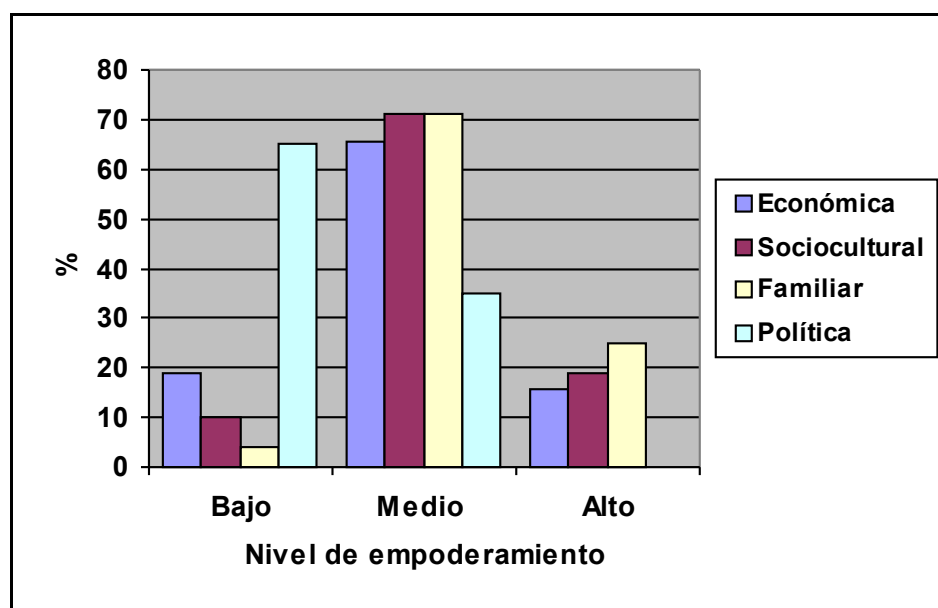
dimensiones y no en forma general. En Lima, en las diferentes dimensiones los porcentajes de empoderamiento bajo van en un rango de 27% a 36% y los porcentajes de empoderamiento alto se encuentran en la zona urbana se encuentran en un rango de 20% a 40%.<sup>(42)</sup>

El nivel de empoderamiento bajo hallado en este estudio es menor al hallado en países asiáticos, pues en muchos de estos países existen aún estructuras patriarcales dominantes mucho más fuertes que en otros continentes y países; y que no permiten el empoderamiento pleno de las mujeres. Sin embargo en los resultados de este estudio, menos de la tercera parte (29%) de madres encuestadas posee un empoderamiento alto y el 13% tiene empoderamiento bajo.

Aunque el nivel de empoderamiento bajo es un porcentaje menor, comparado con el estudio de México y el de CIES; es igualmente un porcentaje significativo.

## **GRÁFICO Nº 2**

**NIVEL DE EMPODERAMIENTO SEGÚN DIMENSIONES  
C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES  
LIMA – PERÚ  
2011**



Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

En el Gráfico N° 2 se observa el nivel de empoderamiento por cada una de las dimensiones. En tres de las cuatro dimensiones: económica, sociocultural y familiar predomina el nivel de empoderamiento medio; excepto en la última dimensión, la política donde el 65% de mujeres tiene un nivel de empoderamiento bajo. (Anexo H)

Al realizar el análisis del nivel de empoderamiento por dimensiones según las variables de edad y grado de instrucción, se encontró que en las dimensiones económica, sociocultural y familiar – interpersonal, las mayores proporciones de madres con empoderamiento bajo son las que tiene menor grado de instrucción, es decir primaria y secundaria; a diferencia de las madres que tienen

educación técnica y superior que tienen un nivel de empoderamiento medio y alto; coincidiendo con lo que muestran varios estudios sobre empoderamiento en mujeres. El estudio de CIES menciona que *“En general, se aprecia que la mayor proporción de mujeres con bajo nivel de empoderamiento para los tres ámbitos son aquellas que presentan menores niveles educativos y residentes en el área rural”*.<sup>(43)</sup> Sin embargo en la dimensión política se presentan los más altos porcentajes de empoderamiento bajo, indistintamente del grado de instrucción; encontrando que ninguna madre tiene empoderamiento alto. Asimismo, se aprecia para todas las dimensiones, que son las madres con educación primaria las que alcanzan en menor proporción el nivel de empoderamiento alto; llegando a ser cero para algunas dimensiones. (Anexo I)

En las dimensiones económica y política las mayores proporciones de empoderamiento bajo son de las madres adolescentes y de las mujeres mayores (35 – 45 años). Sin embargo debemos considerar que la adolescencia es una etapa de la vida con características propias y debería existir un método que considere estas características para medir el empoderamiento de las madres adolescentes; tal como lo señala la OMS *“El periodo de la adolescencia determina cuán bien la niña entra en la condición de mujer y se adapta a ella.”*<sup>(44)</sup> *“La diferenciación por razón de género se*

*intensifica durante el periodo de la adolescencia a medida que las adolescentes aprenden e imitan lo que significa ser una mujer.*"<sup>(45)</sup> Esto podría ser una de las causas del bajo empoderamiento de las adolescentes en las dimensiones económica y política. En cuanto a los resultados hallados en el grupo etéreo de mayor edad, concuerdan con lo hallado en el estudio de CIES realizado por Vera, en el cual se expresa: *"En cuanto a la edad de la mujer, el empoderamiento de la mujer guarda una relación claramente negativa con el empoderamiento en los ámbitos económico y familiar (a mayor edad, mayor proporción de mujeres con bajo empoderamiento en cada ámbito)"*<sup>(46)</sup> Igualmente apreciamos que en las tres primeras dimensiones, las mayores proporciones de empoderamiento alto se concentran en aquellas madres que tienen entre 20 a 35 años. (Anexo I)

Sin embargo, en la dimensión sociocultural se observa que los porcentajes alcanzados en el nivel empoderamiento alto es el menor comparado con las dimensiones económica y familiar, concentrándose en el rango de bajo a medio, independientemente de la edad; *"lo que podría reflejar que los obstáculos para la libertad de movimiento y la percepción del rol doméstico de la mujer en el hogar no han disminuido necesariamente en los últimos años, y sería un problema que afrontan las mujeres independientemente de su edad"*<sup>(47)</sup> Esto esta referido a los aspectos incluidos en la dimensión sociocultural de empoderamiento:

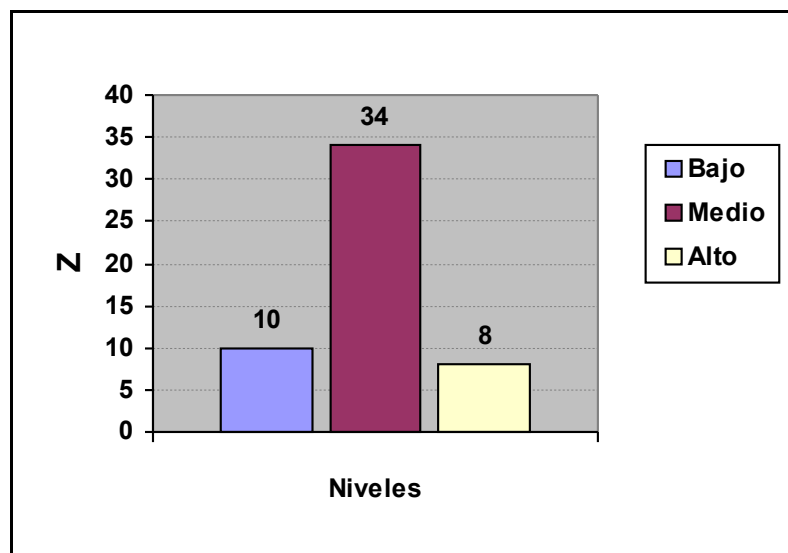
libertad de movimiento y educación de los hijos; además el hecho de que los mayores porcentajes de madres con empoderamiento bajo, según ambas variables: edad y grado de instrucción, se encuentra en las dimensiones económica y sociocultural, nos muestra que el empoderamiento es un proceso multidimensional y la mujer puede estar empoderada en varios aspectos de su vida y en otros no. Y también nos muestra la dificultad de la mujer para alcanzar el empoderamiento en algunos aspectos, relacionados con la necesidad de ejercer el rol doméstico que le es asignado socialmente y que limita su desarrollo en otros aspectos de la vida.

Aparte y mucho más preocupante es el caso de la dimensión política, donde nadie obtuvo nivel de empoderamiento alto. (Anexo I) Es una realidad que las mujeres se encuentran infrarepresentadas en las diversas instituciones políticas, ya sean partidos políticos, gobierno y diferentes órganos institucionales de toma de decisiones. Sin embargo en este estudio abordamos el empoderamiento de las mujeres en la dimensión política en dos aspectos. En primer lugar como el conocimiento de sus propios derechos y en segundo, como un proceso de participación política; entendiendo esta como *“toda actividad dirigida a influir en la estructura de un gobierno, en la designación de los gobernantes o en las políticas del que estos ejercen. Estas actividades pueden tener como objetivo el apoyo a las*

*estructuras y a las políticas existentes o perseguir su cambio. Comprende acciones activas o pasivas, colectivas o individuales, legales o ilegales, de apoyo o de presión, mediante las cuales una o varias personas intentan incidir en el tipo de gobierno que debe regir una sociedad, en cómo se dirige el estado de dicho país, o en decisiones específicas del gobierno que afectan a una comunidad o a sus miembros individuales.”*<sup>(48)</sup> Y es en este sentido en que analizamos la participación política de las mujeres.

### **GRAFICO Nº 3**

**NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA DIMENSIÓN ECONÓMICA  
C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES  
LIMA – PERÚ 2011**



**Fuente:** Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

En el gráfico N° 3 observamos el nivel de empoderamiento en la dimensión económica. El 66% (34) de mujeres presentaba empoderamiento medio; 19% (10) empoderamiento bajo y solo 15% (8) empoderamiento alto. Para medir el empoderamiento económico se utilizaron los indicadores de contribución a la economía familiar, control de los ingresos familiares y acceso a los recursos familiares. Según el estudio realizado por el CIES, los factores que incrementan la probabilidad de que una mujer tenga un empoderamiento económico bajo son: lengua materna indígena y si la mujer vive en la selva alta.<sup>(49)</sup> Por su lado, los principales factores que incrementan la probabilidad que una mujer tenga empoderamiento medio son: si la mujer trabaja en actividades de servicios o domésticas o como comerciante, si su pareja trabaja en actividades manuales no calificadas o en el sector de



servicios y si ella vive en la sierra.<sup>(50)</sup> Efectivamente entre las madres entrevistadas observamos que la mayoría de mujeres que trabajan de empleadas y obreras tiene empoderamiento medio. (Anexo J)

Sin embargo las madres que son amas de casa tienen empoderamiento medio y bajo en mayor proporción y solo una tiene empoderamiento alto; constituyendo el mayor porcentaje de madres que tiene empoderamiento alto, las que trabajan como comerciantes y en otras actividades. (Anexo J)

Al igual que en muchos países, los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad peruana han condicionado que la mujer tenga que trabajar también fuera del hogar. En efecto, según la ENDES 2009, la tasa de ocupación femenina muestra un incremento de 8,6 puntos porcentuales respecto a la estimada con datos de la ENDES 2000. Siendo esta del 64,5%; <sup>(51)</sup> sin embargo en el presente estudio, en el 71% de los casos es solo el esposo quien contribuye con la economía del hogar y en el 25% contribuyen ambos a la economía del hogar. (Anexo K)

El ingreso de la mujer al mercado laboral y su contribución con la economía del hogar, no solo constituye un indicador de empoderamiento económico, sino que también influyen en la toma

decisiones de la mujer al interior del hogar. Tal como lo señalan Davidco, en Argentina, en un programa de microcrédito para mujeres: *“...en casos donde el hombre es principal sostén económico se produce una redistribución en los aportes y los gastos, dentro de la administración doméstica; acompañada de un mayor poder en la toma de decisiones y una mayor autoridad.”* <sup>(52)</sup> Igualmente, en un estudio cualitativo en mujeres artesanas en México, ellas afirmaron *“... experimentar un mayor poder de decisión derivado, en su mayoría, del ingreso económico que implica salir a trabajar ya que esta actividad les confiere autoridad para hacer ver a los miembros de la familia que no sólo son amas de casa, y que sus actividades no sólo giran en torno al hogar.”* <sup>(53)</sup>

Sin embargo, las mismas autoras nos señalan que el ingreso de la mujer al mercado laboral, no constituye por sí solo la vía para el empoderamiento, ya que este es un proceso más amplio y multidimensional.

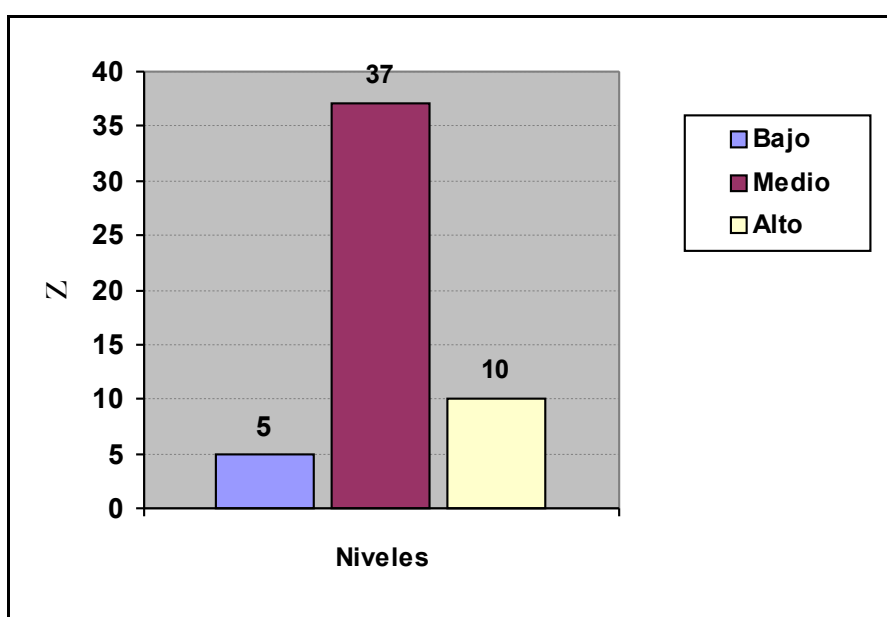
En cuanto a la administración del dinero para los gastos del hogar, el 34% de madres refiere que el esposo les entrega una cantidad de dinero y ella lo administra, en el 30% de los casos, lo administran ambos; e igualmente en el 30% de las familias es solo el esposo quien administra el dinero.

El 44% (13) de mujeres expresó que la opinión de su esposo influiría en su decisión de sacar un préstamo bancario y el 19% (10) le tendría que pedir permiso a su esposo. El 25% (13) le pediría opinión a su esposo, pero ellas tendrían la decisión final y solo el 10% (5) dijo que tomaría la decisión por ella misma. Un 2% (1) expresó que nunca sacaría un préstamo bancario. Son múltiples las variables que limitan el acceso de las mujeres al crédito, como las garantías salariales, barreras culturales, de movilidad o de educación, entre otras (Cheston, S, *et al*: 2002). <sup>(54)</sup> Field y Torero (2003), encontraron en su investigación en Perú, que la asignación de créditos diferenciando por género, es significativa. Los resultados de los modelos probit bivariado y el uso de variables instrumentales establecieron que los créditos están dirigidos a mujeres en un 6.4% menos que a los hombres. <sup>(55)</sup> Sin embargo en este estudio vemos que la determinación de las encuestadas para acceder a un préstamo es muy baja, donde solo el 10% de madres tomaría la decisión por si misma de sacar un préstamo. Cabe resaltar que esta pregunta busca evaluar poder de decisión y determinación de las madres, sin tomar en cuenta la necesidad o el interés presente de las mismas de acceder o no a un préstamo.

En el caso del acceso a la propiedad se utilizó la pregunta: si Ud. quisiera utilizar alguna propiedad o bien suyo o de su familia como

garantía para sacar un préstamo bancario. ¿Usted cree que? El 87% (45) de madres respondió a la alternativa que le tendría que consultar a su esposo; de las cuales 33% (17) no creen que su esposo estaría de acuerdo y 54% (28) si creen que estaría de acuerdo. Para el 4% (2) de madres, su esposo no estaría de acuerdo, por eso ni se lo preguntaría. Nuevamente, solo el 10% (5) tomaría la decisión libremente, sin ningún problema y sin consultar a nadie. Estos hallazgos concuerdan con el dato obtenido por el Banco Mundial de la Mujer, en un estudio, en donde encontraron que del total de los préstamos que se conceden, solo un 2% son para mujeres avaladas por otra mujer y el 6% se los conceden a la mujer, pero avalada por la firma de un hombre, padre marido o hermano. Al respecto, podemos decir que el bajo empoderamiento económico de las mujeres entrevistadas, en comparación a otras dimensiones del empoderamiento, se debe a los aspectos anteriormente vistos, tales como: baja contribución a la economía del hogar, empleos en el sector informal y en condiciones precarias, poca determinación para el acceso al sector económico y bajo acceso a la propiedad familiar. Más allá de una cuestión meramente económica, existe suficiente evidencia empírica que corrobora que la falta de un control femenino sobre los recursos familiares también afecta al bienestar de los niños y a la eficacia en el destino de los recursos del hogar (Duflo, 2001; Case, 2000; Pitt et. al., 1998; y Peace et. al., 1994).<sup>(56)</sup>

**GRAFICO N° 4**  
**NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA DIMENSIÓN**  
**SOCIOCULTURAL**  
**C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES**  
**LIMA – PERÚ 2011**



Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

En la dimensión sociocultural observamos que el 71% (37) de madres presenta empoderamiento medio, 19% tiene empoderamiento alto y 10% bajo.

Los indicadores que comprende la dimensión sociocultural de empoderamiento son la libertad de movimiento de la mujer y la crianza y educación de los hijos.

En cuanto a la libertad de movimiento, el 47% de mujeres debe avisar a su pareja siempre cuando sale, el 15% debe pedir permiso en algunas ocasiones y el 39% puede salir de casa sin avisar a su pareja. Esta pregunta busca evaluar la autonomía de la mujer, partiendo del supuesto, que quienes no requieren el permiso de sus esposos son más autónomas. Numerosos estudios realizados en Asia y África, donde la reclusión femenina es un aspecto crucial de la diferenciación de género, miden esta variable. Sin embargo, trabajos como los de Cacique (2001 y 2002) y García y Oliveira (2000) para el caso de México han mostrado la relevancia de esta dimensión, aún en el caso de las áreas urbanas más importantes de este país. <sup>(57)</sup>

Al respecto Cacique encontró lo siguiente: *“Salir sola es la actividad para la cual las mujeres en mayor proporción requieren el permiso de sus esposos (20%), Por otra parte para todas las actividades consideradas el mayor porcentaje de mujeres (entre el 55 y 72%) avisan a sus esposos.”* <sup>(58)</sup>

Aunque en nuestro estudio, el 15% de mujeres refiere que debe pedir permiso a su esposo para salir en algunas ocasiones; no se especificaron esas ocasiones. Sería interesante indagar acerca de cuales son las situaciones que requieren permiso del esposo o compañero. Sin embargo es considerable el porcentaje (47%) de

mujeres que debe avisar a su esposo siempre cuando sale y solo el 39% puede salir de casa sin avisar.

Con respecto a la crianza y educación de los hijos, se indagó acerca de la toma de decisiones en los principales aspectos de crianza y educación de los niños, existieron tres posibilidades, a ser reportadas por la encuestada: que la decisión la tome ella, su esposo o padre del niño, ambos padres u otra persona; los resultados se pueden observar en el Anexo L. En general, se encontró que para la decisión de la escuela a la que va asistir, la compra de útiles escolares, los castigos que van a recibir y cuando los van a recibir; en más del 50% de los casos lo deciden ambos miembros de la pareja. Mientras que en los alimentos a comprar y la comida a preparar lo decide solo la mujer en más del 60% de los casos. La escuela a la que asistirán los niños y los castigos que van a recibir, son las situaciones que presentan mayor porcentaje en la que la toma de decisión final es solo del esposo; en proporción al porcentaje en la que la toma de decisión final es de la mujer. Estos resultados son muy similares a los de la ENDES 2009, donde:

*“Las mujeres unidas en proporción significativa ellas mismas deciden sobre aspectos cotidianos y de orden personal, como: “Qué se debe cocinar cada día” (74,6 por ciento) o*

*“Compras para las necesidades diarias” (58,9 por ciento); y, “El cuidado de su salud” (59,6 por ciento). En cambio, dicha proporción fue menor cuando se trata de “Las grandes compras del hogar” (23,6 por ciento) o de las interacciones sociales fuera del hogar “Visitar a familiar, amigos y parientes” (27,3 por ciento); situaciones en las cuales la decisión la toman en una mayor proporción con el esposo o compañero (55,2 y 59,3 por ciento, respectivamente).”* <sup>(59)</sup>

Al respecto, Cacique halló resultados similares: *“Las decisiones en torno al tiempo libre son mayoritariamente tomadas por los dos, pero es también importante la proporción de casos en que dicha decisión es tomada sólo por el hombre. Finalmente las decisiones en torno a la crianza de los hijos representan el ámbito donde más claramente intervienen ambos miembros de la pareja, siendo a la vez el espacio en que menos decisiones son tomadas sólo por el hombre.”*

<sup>(60)</sup>

Estos resultados pueden ser explicados por Triandis (1994), citado en Ojeda et al (1996), quien refiere que el poder adjudicado en los procesos de toma de decisiones a mujeres y hombres se ve restringido, para las primeras a cuestiones relacionadas con el hogar, la capacidad reproductiva y crianza de los hijos, dejando en manos de

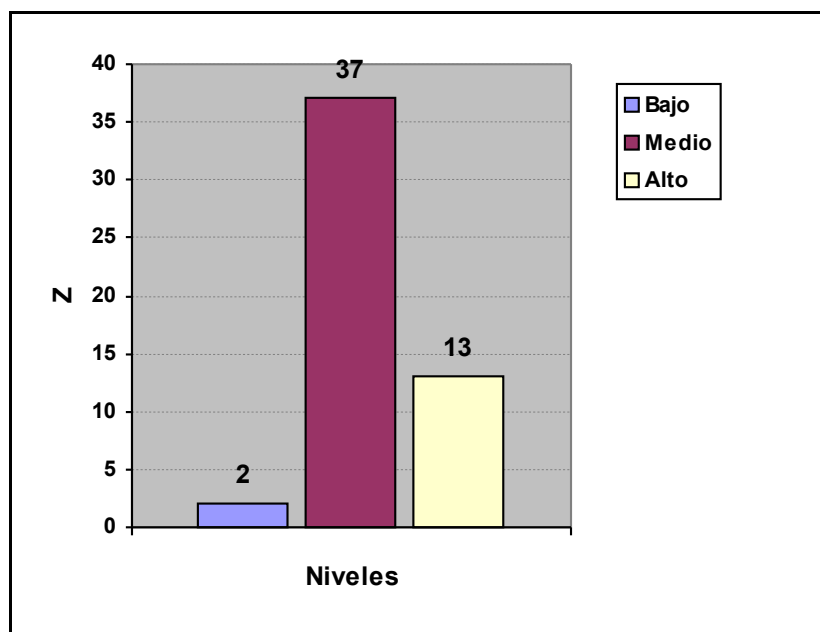


los hombres las decisiones relacionadas con el estilo de vida de la familia. <sup>(61)</sup>

Históricamente, cuando las mujeres tienen el poder de tomar decisiones, tratan de que sus hijos e hijas coman bien, reciban una atención médica adecuada, terminen la escuela y tengan tiempo para la recreación y el juego <sup>(62)</sup>, y este no es un hecho únicamente empírico, pues las investigaciones indican que los hombres y las mujeres suelen desempeñar funciones muy diferentes y tienen prioridades distintas cuando se trata de tomar decisiones que afectan al hogar, es decir, las mujeres, por lo general, consideran más importantes los objetivos relacionados con el bienestar. Por ello es necesario que el personal de enfermería tenga presente estos aspectos para a partir de ello diseñar estrategias de Información Educación Comunicación (IEC) que le permitan orientar oportunamente a la madre y a la familia, de tal manera que contribuya a su empoderamiento sociocultural y por ende a mejorar la calidad de vida y la salud del niño.

Después de los resultados mostrados y el análisis respectivo, cabe preguntar cual será el impacto a futuro, o incluso en el presente, en los niños de alrededor del 25% de familias, en las que la madre no participa en decisiones tan importantes como la educación y la crianza de los hijos.

**GRAFICO N° 5**  
**NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA DIMENSIÓN FAMILIAR**  
**C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES**  
**LIMA – PERÚ 2011**



**Fuente:** Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

En el Gráfico N° 5 se muestra el nivel de empoderamiento en la dimensión familiar – interpersonal. Al igual que en las demás dimensiones, el mayor porcentaje de madres tiene un empoderamiento medio en esta dimensión, la cuarta parte tiene un empoderamiento alto y solo dos madres, que representan el 4%, tiene un empoderamiento bajo.

Los indicadores utilizados para medir esta dimensión fueron: la participación en las decisiones del hogar, el control de las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos (MAC) y la violencia familiar.

En cuanto a la distribución de toma de decisiones en la salud de los hijos, se utilizó las mismas categorías que para la crianza y educación. Los resultados los podemos observar en la tabla del Anexo LL. La decisión de llevar a los niños al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y llevarlos a la consulta médica la toma la mujer en más del 60% de los casos. El propósito del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) consiste en monitorear y hacer un seguimiento del estado nutricional, de salud y desarrollo integral del niño menor de cinco años. Aunque la cobertura de estos controles ha ido aumentando en el tiempo, sigue siendo bajas en zonas rurales y en poblaciones pobres; sin embargo algo que se mantiene, al realizar evaluaciones de estas coberturas, es la razón por la cual las madres llevan al niño, que esta más asociada a la aparición de alguna enfermedad, que a la necesidad de realizar el control de crecimiento y desarrollo.<sup>(63)</sup>

Vera en el estudio para el CIES halló: *“...que un incremento de un punto porcentual en la probabilidad de que la madre tenga un empoderamiento familiar alto aumenta la probabilidad de que las hijas menores de 3 años tengan el número completo de controles CRED.*

*En caso de los hijos varones, un grado alto de empoderamiento familiar no presenta efecto alguno.”* <sup>(64)</sup> Aunque en esta encuesta no realizamos diferenciación entre hijas e hijos, analizamos algunas variables que pudieran estar relacionadas con la toma de decisiones en el caso de llevar al niño o niña al control de CRED. Al realizar la prueba de chi cuadrado, se encontró relación entre la edad de la madre ( $p= 0,001$ ) y el nivel de empoderamiento económico ( $p= 0,005$ ) con la toma de decisiones de llevar al niño o niña a CRED, esto nos demuestra que el empoderamiento económico es un factor que influye positivamente en la toma de decisiones en este aspecto de la salud de los hijos (Anexo M); también vemos que la edad de la madre influye, a mayor edad , mayor porcentaje de madres que toman la decisión de llevar a su niño o niña a CRED. (Anexo N)

Con respecto a la decisión de llevar al niño o niña a la consulta médica se observa que no esta relacionado con el nivel de empoderamiento económico, a diferencia de la toma de decisiones en el caso e la consulta de CRED; es más, se aprecia que medida que aumenta el nivel de empoderamiento económico disminuye el porcentaje de madres que toman la decisión de llevar a sus hijos a la consulta y aumenta el porcentaje de casos en que ambos miembros de la pareja toma la decisión. En cuanto a al edad de la madre, tampoco se encontró relación significativamente estadística. Llevar al niño o niña

a la consulta médica es el rubro en el cual mayor porcentaje de madres adolescentes toma la decisión; este hecho se podría explicar por lo dicho anteriormente con relación a la razón por la cual las madres llevan al niño o niña a la consulta de CRED, que están más asociadas a la aparición de una enfermedad; parecería ser que independientemente de quien aporte con los recursos económicos o de la edad de la madre, la enfermedad en el niño es percibida como una situación de riesgo y por ende mucho más susceptible de ser atendida que el control de CRED, que se realiza cuando el niño está sano, por lo que sería importante indagar en posteriores estudios acerca de la relación entre empoderamiento y consulta a CRED e incluir mayor cantidad de variables para ser analizadas.

En nuestro país, la vacunación es una importante herramienta de prevención de las enfermedades, que ha dado excelentes resultados en la protección de las niñas y niños contra las enfermedades. Sin embargo, según la ENDES 2009 el porcentaje de niñas y niños con vacunación completa (51,4 por ciento) fue inferior en 14,9 puntos porcentuales a lo encontrado en la ENDES 2000 (66,3 por ciento).<sup>(65)</sup> Es por ello importante el análisis de la toma de decisiones en la vacunación de las hijas o hijos.

En nuestro estudio, poco más del 50% de las encuestadas toma la decisión final de administrarles las vacunas a sus hijos. Sin embargo en el 10% de los casos, la decisión final la toma solo el esposo. Un porcentaje elevado si lo comparamos con el 4% y el 6%, en el que es el esposo el que toma la decisión de llevarlos a CRED y llevarlos a la consulta médica, respectivamente. Al realizar la prueba de chi cuadrado no se encontró asociación significativamente estadística entre las variables analizadas. Sin embargo el estudio ya mencionado de CIES, concluyó: *“Los resultados muestran que el grado de empoderamiento de la mujer (bajo los distintos ámbitos) tiene efectos positivos pero no significativos sobre el número de vacunas que reciben sus hijos/as”* <sup>(66)</sup> También es importante destacar que en este caso, cerca del 30% de las encuestadas de edades comprendidas entre 15 a 19 años, refirió que era el esposo el que tomaba la decisión final de ponerles las vacunas a los hijos; y ni una encuestada refirió que era ella la que tomaba la decisión.

Aunque en este estudio no se han realizado comparaciones entre la cobertura de vacunación y el número de Controles de CRED con los resultados hallados, sería interesante analizarlos a fin de encontrar variables relacionados con el empoderamiento de la madre que estén afectando dichas coberturas en el Centro Salud SJM.

Con respecto a la toma de decisiones en el caso de pagar un tratamiento o pagar un medicamento; en este caso las proporciones son totalmente inversas a los otros casos ya analizados. Si para llevarlos a CRED, a la consulta médica o ponerles las vacunas, era la mujer la que tomaba la decisión final en más del 50% de los casos; para pagar un medicamento o tratamiento, solo el 10% de mujeres toma la decisión final y en el 29% de los casos es el esposo o pareja quien toman la decisión final; mientras en el 62% de los casos la decisión la toman ambos. Al realizar el análisis de chi cuadrado se encontró asociación entre la toma de decisión de pagar un tratamiento o medicamento y la edad de la madre ( $p=0,00$ ); el nivel de empoderamiento económico de la madre ( $p=0,009$ ) y la violencia emocional: haber sido avergonzada o comparada con otras mujeres por el esposo ( $p= 0,027$ ), haber sido amenazada por el esposo con quitarle a los hijos, no darle dinero o hacerle daño ( $p=0,048$ ) y. (Anexos M, N y Ñ)

Al ser las cuidadoras principales de los niños y niñas, las mujeres suelen ser las primeras en reconocer las enfermedades infantiles y procurar su tratamiento. Sin embargo, como lo confirman las conclusiones de diversas Encuestas de Demografía y Salud de diversos países y también los resultados de este estudio, muchas mujeres de todo el mundo no pueden expresar su opinión incluso en

las decisiones más básicas sobre la salud de la familia, como por ejemplo si es preciso llevar al niño al médico, cuánto dinero debe emplearse en medicamentos y el tipo de atención que ellas mismas deben recibir. Observándose en el caso de este estudio, que los factores que influyen negativamente son la menor edad de la madre, su bajo empoderamiento económico y la presencia de violencia emocional. <sup>(67)</sup> Esta situación que repercute negativamente en la salud del niño, debería ser abordada en forma integral por el equipo de salud.

Finalmente otro punto que es necesario destacar es el gran porcentaje en que ambos en la pareja toman las decisiones; pues *“un número cada vez mayor de pruebas empíricas indican que las decisiones domésticas se toman mediante un proceso negociador que, por lo general, favorece más a los hombres que las mujeres”*. <sup>(68)</sup> Es por ello la importancia de realizar estudios más profundos o cualitativos.

Pasando a otro punto, aunque no menos importante, encontramos que para la decisión de estudiar o llevar algún curso el 50% (26) de mujeres expresó que tomaría la decisión por ella misma; y el 45% (22) que pediría opinión a su esposo; pero ella tendría la decisión final. Solo el 6% (3) de mujeres se influenciaría por la opinión del esposo y el 2% (1) le tendría que pedir permiso. Estas cifras difieren mucho de las halladas en el caso de las madres que



solicitarían un préstamo bancario o tiene acceso a los recursos del hogar; lo que nos indica que las madres tiene mayor disposición y poder de decisión para continuar la educación, que para acceder al sistema bancario. Esto puede ser explicado porque en los últimos años ha disminuido la brecha educativa entre varones y mujeres a un paso más acelerado que la brecha económica.

Asimismo se encontró relación estadísticamente significativa ( $p=0,01$ ) entre la decisión de seguir estudiando y el grado de instrucción, en efecto si observamos los porcentajes obtenidos, a mayor grado de instrucción, es mayor la proporción de mujeres que refieren que tomaría la decisión por ellas mismas. Y aunque no se haya encontrado una relación estadísticamente significativa, también en el caso de la edad, son los grupos etáreos de mayor edad, las que en mayor proporción refieren que tomarían la decisión por ellas mismas. (Anexo O)

También se encontró una relación significativa ( $p=0,023$ ) con el empoderamiento económico, lo que nos podría sugerir que un mayor empoderamiento económico influye en la decisión de la mujer de seguir estudiando. (Anexo P)

Al preguntárseles a las madres: cuando hay que tomar una decisión importante en su hogar ¿Quién la toma? El 19% (10) de ellas respondió que el esposo; 13% (7) dijo que ella misma toma la decisión. Mientras 58% (30) refirió que la decisión la toman ambos de la pareja y 10% (5) que toman la decisión todos en la familia; sin embargo, no se les preguntó a las mujeres lo que consideraban “decisión importante” ni se les dio opciones. Partiendo de esa premisa es interesante observar como casi el 20% de ellas respondió que su esposo era el que tomaba las decisiones que ella consideraba importante. Y de ellas, un 40% fueron las mismas que dijeron que su esposo tomaba la decisión final en la escuela a la que asistirán los niños ( $p= 0,042$ ), los castigos que van a recibir ( $p= 0,017$ ) y en que ocasiones van a recibir dichos castigos. (Anexo Q) Cabe resaltar que estas son las mismas categorías que en la dimensión de empoderamiento sociocultural presentan mayor porcentaje en la que la toma de decisión final es solo del esposo. En efecto al realizar la prueba de chi cuadrado se encuentra asociación significativa entre la toma de decisiones “importantes” y el nivel de empoderamiento sociocultural ( $p=0,043$ )

El 85% de madres encuestadas utiliza un método anticonceptivo y el restante 16% no utiliza ni un método anticonceptivo actualmente. Según la ENDES, en el Perú un poco más de siete de cada 10 mujeres en unión conyugal (73,2 por ciento) usaban algún método

anticonceptivo. <sup>(69)</sup> Es muy favorable en este estudio que el porcentaje sea mayor al promedio nacional.

De las mujeres que no utilizan ni un método anticonceptivo el 75% (6) refiere que no utiliza porque no necesita, y el 25% (2) porque el esposo no quiere. Un estudio realizado por Cacique, en México; encontró como dos de las principales razones para no usar MAC, al desconocimiento y a la oposición de la pareja. <sup>(70)</sup> Sin embargo, en este estudio, el mayor porcentaje de mujeres que no utiliza MAC, lo hace porque refiere que no necesita.

En cuanto al tipo de método anticonceptivo utilizado, predominan las ampollas, 39% (17) de las encuestadas la utilizan; seguidos de los anticonceptivos orales con una proporción del 25% (11). El 18% (8) de las parejas utilizan condón, 11% (5) DIU y 7% (3) métodos anticonceptivos tradicionales. En el Perú, *“si bien el 99% de mujeres en edad fértil tiene conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, sólo el 48% de mujeres casadas o unidas usa métodos modernos y el 23%, métodos tradicionales.”* <sup>(71)</sup> Como métodos tradicionales se consideran al ritmo, la abstinencia periódica, el retiro y los métodos folclóricos, estos métodos son menos eficientes que los modernos, por que conllevan un mayor riesgo de embarazo no deseado. Siguiendo con la tendencia nacional, de disminución del uso de métodos tradicionales

(7,9 puntos porcentuales del 2000 al 2009)<sup>(72)</sup>, en este estudio el uso de estos métodos anticonceptivos es bajo, siendo solo del 7%.

Al indagar sobre la toma de decisiones en la elección del método anticonceptivo, el 82% (36) de encuestadas refirió que toma la decisión junto con su esposo, el 9% (4) toma la decisión sola, mientras el 7% (3) toma la decisión sola, pero enfrentándose a su esposo, quien no quiere que utilice un MAC; y solo el 2% (1) le oculta a su esposo la decisión por temor.

La violencia familiar también es un indicador de empoderamiento sociocultural, *“en el Perú es un problema social de graves consecuencias para la salud, la economía y el desarrollo de los pueblos, se instala de manera silenciosa en numerosas familias y deja sus terribles secuelas”*.<sup>(73)</sup>

En relación a la violencia familiar al 52% de encuestadas, su esposo les dejó de hablar por alguna discusión; el 12% ha sido avergonzada, menospreciada, o comparada con otras mujeres, el 23% han sido amenazadas por su esposo con irse, dañarla quitarle a sus hijos o no darle dinero, al 35% le han gritado o llamado la atención porque la comida no estaba lista o no era del agrado de su esposo y al 29% le han gritado o llamado la atención porque la casa esta en

desorden. (ANEXO R). Estos resultados presentan un mayor porcentaje a los de la ENDES 2009, donde el 22,8 por ciento de las mujeres alguna vez unidas respondieron que habían atravesado situaciones de violencia verbal a través de expresiones humillantes delante de otras personas. El 19,9 por ciento declaró haber sido amenazada por su esposo o compañero con irse de la casa o quitarle a los hijos o la ayuda económica y el 10,8 por ciento manifestó que su esposo o compañero amenazó con hacerle daño a ella o a alguien cercano.<sup>(74)</sup>

En cuanto a la violencia física, según la ENDES 2009, *“el 38,8 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestó haber sufrido violencia física por parte de su esposo o compañero, como empujones, golpes, patadas, ataques o amenaza con cuchillo u otra arma...”*<sup>(75)</sup> Sin embargo en este estudio, las encuestadas no refirieron haber sufrido violencia física o sexual. Pero no por eso se puede decir que no exista. La violencia familiar es un hecho que muchas veces las mujeres suelen ocultar, incluso a sus familiares más cercanos, por temor, vergüenza y por considerarlo un asunto privado.

En relación a la violencia sexual, ninguna encuestada reportó haberla sufrida; sin embargo el instrumento no recoge otros recursos o mecanismos que el hombre pueda utilizar para obligar a la mujer a tener relaciones sexuales, incluso muchas veces mecanismos que la

mujer no considera como violencia, como el chantaje, la coerción, las amenazas y la persuasión.

Un importante grupo de estudios sugiere que la violencia doméstica aumenta cuando las mujeres desafían la autoridad de sus esposos y las inequidades de género (Schuler et al, 1996; Blumberg 1999; Ghuman 2001; Schuler et al, 1998). Igualmente numerosos autores han encontrado un escalamiento en la violencia doméstica cuando las mujeres generan su propio ingreso (Sen y Batliwala 2000; Mason y Smith 2003) y un incremento en la violencia de aquellas mujeres que acceden a créditos (Goetz y Sen 1996; Khan et al, 1998).

<sup>(76)</sup> Por ello se realizó la prueba de asociación entre las variables, obteniéndose los siguientes resultados:

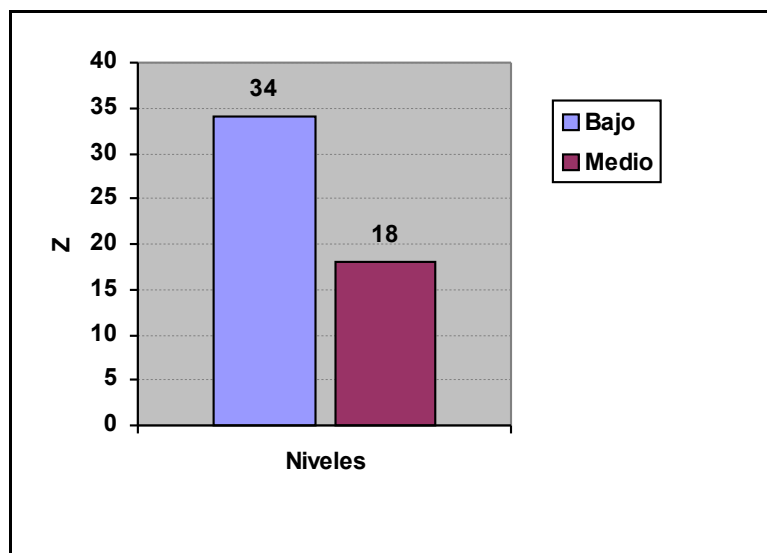
Como se puede apreciar en el Anexo S, si existe relación entre la violencia emocional y el empoderamiento económico ( $p=0,007$ ;  $p=0,004$  y  $p=0,001$ ); pero a diferencia de los estudios citados, esta asociación es positiva, porque la frecuencia de la violencia emocional disminuye a nivel que aumenta el empoderamiento económico, siendo en los casos en que el empoderamiento es alto, esta violencia de cero; estando este estudio en la misma línea de aquellos que encontraron a diversas dimensiones del empoderamiento femenino tales como la libertad de movimiento, el poder de decisión, la educación formal, la

participación en luchas colectivas y la generación de ingresos como elementos que protegen a las mujeres de la violencia doméstica (Ghuman, 2001; Schuler et al, 1996) <sup>(77)</sup>

Para terminar este punto, se puede concluir que entre las madres encuestadas hay mayor prevalencia de violencia emocional comparada con el promedio nacional y aunque ni una madre ha reportado violencia física o sexual, estos tipos de violencia pueden permanecer ocultos, disminuyendo así la magnitud del problema. Además para el caso de este estudio se encontró relación significativa entre la violencia emocional y la toma de decisiones en relación a la salud de los hijos. La 49º Asamblea Nacional de Salud, en su Sexta Sesión plenaria del 25 de mayo de 1996, ha declarado la violencia familiar como un problema de salud pública en todo el mundo en vista de las graves consecuencias inmediatas y a largo plazo que tiene para la salud y el desarrollo psicosocial en los individuos, familias, comunidades y países. Es por ello la importancia del conocimiento del problema e involucramiento en la solución, de parte del personal de salud; en especial del personal de enfermería del primer nivel de atención en los servicios de CRED, pues son las enfermeras las que están en contacto directo con el binomio madre – niño y el lazo de confianza creado facilita la identificación de casos de violencia familiar.

## **GRAFICO Nº 6**

**NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA DIMENSIÓN POLÍTICA  
C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES  
LIMA – PERÚ 2011**



**Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011**

Como ya se había visto anteriormente, la dimensión política es la que presenta mayor porcentaje de encuestadas que tienen un nivel empoderamiento bajo, que representan el 65% (34); y el restante 25% (18) tiene empoderamiento medio en esta dimensión. Ninguna madre presenta empoderamiento alto.

El 38% de las encuestadas no conoce ni un derecho de las personas e igual proporción no conoce ni un derecho de la mujer. El 62% conoce uno o dos derechos de las personas y el 54% conocen uno o dos derechos de la mujer. (Anexo T) Aunque no se puede generalizar este bajo conocimiento de los derechos y en general el bajo



empoderamiento político como exclusividad de las mujeres; pues en general los ciudadanos no se interesan por sus derechos, porque creen que no tienen forma de hacerlos valer, esto va de la mano con la indiferencia hacia las instituciones políticas y hacia la política en general. Al respecto el PNUD halló que el conocimiento de derechos es más alto entre los jubilados y estudiantes que entre las amas de casa, privilegiando a los hombres sobre las mujeres. <sup>(78)</sup>

Es interesante remarcar, que en general, las mujeres conocen los derechos de la persona humana, más que sus derechos específicos como mujeres. Según un estudio del Instituto Jalisciense de las Mujeres (IJM) el 39.5% de las mujeres entrevistadas dijeron no conocer ningún derecho en específico; mientras que 17.8% nombró el derecho al trabajo y 10.8% el de estudiar; sin embargo ni una nombró el derecho a la no violencia. <sup>(79)</sup> Los resultados obtenidos en este estudio no son menos alarmantes, pues solo el 10% de las mujeres que dijeron conocer un derecho de la mujer mencionaron el derecho a la no violencia. Estudios cualitativos en grupos de mujeres Mexicanas nos dicen que la no conceptualización de los derechos femeninos es un inhibidor que deprime el proceso de empoderamiento en todas las dimensiones <sup>(80)</sup> y concluyen que el conocimiento de los derechos de las mujeres es un factor impulsor del empoderamiento sumamente importante que puede determinar cambios en las dimensiones

personal, colectiva y de las relaciones cercanas. La falta de dichos conocimientos hace que las bases para el empoderamiento tengan sustentos menos sólidos y empiecen a construirse sobre sentimientos aislados de cada una de las mujeres. <sup>(81, 82)</sup>

En cuanto a su participación en grupos y actividades, solo el 21% pertenece a algún grupo y solo el 8% ha participado en alguna actividad (Anexo T). Las diversas estadísticas que nos muestran la baja participación de la mujer en los escaños parlamentarios y en cargos públicos dan cuenta del mayor compromiso de la mujer de involucrarse a nivel comunitario, pero la política se percibe como algo lejano y abstracto; <sup>(83)</sup> también nos muestran la mayor importancia que le otorgan a tejer nuevos vínculos sociales.<sup>(84)</sup> En efecto el 21% de estas mujeres pertenecen al vaso de leche y/o comedor popular, al igual que Davidco concluimos que *“ellas quieren participar en el día a día, mejorando el barrio, cocinando en los comedores comunitarios, involucrándose en la administración barrial; porque es lo más cercano y real para ellas”*.<sup>(85)</sup>

Promover la autonomía de la mujer en la esfera política puede contribuir a cambiar las sociedades. Su participación en los organismos de gobierno, ya sean locales o nacionales, produce políticas y leyes que se centran en la mujer, la infancia y las familias. En una encuesta

realizada entre 187 mujeres que detentan cargos públicos en 65 países, la Unión Interparlamentaria descubrió que alrededor de nueve décimas partes creían que era su responsabilidad representar los intereses de la mujer y defender a otros miembros de la sociedad. <sup>(86)</sup>

Aunque no es el propósito que todas las mujeres y madres sean políticas expertas, es necesario aprovechar las capacidades de asociarse, de formar red social. Por ejemplo en el caso de los vasos de leche y los comedores populares; los establecimientos de salud del primer nivel de atención, en conjunto con otras instituciones deben fortalecer estos espacios de participación y promover necesariamente el conocimiento de sus derechos en general y derechos en salud. Con respecto a las madres que no pertenecen a ni una organización, es también de suma importancia fortalecer el conocimiento de sus derechos, desde el primer nivel de atención se puede realizar intervenciones enfocadas a capacitar a las madres en el conocimiento de sus derechos en salud sexual.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

1. En todas las dimensiones del empoderamiento las madres presentaban en mayor proporción empoderamiento bajo y medio, excepto en la dimensión política donde solo presentaron empoderamiento bajo y medio.
  
2. Se encontró una relación positiva entre el grado de instrucción y el nivel de empoderamiento, a mayor grado de instrucción, mayor empoderamiento en general; es por ello que es necesario incrementar particularmente el nivel de empoderamiento en la madre, como un mecanismo de mejorar la calidad de vida del niño.
  
3. Se encontró una relación entre la edad y el nivel de empoderamiento, son las mujeres madres adolescentes y las de

mayor edad, las que suelen tener niveles de empoderamiento más bajos que las madres cuyas edades se encuentran entre 20 a 34 años.

4. Un promedio del 25% de las encuestadas no participa en la toma de decisiones de la educación y crianza de sus propios hijos, en riesgo y detrimento del bienestar de los niños y niñas; es este un nudo crítico donde el personal de enfermería tiene que diseñar estrategias para vulnerarlo, en alianza con el sector educación.
5. La edad de la madre y el empoderamiento económico son factores relacionados a la toma de decisiones de llevar a los niños y niñas al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y de pagarles un medicamento o tratamiento. La participación de la madre en la toma de decisiones aumenta a mayor edad y mayor empoderamiento económico y en el caso de pagarles un tratamiento, disminuye si la madre sufre violencia doméstica.
6. La prevalencia de violencia emocional entre las encuestadas es muy alta (entre 12% a 32%), mayor al promedio nacional en algunas situaciones como amenazas y reproches. Es por ello que la nula proporción de mujeres que aceptan ser víctimas de

violencia física o sexual, no es un indicativo de la ausencia de éstas sino un reflejo de la resistencia para asumir este problema y de la dificultad del instrumento y la metodología empleados para medir este complejo problema.

7. Las mujeres entrevistadas no conocen sus propios derechos en una amplia mayoría y son muy pocas las que participan en organizaciones y actividades que impliquen el conocimiento de sus derechos y ejercicio de su ciudadanía, constituyéndose así el empoderamiento político como el más bajo, lo que afecta el desarrollo del empoderamiento en las otras dimensiones.

## **B LIMITACIONES**

- Los resultados del presente estudio sólo son válidos para la población estudiada u otra con características similares, no pudiéndose extrapolar las conclusiones a otras poblaciones.

## **C. RECOMENDACIONES**

- Realizar estudios con enfoque cualitativo en las diferentes dimensiones, ahondando en las relaciones encontradas entre los diferentes indicadores de cada uno de las dimensiones.

- Realizar estudios multivariados a fin de poder generalizar los resultados.
- Comparar el impacto del empoderamiento desagregando las dimensiones con las coberturas de servicios de salud en niños menores de cinco años, a fin de encontrar posibles variables específicas que puedan estar afectando estas coberturas.
- Desarrollar o elaborar Historias Clínicas con datos que permitan analizar y realizar estudios acerca del empoderamiento y su impacto en la atención de salud.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

(1) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Atraso y deserción escolar en niños y adolescentes. Perú: INEI; 1995. Pág. 7

(2) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Continua. Perú: INEI – DTDIS; 2009, Pág. 50.

(3) Alter Vida. Equidad en el empleo: diagnósticos de Argentina, Colombia, Paraguay y Perú. Paraguay: Alter Vida; 2005, Pág. 55.

(4) Alter Vida. Op. Cit. Pág. 59.

(5) Alter Vida. Op. Cit Pág. 52

(6) OMS. Glosario de Promoción de la Salud Ginebra: OMS; 2008, Pág. 16.

(7) Narayan D. Empoderamiento y reducción de la pobreza. Colombia: Alfaomega – Banco Mundial; 2002, Pág. 14.

(8) Idrovo AJ, Cacique I. El empoderamiento de las mujeres y la esperanza de vida la nacer en México. Rev Panam Salud Pública. 2006; 20(1):29–38. Pág.30.

(9) UNICEF. Situación del país – primera infancia. Disponible en: [http://www.unicef.org/peru/spanish/children\\_13269.htm](http://www.unicef.org/peru/spanish/children_13269.htm). Consultado Octubre 2010.



(10) Vera, D. Impacto económico del empoderamiento de la mujer en el hogar. Una aplicación al caso peruano. Perú: Consorcio de Investigación Económica y Social; 2010. Pág. 4 - 5.

(11) Municipalidad de San Juan de Miraflores. Plan de desarrollo integral del distrito de San Juan de Miraflores. Perú: Municipalidad SJM; 2005. Pág. 76.

(12) DISA II LIMA SUR. Análisis de la situación de Salud 2009. Perú: OEI DISAII; 2009. Pág 10.

(13) Valerie Durrant. Greater investments in children through women's empowerment. Washington DC: National Research Council; 2000. Pág. 36-37.

(14) Sánchez Georgina. Empoderamiento salud y madurez en mujeres de tres regiones mexicanas. Revista Mujer Salud. 2004 (4) Pág. 58.

(15) Kamla Gupta y Princ. Yesudian. Evidence of women's empowerment in India. GeoJornal 2006 (75). Pág. 378.

(16) Vera, D. Op. Cit Pág 6.

(17) Vera, D. Op. Cit Pág. 2.

(18) Freire Paulo. La pedagogía de los oprimidos. México: Siglo XXI.

Pag 68

(19) Zimmerman, M. Taking action in empowerment research. On the distinction between individual and psychological conceptions. Am. J. of Community Psychology. 1990 (16) Pág. 725

(20) Batliwala, Srilatha. Empowerment of Women in South Asia: Concepts and Practices (second draft). Asian-South Pacific Bureau of Adult Education; 1993, Pág. 7.

(21) Sen, Gita. Políticas para el empoderamiento de las mujeres como estrategia de lucha contra la pobreza. Santiago de Chile: CEPAL; 2005. Pag. 23.

(22) León M. Poder y empoderamiento de las mujeres. 2º ed. Colombia: Tercer mundo editores; 2007. Pág. 16.

(23) Narayan, D. Op. Cit. Pág. 16.

(24) Training of trainers in gender mainstreaming. Disponible en <http://www.hsrb.ac.za/Document-2358.phtml>. Consultado en Enero del 2011.

(25) Vera, D. Op. Cit Pág. 9.

(26) Ibíd. Pág. 9.

(27) Zimmerman, M. Op. Cit. Pág. 731

(28) Zimmerman, M. Op. Cit. Pág. 734

(29) Rowlands, J. 1997. En: León, M. (Comp.) Poder y empoderamiento de las mujeres. Tercer Mundo Editores y Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 213-245.

(30) Malhotra, A. y SR. Schuler. Women's Empowerment as a Variable in International Development Measuring Empowerment: Cross-Disciplinary Perspectives. Banco Mundial. Washington DC: 2005. Pág 72.

(31) Malhotra, A. y SR. Schuler. Op. Cit. Pág. 72

(32) Kabeer, N. Resources, Agency, Achievements: Reflections on the measurement of Women's Empowerment. Development and Change. 1999. Pag. 436

(33) Williams, J. Measuring Gender and Women's Empowerment Using Confirmatory Factor Analysis: Research Program on Population Processes, Universidad de Colorado, Boulder. 2005. Pag. 47 [Documento de trabajo].

(34) OMS. Op. Cit. Pág 29.

(35) OMS. Op. Cit. Pag. 35.

(36) Williams. Op. Cit. Pág. 41.

(37) UNICEF. Op. Cit.

(38) (World Health Organization [WHO] and Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing [STTI], 2006, p. 9).

(39) Durrant. Op. Cit. Pág. 24 – 25.

(40) Gupta. Op. Cit. Pág 372.

(41) Sánchez. Op. Cit. Pág 56

(42) Vera, D. Op. Cit Pag 78 – 79.

(43) Ibid Pág 75.

(44) OMS/OPS. Definición del empoderamiento desde la perspectiva de los adolescentes. Unidad de salud del niño y del adolescente. Ginebra: OMS; 2006. Pág. 2.

(45) Ibid. Pág. 2.

(46) Vera, D. Op. Cit Pag 75.

(47) Ibid. Pág. 75.

(48) CONWAY, M., Political Participation in the United States, 3rd Ed., CQ Press, Washington, DC, 2000, pp. 3-6

(49) Vera, D. Op. Cit Pag 83.

(50) Vera, D. Op. Cit Pag 83.

(51) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Op. Cit. Pág. 57.

(52) Davidco, G. Empoderamiento femenino a través de programas de microcrédito en Argentina. Área de ONG'S y Políticas Públicas. Buenos Aires: Instituto de Investigación en Ciencias Sociales de la Universidad del Salvador; 2006. Pág. 14.

(53) Barreda, L y Gándara, G. Empoderamiento femenino: Un estudio comparado en el Ejido La Vega, Cuatrociénegas, Coahuila. México:Tecnológico de Monterrey EGAP; 2007. Documento de Trabajo . Pág. 9

(54) Davidco. Op. Cit. Pág 1

(55) Field E y Torero M. Do Property Titles Increase Credit Access Among the Urban Poor? Evidence from a Nationwide Titling Program. Perú: RWJ SCHOLARS Harvard University. Working Paper; 2004. Pág.

(56) Field. Op. Cit. Pag 2.

(57) García, B. Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual. México: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano; 2003. Pág. 236.

(58) Cacique, I. Trabajo femenino, Empoderamiento y Bienestar de la Familia. Working Paper .México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM); 2003.Pág. 2003.

(59) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Op. Cit. Pág. 64.

(60) Cacique. Op. Cit. Pág. 7.

(61) Ramos, P. Mujeres de las Plazas Comunitarias del INEA: un estudio de caso en Nativitas, Tlaxcala. Tesis Maestría., Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla. 2006. Capitulo 2, disponible en página web: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/mce/perez\\_r\\_am/capitulo\\_2.html](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mce/perez_r_am/capitulo_2.html)

(62) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia 2007. USA: UNICEF. 2007. Pág 13.

(63) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El estado de la niñez en el Perú. Perú: UNICEF Perú; 2004. Pág. 42.

(64) Vera, D. Op. Cit Pág 95.

(65) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Op. Cit. Pág. 189

(66) Vera, D. Op. Cit Pag 98.

(67) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Op. Cit. Pág. 26.

(68) Ibid. Pág. 16.

(69) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Op. Cit. Pág. 21

(70) Cacique, I. Uso de anticonceptivos en México: ¿Qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina? Revista Papeles de Población – Universidad Autónoma del Estado de México. 2003; 9 (35): 209 – 233. Pág. 229.

(71) Programa de las naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – 2008. Resumen Ejecutivo. Perú: PNUD/ PCM; Octubre 2009. Pág 24.

(72) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Op. Cit. Pág. 94

(73) Movimiento Manuela Ramos. Diagnóstico sobre la salud sexual y reproductiva d elas mujeres y jóvenes de Villa el Salvador. Perú: Manuela Ramos; 2011. Pág 34.

(74) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Op. Cit. Pág. 267

(75) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Op. Cit. Pág. 270

(76) Casique, I. Multiplicidad del vínculo entre el empoderamiento de la mujer y la violencia de género, en III Encuentro Nacional de Demógrafos y Estudiosos de la Población. Cambio demográfico en Venezuela: Oportunidades y Retos para las Políticas Públicas. Venezuela; 2003. Pág 197

(77) Casique, I. Multiplicidad del vínculo entre el empoderamiento de la mujer y la violencia de género. Pág 194

(78) Programa de las naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). La Democracia en el Perú: el mensaje de las cifras. Perú: PNUD; 2006. Pág 43.

(79) <http://www.jalisco.gob.mx/wps/portal/ijm> Consultado el 28 Septiembre del 2010.

(80) Barreda, L y Gándara, G. Op. Cit. Pág. 10

(81) Barreda, L y Gándara, G. Op. Cit. Pág. 13

(82)Hidalgo, N. Género, empoderamiento y Microfinanzas. Tesis de Maestría.México: Instituto Nacional de las Mujeres; 2002 Pág. 226, 261.

(83) Davidco. Op. Cit. Pág 15



(84) Aldana, A. El empoderamiento femenino como acción ciudadana: ética de una participación política diferente. Ponencia N° 71. Nicaragua: Conferencia centroamericana y del caribe, reducción de la pobreza, gobernabilidad democrática y equidad de género. 28, 29 y 30 de agosto del 2002. Pág. 13.

(85) Davidco. Op. Cit. Pág 15

(86) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Op. Cit. Pág. 27

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Álvarez, M. El empoderamiento de las familias de extrema pobreza a través del programa puente. Informe. Chile: FÑACSO Chile; 2002.
2. Barreda, L; Cándara, G. Empoderamiento femenino y desarrollo rural: evaluación de un programa de desarrollo regional sustentable en Cuatrociénegas, Coahuila. Cátedra de Integración Económica y Desarrollo Social. Nuevo León: Tecnológico de Monterrey EGAP; 2007. Documento de Trabajo N° 2007 – 4.
3. Casique, I. ¿Cuándo puedo decir no? Empoderamiento femenino y sexo no deseado en México. Estudios Demográficos y Urbanos. 2005; 21 (61): 49 – 81.
4. Casique, I. Uso de anticonceptivos en México ¿Qué diferencia hacen el poder y la autonomía femenina? Papeles de Población. 2003; 35: 209 – 233.
5. Canaval, G. Propiedades psicosométricas de una escala para medir percepción de empoderamiento comunitario en mujeres. Colombia médica. 1999; 02 (30): 69 – 73.

6. Davidco, G. Empoderamiento femenino a través de programas de micro crédito en Argentina. Área de ONG's y Políticas Públicas. Buenos Aires: Instituto de investigación en Ciencias Sociales de la Universidad del Salvador; 2006. Material AONGPPDAVICO.
7. División Americana Latina de COSUDE, Schmid M. El empoderamiento deja sus huellas. Documento de trabajo. Berna: Agencia Suiza para el desarrollo y COSUDE; 2009.
8. García, B. Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual. México: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano; 2003.
9. Handy, F. Women's empowerment in rural India. Canada: New York University, 2004.
10. Idrovo, Á; Casique, I. El empoderamiento de las mujeres y la esperanza de vida a nacer en México. Rev Panam Salud Pública. 2006; 20 (1): 29 – 38.
11. Jraeburn, J; et al. Community capacity building and health promotion in a globalized World. Health Promotion Internacional. 2007; 21 (51): 84 – 90.

12. Gupta, K. y Yesudian, P. Evidence of women's empowerment in India. *GeoJournal* 2006 (75): 365 – 380
13. Laverack, G; Labonte, R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*. 2000; 15 (3): 255 – 262.
14. León, M. Poder y empoderamiento de las mujeres. 2º ed. Colombia: Tercer mundo editores; 2007.
15. OPS/OMS. Definición del empoderamiento desde la perspectiva de los adolescentes. Unidad de salud del niño y del adolescente. Ginebra: OMS; 2006.
16. Malhotra, A. Measuring Women's Empowerment as a Variable in International Development. 1º ed. New York: World Bank; 2002.
17. McWhirter, B. Empoderamiento de parejas y familias a través de la psicología y educación popular. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*. 2006; 15 (1): 73 – 88.

18. Narayan, D. Empoderamiento y reducción de la pobreza. Colombia: Alfaomega – Banco Mundial; 2002.
19. Reininger, B; Martin D, et al. Advancing the theory and measurement of collective empowerment: a qualitative study. Int'l. Quarterly of Community Health Education. 2000; 19(4): 293 - 320.
20. Saldivar, E. Empoderamiento o disciplina: la política de participación indígena en programas de desarrollo en México. Instituto de Investigación en Desarrollo Sustentable y Equidad Social (IIDSES). México DF: Universidad Iberoamericana; 2007. Serie Documentos de Investigación.
21. Sánchez, G. Empoderamiento salud y madurez en mujeres de tres regiones mexicanas. Revista Mujer Salud. 2004 (4) : 51 – 60.
22. World Health Organization. Community empowerment for health and development. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Cairo: WHO; 2003
23. World Health Organization. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO HEN; 2006.

24. Zimmerman, M. (1990). Taking action in empowerment research. On the distinction between individual and psychological conceptions. *Am. J. of Community Phsycology*, 16, 725-750.

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**ANEXO A.-** Operacionalización de la variable

**ANEXO B.-** Instrumento

**ANEXO C.-** Opinión de juez experto

**ANEXO D.-** Determinación de la confiabilidad del instrumento

**ANEXO E.-** Tabla de distribución de la muestra según grupo etáreo

**ANEXO F.-** Tabla de distribución de la muestra según grado de instrucción

**ANEXO G.-** Tabla de distribución de la muestra según ocupación

**ANEXO H.-** Tabla de nivel de empoderamiento de las madres

**ANEXO I.-** Tabla de nivel de empoderamiento según edad y grado de instrucción

**ANEXO J.-** Tabla de nivel empoderamiento en la dimensión económica según ocupación de las madres

**ANEXO K.-** Tabla de contribución a la economía del hogar

**ANEXO L.-** Tabla de toma de decisiones en la educación y crianza de los hijos

**ANEXO LL.-** Tabla de toma de decisiones en la salud de los hijos

**ANEXO M.-** Tabla de toma de decisiones en la salud de los hijos según nivel de empoderamiento en la dimensión económica de las madres

**ANEXO N.-** Tabla de toma de decisiones en la salud de los hijos según edad de las madres

**ANEXO Ñ.-** Tabla de toma de decisiones en la salud de los hijos según presencia de violencia emocional en el hogar, hacia las madres

**ANEXO O.-** Tabla de toma de decisión de la madre de estudiar según edad y grado de instrucción

**ANEXO P.-** Tabla de toma de decisión de la madre de estudiar según empoderamiento en la dimensión económica

**ANEXO Q.-** Tabla de la relación entre la toma de decisiones importantes y la toma de decisiones en la educación de los hijos

**ANEXO R.-** Tabla de violencia familiar en el hogar

**ANEXO S.-** Tabla de violencia hacia la mujer en el hogar asociada a empoderamiento económico

**ANEXO T.-** Tabla de indicadores del nivel de empoderamiento en la dimensión política



# **ANEXOS**

**ANEXO A**

**OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
-----------------	-------------------	------------------	--------------------	-----------------------------------

<p>Nivel de empoderamiento en el hogar</p>	<p>El empoderamiento es la expansión en las capacidades de los individuos para tomar elecciones estratégicas sobre su vida en un contexto donde previamente dicha facultad les era negada</p> <p>El empoderamiento puede darse en tres contextos: en el hogar, en la comunidad y en un contexto nacional/internacional.</p>	<p><b>Económica</b></p> <p>Se refiere a la autonomía financiera que se alcanza a partir de la capacidad de generar y administrar ingresos propios y del acceso y control de los recursos productivos.</p> <p><b>Sociocultural</b></p> <p><b>Familiar –interpersonal</b></p> <p>El desarrollo de habilidades para influir en la naturaleza de las relaciones interpersonales y en el</p>	<p>Control de los ingresos familiares</p> <p>Contribución a la economía del hogar.</p> <p>Acceso a los recursos familiares.</p> <p>Libertad de movimiento</p> <p>Educación de las hijas.</p> <p>Participación en las decisiones del hogar.</p> <p>Control de las relaciones sexuales.</p> <p>Uso de métodos anticonceptivos.</p>	<p>El empoderamiento en el hogar es la expansión en las capacidades de las madres de los niños menores de cinco años, que asisten al Centro de Salud San Juan de Miraflores, para tomar elecciones estratégicas dentro del hogar, que afecten el bienestar y salud de ella y de su familia.</p>
--	---	---	--	---

		<p>seno familiar y de las decisiones adquiridas al interior de estas.</p> <p><b>Legal política</b>  Conocimiento de los derechos y leyes, la capacidad de movilizarse para ejercerlos y defenderlos.</p> <p><b>Psicológica</b>  Integra percepciones de control personal, un enfoque proactivo y una comprensión crítica del entorno.</p>	<p>Violencia familiar.</p> <p>Conocimiento de sus derechos.  Conocimiento de sistemas políticos.</p> <p>Autoestima  Autoeficacia  Autocontrol</p>	
--	--	---	---	--

## ANEXO B

### INSTRUMENTO

#### PRESENTACIÓN

Buenos días Sra., mi nombre es Laura Chávez, soy alumna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; estoy realizando una investigación titulada "Empoderamiento de la mujer en el hogar" por lo que vamos a aplicarle un cuestionario. Solicito su colaboración para contestar de forma veraz y sincera las preguntas que siguen a continuación. Le agradezco de antemano, garantizándole que la información brindada es anónima y se mantendrá en estricta reserva.

**Instrucciones:** a continuación se le presentan unas preguntas con varias opciones y Ud. deberá marcar con un aspa (X) solo una que corresponda a su realidad; algunas preguntas son para que Ud. escriba directamente en las líneas punteadas.

#### DATOS GENERALES

**I. ¿Cual es su lugar de procedencia?**

.....

**II. Su edad se encuentra entre:**

- a. 15 – 19 años
- b. 20 – 24 años
- c. 25 – 35 años
- d. 35 - 45 años

**III. Su estado civil es:**

- a. Casada
- b. Conviviente

**IV. Su grado de instrucción es:**

- a. Sin educación
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Técnico
- e. Superior
- f. Otros.....

**V. ¿Cuál es su ocupación principal?**

- a. Empleada
- b. Comerciante
- c. Obrera
- d. Ama de casa
- e. Otros.....

**VI. La casa donde vive es propiedad de:**

Su pareja  
Usted  
De ambos  
Alquilada o de algún familiar.

**VII. En su hogar Ud. vive con:**

	SI	NO	Edades
Su esposo			
Sus hijos			
Sus hijas			
Su madre			
Su padre			
Otros familiares			

**INFORMACIÓN ESPECÍFICA**

**1. De los integrantes de su familia ¿Quién contribuye con la economía del hogar?**

- a. Mi esposo (0)
- b. Yo (2)
- c. Mi esposo y yo (1)
- d. Solo otra persona. (0) ¿Quién? .....
- .....

**3. Si usted quisiera sacar un préstamo del banco:**

- a. Tomaría la decisión por Ud. Misma (3)
- b. Le pediría opinión a su esposo pero Ud tendría la decisión final. (2)
- c. Le pediría opinión a su esposo y lo que el diga influiría en su decisión. (1)
- d. Le tendría que pedir permiso a su esposo. (0)
- e. Nunca se le ocurriría sacar un préstamo bancario. (0)

**2. ¿Quién se encarga de administrar el dinero para los gastos del hogar?**

- a. Mi esposo (0)
- b. Mi esposo me entrega una cantidad de dinero y yo lo administro. (1)
- c. Mi esposo me entrega todo el dinero que gana y yo lo administro. (2)
- d. Ambos planificamos los gastos (2)
- e. Otra persona. (0) ¿Quién?.....

**4. Si usted quisiera utilizar alguna propiedad o bien de su familia como garantía. Usted cree que:**

- a. Lo podría hacer sin ningún problema y sin consultar a nadie. (3)
- b. Le tendría que consultar a su esposo, pero cree que si estaría de acuerdo. (2)
- c. No cree que su esposo quiera, pero le preguntaría. (1)
- d. Su esposo no estaría de acuerdo, por eso no se lo preguntaría. (0)

**5. En cuanto a la libertad que usted tiene para movilizarse fuera de casa. Usted puede decir que:**

- a. Puede salir de casa sin avisar a su esposo (3)
- b. Debe avisar a su esposo (2)
- c. Debe pedir permiso en algunas ocasiones. (1) ¿En qué ocasiones?.....
- d. Debe pedir permiso siempre. (0)
- e. Solo puede salir de casa con su esposo (0)

**6. En cuanto a la educación y crianza de sus hijos(as), ¿Quién toma las decisiones en los siguientes casos presentados en el cuadro? Marque con una sola aspa (X), según sea el caso que corresponda.**

La decisión la toma →	Ud. (2)	Su esposo (0)	Ambos (1)	Otro familiar (0)
El colegio o nido al que asisten o van a asistir.				
Que útiles escolares les van a comprar				
Los castigos que reciben				
En que ocasiones van a recibir un castigo				
Los alimentos a comprar				
La comida que va a preparar				

7. En cuanto al cuidado de la salud de sus hijos (as) **Quién toma la decisión de:**

La decisión la toma →	Ud. (2)	Su esposo (0)	Ambos (1)	Otro familiar (0)
Llevarlos a su control de crecimiento				
Ponerles las vacunas				
Llevarlo a la consulta médica				
Pagar un medicamento o tratamiento				

8. Si Ud. quisiera estudiar o llevar un curso:

- a. Tomaría la decisión por Ud. Misma (3)
- b. Le pediría opinión a su esposo pero Ud tendría la decisión final. (2)
- c. Le pediría opinión a su esposo y lo que el diga influiría en su decisión. (1)
- d. Le tendría que pedir permiso a su esposo. (0)

10. ¿Ud. utiliza algún método anticonceptivo?

- a. Si ( ) (1)  
¿Cuál? .....  
.....
- b. No ( ) (0) Indique la(s) razón(es) por las que no utiliza ni uno.....  
.....  
.....

9. Cuando hay que tomar alguna decisión importante en su hogar ¿Quién la toma?

- a. Mi esposo (0)
- b. Yo (1)
- c. Ambos (1)
- d. Todos en la familia (1)
- e. Otro familiar (0) ¿Quién?.....

11. En relación a la decisión de usar un método anticonceptivo. Ud toma la decisión:

- a. Sola, sin consultarle a su esposo. (0)
- b. Toman la decisión junto con su esposo (1)
- c. Le oculta a su esposo su decisión por temor. (0)
- d. Su esposo no esta de acuerdo pero a pesar de eso lo utiliza.(1)

12. Ud calificaría la relación con su esposo como: a. Buena b. Regular  
c. Mala

13. Ud. calificaría la relación en su familia como: a. Buena b. Regular  
c. Mala

**14. En su hogar, en los últimos seis meses Ud:**

	SI (0)	NO (1)	¿Cuántas veces?
¿Ha dejado de hablar con su esposo por alguna discusión?			
¿Ha sido avergonzada, menospreciada, o comparada con otras mujeres?			
¿Le han destruido, tirado o escondido cosas de Ud. o del hogar?			
¿ha sido amenazada por su esposo con irse, dañarla, quitarle a los hijos o no darle dinero?			
¿Le han gritado o llamado la atención porque la comida no estaba lista o no era del agrado de su esposo?			
¿Le han gritado o llamado la atención porque la casa esta en desorden?			
¿Ha sido encerrada, le han prohibido salir o que la visiten?			
¿Ha sido obligada o le han tratado de obligar a tener relaciones sexuales sin que Ud quiera?			
¿Ha sido amenazada con algún objeto?			
¿Ha sido empujada o le han jalado el pelo?			
¿Ha sido golpeada con las manos o algún objeto?			

**15. ¿Qué derechos de la persona conoce?**

- b. Derechos políticos
  - c. Derechos económicos
  - d. Derechos sociales
  - e. Otros.....
  - f. Ni uno
- Especifique un derecho que conozca.....
- .....

**16. ¿Conoce los derechos de la mujer?**

Si (1) No (0)

Si la respuesta es afirmativa, indique los que conozca.....

.....

.....

**17. ¿A cual de estos grupos pertenece?**

- a) Partido político.
- b) Club de madres.
- c) Vaso de leche.
- d) Promotores del Centro de Salud.
- e) Asociación vecinal.
- f) Ni uno
- g) Otros. Indique a cual.....

.....

**¿Cual era su responsabilidad?** .....

.....



**18. ¿En cuál de estas actividades ha participado?**

- a. Una marcha de protesta
- b. Reclamo por algún derecho
- c. Un mitin político.
- d. Una huelga
- e. Ni una.

Si la respuesta anterior fue positiva, indique las razones por las que asistió a esa actividad.....  
.....

\* para las preguntas 15, 17 y 18: de uno a dos (1 punto) más de dos (2 puntos); ni uno (0 puntos)

## ANEXO C

### OPINON DE JUEZ EXPERTO

Estimado(a)

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicitar dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una aspa (x) SI o NO en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuada.			
4. los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y entendibles.			
7. El número de ítems es adecuado par su aplicación.			

Sugerencias:

.....

.....

.....

.....

.....

---

Firma del Juez experto

**GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES EXPERTOS SEGÚN  
PRUEBA BINOMIAL**

CRITERIOS	JUECES							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	<b>0.008</b>
2	1	1	1	1	1	1	1	<b>0.008</b>
3	1	1	1	1	1	1	1	<b>0.008</b>
4	1	1	1	1	1	1	1	<b>0.008</b>
5	1	1	1	1	1	1	1	<b>0.008</b>
6	1	1	1	1	1	1	1	<b>0.008</b>
7	1	1	1	1	1	1	1	<b>0.008</b>

**1 = Sí**

**2 = No**

**Es válido si  $p < 0.05$**

**La concordancia es significativa**

## ANEXO D

### DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Ecuación del coeficiente Alfa de Cronbach para el cálculo de la confiabilidad del instrumento a partir de la coherencia interna de cada reactivo.

La fórmula es como sigue:

$$r_a = \frac{n}{n-1} * \frac{S^2 - \sum S_i^2}{S^2}$$

En donde:

$r_a$  = coeficiente de confiabilidad;

$n$  = número de ítems;

$S^2$  = varianza total de la prueba; y

$\sum S_i^2$  es la suma de las varianzas individuales de los ítems.

Para el caso del instrumento utilizado, el alfa de Cronbach fue el siguiente:

$$\alpha = \frac{35}{34} \left[ 1 - \frac{22,144}{168,789} \right]$$

$$\alpha = 0,894$$

## ANEXO E

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETAREO DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ENCUESTADAS C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA - PERÚ, 2011

GRUPO ETÁREO	MADRES ENCUESTADAS	
	N	%
15 – 19	7	13
20 – 24	27	52
25 – 34	15	29
35 – 45	3	6
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011.

## ANEXO F

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ENCUESTADAS C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA - PERÚ, 2011

GRADO DE INSTRUCCIÓN	MADRES ENCUESTADAS	
	N	%
Analfabeta	0	0
Primaria	14	27
Secundaria	29	56
Superior	9	17
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011.

## ANEXO G

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN, DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ENCUESTADAS C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA - PERÚ, 2011

OCUPACIÓN	MADRES ENCUESTADAS	
	N	%
Empleada	3	6
Comerciante	2	4
Obrera	3	6
Ama de casa	38	73
Otros	6	11
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011.

## ANEXO H

### NIVEL DE EMPODERAMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011

	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nivel de empoderamiento general	7	13	30	58	15	29	52	100
Nivel de empoderamiento en la dimensión económica	10	19	34	65,5	8	15,5	52	100
Nivel de empoderamiento en la dimensión sociocultural	5	10	37	71	10	19	52	100
Nivel de empoderamiento en la dimensión familiar	2	4	37	71	13	25	52	100
Nivel de empoderamiento en la dimensión política	34	65	18	35	0	0	52	100

**Fuente:** Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

## ANEXO I

### EMPODERAMIENTO AL INTERIOR DEL HOGAR SEGÚN EDAD Y GRADO DE INSTRUCCIÓN



**C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES  
LIMA – PERÚ 2011**

**Nivel de empoderamiento en la dimensión económica**

		Bajo	Medio	Alto	TOTAL
Rango de edad	15 - 19	43%	57%	0	100%
	20 - 24	18%	67%	15%	100%
	25 - 35	0	73%	27%	100%
	35 - 45	67%	33%	0	100%
Grado de instrucción	Primaria	29%	71%	0	100%
	Secundaria	21%	69%	10%	100%
	Técnico	0	67%	33%	100%
	Superior	0	33%	67%	100%

**Nivel de empoderamiento en la dimensión sociocultural**

		Bajo	Medio	Alto	TOTAL
Rango de edad	15 - 19	0%	100%	0%	100%
	20 - 24	4%	74%	22%	100%
	25 - 35	20%	53%	27%	100%
	35 - 45	33%	67%	0%	100%
Grado de instrucción	Primaria	14%	86%	0%	100%
	Secundaria	10%	69%	21%	100%
	Técnico	0%	100%	0%	100%
	Superior	0%	33%	67%	100%

**Nivel de empoderamiento en la dimensión familiar interpersonal**

		Bajo	Medio	Alto	TOTAL
Rango de edad	15 - 19	14%	86%	0%	100%
	20 - 24	4%	59%	37%	100%
	25 - 35	0%	80%	20%	100%
	35 - 45	0%	100%	0%	100%
Grado de instrucción	Primaria	14%	79%	7%	100%
	Secundaria	0%	79%	21%	100%
	Técnico	0%	33%	67%	100%
	Superior	0%	33%	67%	100%

**Nivel de empoderamiento en la dimensión política**

		Bajo	Medio	Alto	TOTAL
Rango de edad	15 - 19	86%	14%	0%	100%
	20 - 24	59%	41%	0%	100%
	25 - 35	60%	40%	0%	100%
	35 - 45	100%	0%	0%	100%
Grado de instrucción	Primaria	79%	21%	0%	100%
	Secundaria	62%	38%	0%	100%

Técnico	67%	33%	0%	100%
Superior	50%	50%	0%	100%

Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

## ANEXO J

### NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA DIMENSIÓN ECONÓMICA SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ, 2011

Ocupación	Bajo		Medio		Alto		Total
	N	%	N	%	N	%	
Empleada	1	33	2	67	0	0	100%
Comerciante	0	0	0	0	2	100	100%
Obrera	0	0	2	67	1	33	100%
Ama de casa	9	24	28	74	1	3	100%
Otros	0	0	2	33	4	67	100%

Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

## ANEXO K

### CONTRIBUCIÓN A LA ECONOMÍA DEL HOGAR DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ, 2011

Contribuye a la economía del hogar	N	%
Esposo	37	71
Ambos	13	25
Ella	1	2
Otra persona	1	2
Total	52	100

Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

## ANEXO L

### TOMA DE DECISIONES EN LA CRIANZA Y EDUCACIÓN DE LOS HIJOS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ, 2011

Toma la decisión	Nido o colegio al que asisten		Compra de los útiles escolares		Castigos que van a recibir		Cuando van a recibir castigo		Alimentos a comprar		Comida a preparar	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Esposo</b>	16	31	10	19	14	27	13	25	0	0	5	10
<b>Ambos</b>	29	56	25	48	33	63	30	58	19	37	15	29
<b>Ella</b>	7	13	17	33	5	10	9	17	33	63	32	62
<b>Total</b>	52	100	52	100	52	100	52	100	52	100	52	100

**Fuente:** Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

## ANEXO LL

### TOMA DE DECISIONES EN LA SALUD DE LOS HIJOS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011

Toma la decisión	<i>Llevarlos a CRED</i>		<i>Ponerles las vacunas</i>		<i>Consulta médica</i>		<i>Pagar un medicamento o tto</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Esposo</b>	2	4%	5	10%	3	6%	15	29%
<b>Ambos</b>	16	31%	20	38%	16	31%	32	62%
<b>Ella</b>	34	65%	27	52%	33	63%	5	10%
<b>Total</b>	52	100	52	100	52	100	52	100

Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

## ANEXO M

### TOMA DE DECISIONES EN LA SALUD DE LOS HIJOS SEGÚN EMPODERAMIENTO ECONÓMICO DE LAS MADRES C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011

Toma la decisión de:	Nivel de empoderamiento en la dimensión económica					
	Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%
<b><i>Llevarlos a CRED</i></b>						
Esposo	0	0	2	6	0	0
Ambos	8	80	6	18	2	25
Ella	2	20	26	76	6	75
Total	10	100	34	100	8	100
<b><i>Ponerles las Vacunas</i></b>						
Esposo	2	20	3	9	0	0
Ambos	3	30	14	41	3	38
Ella	5	50	17	50	5	63
Total	10	100	34	100	8	100
<b><i>Consulta Médica</i></b>						
Esposo	2	20	1	3	0	0
Ambos	1	10	11	32	4	50
Ella	7	70	22	65	4	50
Total	10	100	34	100	8	100
<b><i>Pagar Medicamentos</i></b>						
Esposo	4	40%	10	29%	1	13%
Ambos	4	40%	24	71%	4	50%
Ella	2	20%	0	0%	3	38%
Total	10	100	34	100	8	100

**Fuente:** Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

## ANEXO N

### TOMA DE DECISIONES EN LA SALUD DE LOS HIJOS, SEGÚN EDAD DE LAS MADRES C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011

Toma la decisión de:	Rango de edad							
	15 - 19		20 - 24		25 - 35		35 - 45	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b><i>Llevarlos a CRED</i></b>								
Esposo	2	29	0	0	0	0	0	0
Ambos	4	57	10	37	2	13	0	0
Ella	1	14	17	63	13	87	3	100
Total	7	100	27	100	15	100	3	100
<b><i>Ponerles las Vacunas</i></b>								
Esposo	2	29	2	7	1	7	0	0
Ambos	5	71	9	33	5	33	1	33
Ella	0	0	16	59	9	60	2	67
Total	7	100	27	100	15	100	3	100
<b><i>Consulta Médica</i></b>								
Esposo	2	29	1	4	0	0	0	0
Ambos	3	43	9	33	4	27	0	0
Ella	2	29	17	63	11	73	3	100
Total	7	100	27	100	15	100	3	100
<b><i>Pagar Medicamentos</i></b>								
Esposo	7	100	5	19	3	20	0	0
Ambos	0	0	21	78	10	67	1	33
Ella	0	0	1	4	2	13	2	67
Total	7	100	27	100	15	100	3	100

Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

## ANEXO Ñ

### TOMA DE DECISIONES EN LA SALUD DE LOS HIJOS SEGÚN PRESENCIA DE VIOLENCIA EMOCIONAL EN EL HOGAR, HACIA LAS MADRES C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011

La decisión de pagar un medicamento o tratamiento, la toma	Ha sido avergonzada, menospreciada, o comparada con otras mujeres				Ha sido amenazada por su esposo con irse, dañarla quitarle a sus hijos o no darle dinero				Le han gritado o llamado la atención porque la comida no estaba lista o no era del agrado de su esposo			
	Sí		No		Sí		No		Sí		No	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Esposo	3	50	12	26	1	8%	14	35	4	22	11	32
Ambos	1	17	31	67	11	92%	21	53	14	78	18	53
Ella	2	33	3	7	0	0%	5	13	0	0	5	15
Total	6	100	46	100	12	100	40	100	18	100	34	100

**Fuente:** Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011



## ANEXO O

### TOMA DE DECISIÓN DE LA MADRE DE ESTUDIAR SEGÚN EDAD Y GRADO DE INSTRUCCIÓN C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011

Si quisiera estudiar o llevar un curso:	Rango de edad								Grado de instrucción							
	15 - 19		20 - 24		25 - 35		35 - 45		Primaria		Secundaria		Técnico		Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Le tendría que pedir permiso a su esposo	0	0	1	4	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0	0
Le pediría opinión a su esposo y ello influiría en su decisión final	1	14.5	2	7	0	0	0	0	3	21	0	0	0	0	0	0
Le pediría opinión al esposo pero ella tendría decisión final	5	71%	11	41	5	33	1	33	6	43	16	55	0	0	0	0
Tomaría la decisión por ella misma	1	14.5	13	48	10	67	2	67	4	29	13	45	3	100	6	100
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

**Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011**

## ANEXO P

### TOMA DE DECISIÓN DE LA MADRE DE ESTUDIAR SEGÚN EMPODERAMIENTO EN LA DIMENSIÓN ECONÓMICA C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011

Si quisiera estudiar o llevar un curso:	Nivel de empoderamiento en la dimensión económica					
	Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%
Le tendría que pedir permiso a su esposo	1	10	0	0	0	0
Le pediría opinión a su esposo y ello influiría en su decisión final	0	0	3	9	0	0
Le pediría opinión al esposo pero ella tendría decisión final	2	20	19	56	1	13
Tomaría la decisión por ella misma	7	70	12	35	7	88
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

## ANEXO Q

### RELACIÓN ENTRE TOMA DE DECISIONES IMPORTANTES Y TOMA DE DECISIONES EN LA EDUCACIÓN DE LOS HIJOS C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011

Toma decisiones importantes	La decisión del nido o colegio al que asisten los hijos la toma						La decisión de los castigos que van recibir los hijos la toma						La decisión de cuando van a recibir castigo los hijos, la toma					
	Esposo		Ambos		Ella		Esposo		Ambos		Ella		Esposo		Ambos		Ella	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Esposo	6	37,5	4	16,5	0	0	5	36	5	18	0	0	5	38,5	5	19	0	0
Ella	0	0	4	16,5	3	43	0	0	4	14	3	60	0	0	4	15	3	37,5
Ambos	10	62,5	16	66	4	57	9	64	19	68	2	40	8	61,5	17	66	5	62,5
Total	16	100	24	100	7	100	14	100	28	100	5	100	13	100	26	100	8	100

**Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011**

## ANEXO R

### VIOLENCIA HACIA LA MUJER EN EL HOGAR C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011

Tipos de violencia	Sí		No		Total
	N	%	N	%	
Su esposo le ha dejado de hablar por alguna discusión	27	52	25	48	100%
Ha sido avergonzada, menospreciada, o comparada con otras mujeres	6	12	46	88	100%
Le han destruido, tirado o escondido cosas de ella o el hogar	0	0	52	100	100%
Ha sido amenazada por su esposo con irse, dañarla quitarle a sus hijos o no darle dinero	12	23	40	77	100%
Le han gritado porque la comida no estaba lista o no era del agrado de su esposo	18	35	34	65	100%
Le han gritado o llamado la atención porque la casa esta en desorden	15	29	37	71	100%
Ha sido encerrada, le han prohibido salir o que la visiten	0	0	52	100	100%
Ha sido obligada o le han tratado de obligar a tener relaciones sexuales sin quiera	0	0	52	100	100%
Ha sido amenazada con algún objeto	0	0	52	100	100%
Ha sido empujada o le han jalado el pelo	0	0	52	100	100%
Ha sido golpeada con las manos o algún objeto	0	0	52	100	100%

Fuente: Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

## ANEXO S

### VIOLENCIA FAMILIAR EN EL HOGAR ASOCIADA A EMPODERAMIENTO ECONÓMICO C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011

		Nivel de empoderamiento en la dimensión económica						Chi cuadrado
		Bajo		Medio		Alto		p=
		N	%	N	%	N	%	
Ha sido avergonzada, menospreciada	Sí	4	40%	2	6%	0	0%	0,007
	No	6	60%	32	94%	8	100%	
Ha sido amenazada	Sí	4	40%	8	24%	0	0%	0,134
	No	6	60%	26	76%	8	100%	
Le han gritado o llamado la atención por la comida	Sí	0	0%	18	53%	0	0%	0,001
	No	10	100%	16	47%	8	100%	
Le han gritado o llamado la atención por la casa	Sí	0	0%	15	44%	0	0%	0,004
	No	10	100%	19	56%	8	100%	

**Fuente:** Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011

## ANEXO T

### INDICADORES DEL NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA DIMENSIÓN POLÍTICA C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011

	Ni uno		Uno ó dos		Más de dos	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Que derechos de la persona conoce	20	38%	32	62%	0	0%
Conoce los derechos de la mujer	20	38%	28	54%	4	8%
A cual de estos grupos pertenece	41	79%	11	21%	0	0%
En cual de estas actividades ha participado	48	92%	4	8%	0	0%

**Fuente:** Encuesta realizada a las madres que asisten al consultorio de CRED del C.S. San Juan de Miraflores. Lima 2011