



---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA  
VIOLENCIA EN MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN  
AL HOSPITAL DE APOYO II DE SULLANA DURANTE  
EL PERIODO 2015 - 2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**AUTORA:**

REYES ZAPATA LUZMILA JACKELINE.

**ASESORA:**

OBSTETRA. MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU

**SULLANA – PERÚ**

**2016**



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA  
VIOLENCIA EN MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN  
AL HOSPITAL DE APOYO II DE SULLANA DURANTE  
EL PERIODO 2015 - 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA AUTORA:  
REYES ZAPATA LUZMILA JAKELINE.**

**ASESORA:  
OBSTERA. MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU**

**SULLANA – PERÚ**

**2016**

## **JURADO EVALUADOR**

ANITA ELIZABETH PRECIADO MARCHÁN  
**PRESIDENTA**

AUREA LUCÍA PANTA BOGGIO  
**SECRETARIA**

SILVIA TERESA CORONADO MORALES  
**MIEMBRO**

MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU  
**ASESORA**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios,** por ser mi guía en mi vida,  
Darme fuerza para salir adelante  
Permitir día a día realizar mis sueños  
Iluminándome de sabiduría amor  
y perseverancia .

### **A mis padres:**

Por su amor y dedicación  
Lucha y esfuerzo  
Para ser de mí una profesional  
y ser el orgulloso de la familia

### **A la Universidad Católica**

#### **Los Ángeles de Chimbote:**

Por brindarme la facilidad de estudiar  
Con el personal capacitado.

### **A mi hija y esposo:**

Por ser el motor de mi vida  
Mi futuro, con su amor  
me llene de fuerza  
para salir adelante

### **A la Obst. María E. García:**

Gracias por su apoyo en el curso.

## DEDICATORIA

A dios, por permitir día tras día  
iluminarme para cumplir mis sueños  
de ser una profesional.

A mis padres, por ser mi apoyo  
Un ejemplo de vida  
tras obstáculos salir adelante  
con amor y paciencia.

A mi hermano por su apoyo  
Incondicional, para terminar mi carrera.

A mi familia, siendo el motor de lucha  
un ejemplo de vida para mi hija  
en quien deposito todo mi amor  
y confianza.

## **RESUMEN:**

La investigación tuvo como objetivo general, determinar cuál es la prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acudieron al Hospital de Apoyo II de la provincia de Sullana, durante el periodo 2015 - 2016.

La investigación fue cuantitativa –descriptiva, se escogió una muestra de **290** gestantes, a quienes se les aplicó un cuestionario de 50 preguntas cerradas. Obteniéndose los siguientes resultados: **100%** contestaron haber sufrido violencia. Las gestantes que sufrieron mayor violencia fueron: gestantes jóvenes **68.6%**; gestantes convivientes **76.9%**; gestantes con nivel secundario **53.1%**; gestantes ama de casa **82%**. Violencia física y psicológica **100%**, violencia sexual **67.2%**.

Finalmente, concluye que la mayoría de gestantes encuestadas fueron víctimas de violencia.

**Palabras claves:** Violencia familiar, embarazo.

## **ABSTRACT**

As research had a purpose in general, determine the prevalence and factors associated with violence in pregnant women who attended in the Hospital de Apoyo II in the province of Sullana, during the period 2015-2016. Research was descriptive quantitative, a sample of 290 pregnant women were chosen, who they were applied a questionnaire of 50 closed questions .

The following results: 100% respondents have experienced violence. Pregnant women who suffered violence were greater: 68.6% pregnant young; pregnant women cohabiting 76.9%; pregnant women with secondary level 53.1%; pregnant housewife 82%. Physical and psychological violence 100%, 67.2% sexual violence.

Finally, it concludes that most pregnant women surveyed were victims of violence.

Keywords: Family Violence, pregnancy

## CONTENIDO

<b>1. Hoja del jurado evaluador</b>	iii
<b>2. Hoja de agradecimiento.</b>	iv
<b>3. Hoja de dedicatoria.</b>	v
<b>4. Resumen.</b>	vi
<b>5. Abstract</b>	vii
<b>6. Contenido</b>	viii
<b>7. Índice de tablas.</b>	ix
<b>8. Índice de gráficos.</b>	xi
<b>I. Introducción.</b>	13
<b>II. Revisión de la literatura.</b>	17
2.1 Antecedentes.	17
2.2 Bases teóricas de la investigación.	33
2.3 Bases conceptuales de la investigación	38
<b>III. Metodología</b>	46
3.1 Diseño de la investigación.	46
3.2 Tipo y nivel de la investigación	46
3.3 población y muestra.	46
3.4 Unidad de analices.	47
3.5 Criterios de inclusión y exclusión.	47
<b>IV. Resultados.</b>	57
4.1 Resultados.	57
4.2 Análisis de resultados.	73
<b>V. Conclusión.</b>	78
<b>VI. Recomendaciones.</b>	79
<b>VII. Referencias bibliográficas.</b>	80
<b>VIII. Anexos.</b>	89
8.1 Mapa.	89
8.2 Cronograma de actividades.	90
8.3 Financiamiento.	91
8.4 Encuesta.	92
8.5 Consentimiento informado	95



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Mujeres Gestantes que han sufrido Violencia Física, Psicológica y Sexual durante el embarazo, que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016.	57
Tabla 02: Prevalencia de la Violencia Según Edad, en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016.	59
Tabla 03: Prevalencia de la Violencia Según Estado Civil, en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016.	61
Tabla 04: Prevalencia de la Violencia Según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016.	63
Tabla 05: Prevalencia de la Violencia Según Ocupación en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016.	65

Tabla N° 06: Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II –Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016. 67

Tabla N° 07: Prácticas Asumidas ante la Violencia Sufrida por las Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016. 69

Tabla N° 08: Determinar las Consecuencias de la Violencia en la Vida de las Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016. 71

## ÍNDICE DE GRAFICOS

Grafico 01: Distribución porcentual de la Prevalencia de Violencia en Mujeres Gestantes que han sufrido Violencia Física, Psicológica y Sexual durante el embarazo, que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016.	58
Grafico 02: Distribución porcentual de la Prevalencia de la Violencia Según Edad, en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016.	60
Grafico 03: Distribución porcentual de la Prevalencia de la Violencia Según Estado Civil, en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016.	62
Grafico 04: Distribución porcentual de la Prevalencia de la Violencia Según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016.	64
Grafico 05: Distribución porcentual de la Prevalencia de la Violencia según Ocupación en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016.	66

Grafico 06: Distribución porcentual de los Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II –Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016.	68
Grafico 07: Distribución porcentual de las Prácticas Asumidas ante la Violencia Sufrida por las Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016.	70
Grafico 08: Distribución porcentual de las Consecuencias de la Violencia en la Vida de las Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015- 2016.	72

## I. INTRODUCCION

La dicotomía en la construcción social de hombres y mujeres ha llevado al desarrollo de formas coercitivas de control, especialmente dirigidas a la mujer, las cuales se evidencian en una amplia gama de acciones. La violencia hacia la mujer es una de estas. “Es un problema poco reconocido por los sectores de salud y desarrollo e insuficientemente valorado como problema de salud pública” (citado por Cañola, 2015), a pesar de que es un hecho frecuente y una causa significativa de “morbilidad y mortalidad” (citado por Cañola, 2015) femenina. (1)

Violencia de género, es aquella ejercida por los hombres contra las mujeres. Una de las formas más frecuentes de este tipo de violencia es la ejercida por el marido o compañero sentimental. Es la que se denomina habitualmente «violencia doméstica» o «violencia contra la mujer en la pareja». (2).

Poco a poco la “violencia doméstica está siendo” (citado por Agurto, 2015) “considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer” (citado por Cañola, 2015). “Sin embargo, todavía hay que dividir la totalidad de mujeres afectadas por la violencia en grupos más pequeños para entender la multiplicidad de las causas que la ocasionan. Las mujeres embarazadas víctimas de la violencia constituyen un grupo importante dentro de este tema” (citado por Agurto, 2015). (3)

“Definir violencia ha sido un problema ya que, generalmente, se considera únicamente la parte física es decir los golpes en los cuales queda una marca o huella de haber sido maltratada, sin embargo esa solo es la expresión de los impulsos por medio de los cuales el agresor pudo descargar su ira y, en ocasiones, esta puede ser la última expresión de su agresión, ya que previamente hubo insultos u omisiones que detonaron las agresiones físicas” (citado por Agurto, 2015). (3)

El Ministerio de la Mujer informó que Perú registró 117 mujeres asesinadas en 2010 por sus parejas o ex parejas, la mayoría por motivos de celos. La investigación indicó que 66 mujeres murieron acuchilladas. Otras modalidades usadas fueron la asfixia, las golpizas y los disparos con armas de fuego. La mayoría de casos los homicidios ocurrieron en la casa que "la víctima y el victimario compartían" y los asesinos "premeditaron su delito". Según cifras oficiales, 135 mujeres fueron asesinadas por sus parejas en 2009. Perú no posee datos de 2008 o años anteriores pues las estadísticas sobre "feminicidio" se instauraron en 2009. (4).

En un estudio multi país, que incluyó al Perú, el 51% de mujeres entrevistadas en Lima y 69% en Cuzco reportaron haber sufrido alguna vez violencia física o sexual por parte de su pareja. Del total de mujeres alguna vez embarazadas, el 14.8 % fue víctima de violencia física durante el embarazo en Lima y 27.6%, en Cuzco. Entre las mujeres que habían estado embarazadas alguna vez, el 15% en Lima y 28% en Cusco habían sufrido violencia física en por lo menos un embarazo. (5)

De estas, Un tercio en Lima y más de la mitad en Cusco, habían sido golpeadas con el pie o con el puño en el abdomen. En prácticamente todos los casos el autor de hechos había sido el padre del hijo que llevaba la mujer. En América, una mujer embarazada es mucho más probable que sea asesinada, casi siempre por su compañero sexual, en vez que ella muera por una enfermedad durante el embarazo.(5)

Si bien en la mayor parte de la violencia doméstica los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo la agresión física está dirigida a los senos, el abdomen o los genitales. Por diversas razones, frecuentemente hay un aumento de la violencia durante el embarazo, en muchas ocasiones el primer episodio de violencia física se produce en ese período donde los golpes se dirigen al vientre de la mujer, produciendo abortos o complicaciones en el embarazo.

Una encuesta de hogares mostró que hay una probabilidad del 60,6% mayor que una mujer embarazada sea agredida que una mujer que no lo está. Las adolescentes embarazadas, particularmente entre los 13 y 17 años de edad, corren un alto riesgo de ser víctimas de la violencia por parte de sus parejas. (7).

Es común que en los servicios de salud se pase por alto signos de violencia sin reparar en las graves consecuencias que trae a corto, mediano y largo plazo. Somos testigos de la poca importancia dada a este tema pues forma parte de la vida privada de la paciente, lugar casi impenetrable pero que emite gritos de auxilio. Sullana es una ciudad ubicada a orillas del RIO CHIRA a 4°53'18" de latitud sur, y 80°41'07" de longitud oeste, a una altura de 60 m.s.n.m. limita al norte con el departamento de Tumbes, al sur con la provincia de Piura, al este con la provincia de Ayabaca y la república de Ecuador, y al oeste con las provincias de Talara y Paita. Tiene tatuado este grave problema como una maldición que no se acaba y nos persigue hasta el siglo XXI.

Esta investigación se relaciona con el proyecto línea Cuidados Obstétricos y la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres y Varones según Etapa de Vida, su implicancia en la familia, comunidad, y su interacción con la profesión de Obstetricia en el País, el cual explora la atención integral de la gestante por lo cual evaluar la violencia en esta etapa debido a su alta incidencia en nuestra sociedad ya que los profesionales de la salud deben intervenir desde la etapa reproductiva preconcepción y distinguir los rasgos o las primeras señales de violencia en la mujer para evitar el maltrato durante la etapa de gestación y de existir violencia detectarla durante los controles pre natales que la gestante acude, promoviendo para que la mujer rompa su silencio y denuncie a su agresor evitando así que se vean afectados tanto la salud de la madre como la del bebe.

Por lo cual se planteó la siguiente pregunta de investigación:

“¿Cuál es la Prevalencia y Factores asociados a la Violencia en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II de Sullana durante el Periodo” (citado por Cañola, 2015) 2015 - 2016?

El “objetivo general es determinar cuál es la prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II de Sullana durante el periodo 2015 - 2016, para dar respuesta a este objetivo se plantean los siguientes objetivos específicos” (citado por Cañola, 2015):

“Estimar la prevalencia de la violencia según edad, estado civil, nivel educativo y ocupación; describir los tipos de violencia más frecuentes; identificar cuáles son las prácticas asumidas ante la violencia sufrida y determinar las consecuencias de la violencia en la vida de las mujeres que acuden al Hospital de Apoyo II de Sullana durante el periodo” (citado por Cañola, 2015) 2015- 2016?

“Cuestión que, a su vez, es objeto de particular interés en este momento en el mundo” (citado por Cañola, 2015). “Hay estudios que muestran que el maltrato a la mujer es un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante el embarazo” (citado por Agurto, 2015), “sobre este tema considerado de gran importancia por el impacto social, tanto desde las mujeres que sufren este flagelo” (citado por Cañola, 2015) “como de los proveedores de servicios, considerados como actores importantes” (citado por Agurto, 2015) “para su adecuado abordaje, la prevención y para la promoción de conductas saludables. Por ser un problema social y de derechos humanos, la violencia contra las mujeres es también un problema de salud pública con graves costos. La violencia contra las mujeres embarazadas representa la pérdida de hasta una quinta parte de los años de vida saludables en el período reproductivo de las mujeres afectadas” (citado por Cañola, 2015).

“Esta investigación” (citado por Agurto, 2015) permitirá “contribuir con conocimientos científicos que servirán de base para generar recomendaciones para que los trabajadores de salud, puedan realizar un diagnóstico oportuno y abordaje adecuado de la misma, visualizar las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres” (citado por Cañola, 2015) gestantes.

“La población o universo de estudio estuvo conformada por las 290 gestantes” (citado por Cañola, 2015) que residen en el Hospital de Apoyo II de la provincia de Sullana. El diseño de la investigación fue descriptivo de corte transversal. Para la determinación de la muestra se tomó el 100% de la población.



## **II REVISION DE LA LITERATURA**

### **2.1 Antecedentes:**

#### **A nivel internacional:**

**Arcos E.Chile.2010.(10)**, presentó un estudio acerca del Impacto de la violencia en la mujer sobre su salud reproductiva y neonatal, estudio de 131 mujeres embarazadas, 79 mujeres reconocieron experiencias de violencia doméstica, física y/o emocional, grupo índice, este grupo fue dividido según el tipo de violencia: subgrupo 1 violencia emocional (32 mujeres con experiencias de violencia emocional exclusiva); subgrupo 2 violencia física: (47 mujeres con violencia física y/o emocional), dentro de este subgrupo 17 mujeres constituyeron una categoría de interés ya que comunicaron violencia actual (durante el embarazo).

Las características de las mujeres respecto a edad, talla, antecedentes de aborto y parto prematuro, intervalo intergenésico y uso de métodos anticonceptivos fueron similares en ambos grupos. La proporción de primigestas fue significativamente menor en las mujeres que sufrieron violencia. En el subgrupo violencia emocional se comunicaron una proporción de embarazos no planificados más alta que en el grupo control.

El consumo de tabaco, alcohol y drogas fue bajo y similar en ambos grupos. El promedio de edad gestacional al ingreso a control prenatal fue de 12 semanas, con 11 visitas prenatales. Cuatro de cinco mujeres fueron derivadas a consulta médica por morbilidad obstétrica, con 3 a 4 consultas. La hospitalización en el embarazo también fue similar en ambos grupos.

**Cepeda, A; Morales, F; Henales, M; Méndez, S. México 2011. (8)**

Se obtuvo una muestra de 250 pacientes por conveniencia, embarazadas, durante el primero o segundo trimestre, que acudieron para su atención obstétrica al INPeru; 125 pacientes correspondieron al grupo de violencia y 125 al grupo de no violencia. La media para la edad materna al inicio del estudio fue de 26.62 años, con modas a los 15 y 25 años de edad. La media para la edad de la pareja es de 29.448, con modas a los 25 y 28 años de edad. El estado civil predominante es el de soltera con un 36%, seguido por el de casada con un 34.8% y el de unión libre con un 27.2%.

La escolaridad materna se ubica predominantemente en el nivel secundaria (43.2%) y preparatoria (37.6%), llamando la atención que el nivel educativo observado en las mujeres es mayor que el de sus parejas, diferencia que mediante estadística no paramétrica (Wilcoxon, signos y McNemar) es estadísticamente significativa.

La ocupación predominante entre las mujeres fue el hogar, con un 71.2% y un porcentaje de desempleo del 0.8%, mientras que en sus parejas fue el empleo informal con un 48.8%, con un porcentaje de desempleo del 8.4% y un porcentaje de trabajadores el sector formal del 31.6%.

El nivel socioeconómico determinado por el departamento de trabajo social se distribuyó sin diferencias estadísticamente significativas entre bajo, intermedio y alto, con ligero predominio del nivel medio (38.4%). En relación a las semanas de gestación al inicio del estudio la medida fue de 15 semanas, con moda a las 12 semanas y el percentil 75 a las 18 semanas. Para el número de gestaciones, en nuestra población fue el psicológico con 56%, seguido del físico con un 27%, población estudiada 48% fue primigesta y el 22% segundigesta, cumpliendo el 56% criterios para considerarse como embarazos de alto riesgo desde su ingreso al instituto.

Las condiciones más frecuentes para determinar embarazo de alto riesgo incluyen el embarazo adolescente, con una incidencia del 14.8%, la diabetes estacional 10.8%, preeclampsia con un 8.4% y la edad materna avanzada con un 8%. El tipo de violencia más observado en nuestra población fue el psicológico con un 56%, seguido del físico con un 27%.

**Marisol Lila 2010, España (11)**, investigó acerca de la prevalencia y severidad de la violencia contra la mujer durante el embarazo en las relaciones de pareja, dado que es un problema social que afecta a miles de mujeres en todo el mundo. Sin embargo el “descubrimiento” de la violencia de género como problema social es un hecho relativamente reciente. Se ha esperado casi más de 20 años desde que se inicia el interés científico por este fenómeno para que sea considerado un problema de salud pública de primer orden para organizaciones internacionales y gobiernos, así como un abuso de los derechos humanos, con una elevada prevalencia en todo el mundo.

Teniendo una muestra de 800 mujeres entre los 18 y 55 años se determinó que: el 3,6 % de las mujeres españolas mayores de edad declara haber sido víctima de malos tratos, durante el último año, por alguna de las personas que conviven en su hogar, o por su pareja, aunque no conviva con la mujer. Además el 9,6% de las mujeres españolas de 18 y más años son consideradas “técnicamente” como maltratadas.

De acuerdo con este estudio, aunque la mayor parte de los actos de violencia doméstica contra la mujer son causados por la pareja, otros miembros de la familia también son responsables de los malos tratos.

Además de estas cifras de prevalencia, es importante destacar las consecuencias que tiene este tipo de violencia. Las estadísticas apuntan que la violencia en el seno de la familia sería la principal causa de muerte e invalidez de las mujeres de 16 a 44 años, por delante del cáncer o los accidentes de tráfico.

Los resultados también indican que el 55% de las encuestadas que sufrieron violencia doméstica tienen como resultado lesiones físicas o consecuencias sobre la salud mental. El 19% de las mujeres habían sido golpeadas en la cara, el 22% en el cuerpo, brazos, abdomen o piernas y al 14% le habían propinado patadas. El 50% de estas mujeres requirieron atención médica para tratar las lesiones que habían sufrido. Otros síntomas asociados frecuentemente con mujeres víctimas de violencia son dolor crónico y sintomatología relacionada con el sistema nervioso central, problemas gastrointestinales y trastornos cardíacos.

**Marroquín, M. México 2012.(12)** En esta investigación planteamos la forma de que en el artículo 295 de nuestro Código Familiar se adicione un párrafo en el que se siga de oficio el hecho ilícito cuando la mujer embarazada y su producto corren riesgo por maltrato en el ámbito familiar. En esta investigación planteamos que toda mujer embarazada debe ser protegida del maltrato que sufre en el ámbito Familiar, por lo que debe ser adicionando un párrafo en el artículo 295 del Código Familiar para el Estado de Michoacán de Ocampo que proteja a miles de mujeres embarazadas que siendo víctimas de la violencia intrafamiliar no logran tener un embarazo normal ya que corren el riesgo de que no llegara a sobrevivir el producto. Muchas mujeres no se atreven a presentar una querrela contra la persona que las agredió por temor, si se siguiera de oficio este delito que tanta polémica tiene tal vez disminuiría el maltrato que sufren estas personas tanto físico como psicológico.

**Vega G, Hidalgo D, Toro J. Venezuela 2012. (13).** 266 mujeres (66,5 % del total) había sufrido algún tipo de violencia, más de uno en algunos casos, predominando la violencia psicológica (66,25 %), seguida por la violencia física (38,25 %), siendo el grupo erario de la segunda década el más afectado para todos los tipos de violencia. El agresor más frecuente fue la pareja actual de las afectadas por violencia psicológica, física y sexual.

En el grupo de embarazadas hubo 61,06 % casos de violencia. Alrededor de la mitad de las encuestadas (52,25 %) conocen los mecanismos de denuncia en caso de ser víctimas de violencia, aunque solo 20,3 % de las agredidas han denunciado alguna situación de violencia.

**Anabel Hernández Carbajal 2012, Toluca -México (14)**, realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, siendo la muestra mujeres de 25-35 años con diagnóstico confirmado de embarazo. Se realizaron encuestas a 106 embarazadas, de las cuales solo 105 cumplieron con criterios de inclusión, se observa el número de embarazadas violentadas que corresponde a un porcentaje de 35.2 %, donde 34 pacientes (32.4 %) sufrieron violencia psicológica en el embarazo, 9 violencia física (8.6 %) y un individuo con violencia sexual durante la gestación.

**Ximena Verónica BohleUrrutia2010, Chile –Valdivia (15)**, investigación de Magnitud y Características de la violencia doméstica en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Clínico Regional Valdivia, obteniendo los siguientes resultados: La edad promedio de las mujeres entrevistadas fue de 26 años en un rango entre los 14 y 46años, el 23% eran adolescentes (14a19años), el 59.1% tenía entre 20 y34 años y el 17,1% entre los 35 y 46 años. El 70,6% residía en zonas urbanas y el 29,4% en zonas rurales.

En cuanto a la escolaridad el 28,5% poseía escolaridad básica completa o menos, el 25,5% y el 36,2% contaba con estudios medios incompletos y completos respectivamente, un 9,8% contaba con estudios superiores. El 70,6% de las mujeres eran dueñas de casa, y solo el 13,6% realizaba algún tipo de trabajo remunerado. El 90,3% de las mujeres mantenían una relación de pareja, de estas el 46,4% mantenían relación de convivencia y el 27,7% estaba casada mientras que un 9,7% no tenía pareja al tiempo de la entrevista.

Del total de las mujeres entrevistadas un 13,2% fueron víctimas de violencia durante el embarazo, en todos los casos el victimario fue la pareja. En dos mujeres el embarazo fue producto de una violación (0,8%). Cuando se realizó la pregunta directa sobre experiencia de violencia, un 8,9% de las mujeres respondieron afirmativamente, porcentaje que aumentó a un 13,2% al indagar en forma detallada sobre las manifestaciones de la violencia. Esto significa que 31 mujeres fueron víctimas de violencia durante el embarazo, sin embargo 10 de ellas, (32,2%), no lo reconocieron con la pregunta directa.

En relación a la naturaleza de la violencia, la prevalencia de violencia psicológica fue de un 12,8%, violencia física y sexual un 2,1% y un 1,3% respectivamente. La prevalencia de violencia aproximadamente un año previo al embarazo correspondió a un 16,2%, violencia psicológica 13,6%, violencia física 8,1% y sexual 3,4%. En las mujeres maltratadas durante el embarazo se exploró la relación entre inicio de la violencia y el embarazo. Se determinó cuando comenzaron los actos violentos, antes (aproximadamente un año previo) al embarazo o durante éste.

En más de la mitad de los casos (51,6%) de las mujeres maltratadas, la violencia se inició en el transcurso de la vida en común antes del embarazo y un porcentaje importante (48,4%) informó que los maltratos comenzaron durante el embarazo.

Un alto porcentaje de mujeres expresaron que la forma de violencia más frecuente fue la psicológica (96,7%). En relación a la frecuencia de violencia física y sexual estas fueron de un 16,1% y un 9,6%. En cuanto a los tipos de violencia física, la violencia física leve correspondió a un 19,4% y la violencia física grave a un 9,7% de las mujeres violentadas.

Se observó que con mayor frecuencia los agresores acudieron al uso de violencia psicológica durante el embarazo y hubo un incremento en su frecuencia durante este período en comparación a un año previo a él aproximadamente.

La violencia física no presentó una marcada variación antes y durante el embarazo y la violencia sexual disminuyó en frecuencia e intensidad durante el embarazo. El perfil sociodemográfico de las mujeres que han sido víctimas de algún tipo de violencia conyugal durante el embarazo, muestra que la edad promedio correspondió a 27 años, con mayor frecuencia se encontró la escolaridad media completa (48,3%), con actividad dueña de casa (64,5%), estado conyugal conviviente y término de la relación de pareja nomás de un año previo al embarazo, ambas con un 32,3%, tiempo de unión de la pareja se concentró entre 1 y 5 años (54,8%), para un porcentaje importante de mujeres este era su primer hijo 45,2% y un 29% tenía más de tres hijos durante el curso del último embarazo. El 48,4% contaba con vivienda propia y un 41,9% vivía como allegados. El 80,6% de mujeres víctimas de violencia no planificaron su embarazo. Se describe una diferencia significativa en relación con las mujeres que durante el embarazo no fueron víctimas de violencia intrafamiliar ya que sólo un 45,6% no planificó su embarazo.

**Vieira. L, Ferreira. R, Moreira. G, Gondim. A, Araujo. M, Silva. Brasil 2013**  
**(16)** Entre las 939 fichas analizadas, la frecuencia de sobre posición de violencia contra la mujer fue de 73,9% (694). Solamente un tipo de violencia fue experimentado por 245 mujeres (26,1%), distribuidos entre violencia psicológica/moral (85,7%), física (74,9%), negligencia/abandono (18,2%), sexual (13,3%), patrimonial (4,0%) y tortura (2,7%). La edad promedio de las mujeres víctimas de violencia analizadas fue de 33,26 años (DE=11,05). El promedio de edad entre las mujeres víctimas de dos o más tipos de violencia fue de 33,32 años (DE=10,57) y en el grupo de un tipo de violencia fue de 33,08 años (DE=12,30).

Las mujeres casadas que tenían edad igual o superior a 30 años, que poseían escolaridad variando de analfabeta a enseñanza fundamental, que eran morenas, que estaban desempleadas, que mantenían relaciones sexuales solo con hombres; que no estaban embarazadas y que no poseían deficiencia, fueron las más frecuentes se observa que la variable escolaridad presentó significancia estadística ( $p=0,029$ ) con

el hecho de la mujer ser víctima de dos o más tipos de violencia, por otro lado la situación conyugal, el intervalo de edad, el color, la ocupación, las relaciones sexuales, el estar embarazada y el poseer algún tipo de deficiencia, no presentaron significancia estadística ( $p > 0,05$ ). En el grupo de las mujeres que sufrieron dos o más tipos de violencia, la frecuencia del local de la agresión fue mayor en la residencia (89,9%); la violencia fue recurrente (91,4%); con la participación de un agresor (88,2%); del sexo masculino (97,5%); del compañero íntimo de la víctima (73,8%); y sospecha de consumo de alcohol (66,5%). Entre las mujeres que sufrieron un tipo de violencia, también predominó la residencia (81,6%); la agresión ocurrió otras veces (80,5%); con un agresor participando (89,5%); del sexo masculino (96,6%); compañero íntimo de la víctima (65,8%); y con sospecha de uso de alcohol (57,7%).

**Karen Devries, Sunita Kishor, Holly Johnson, Heidi Stockl, Loraine J Bacchus, Claudia García Moreno, Charlotte Watts**2010, España (41), se propusieron describir la prevalencia de violencia de pareja íntima (VPI) durante el embarazo en 19 países y examinar las tendencias en diferentes grupos etarios y regiones de la ONU. Se realizó un análisis de datos secundarios de las Encuestas Demográficas y de Salud (20 encuestas de 15 países) y de las Encuestas Internacionales sobre Violencia contra las Mujeres (4 encuestas de 4 países) realizadas entre 1998 y 2009. Los datos indican que la violencia de pareja íntima durante el embarazo es una experiencia común. La prevalencia de la VPI durante el embarazo varió de un 2.0% en Australia, Camboya, Dinamarca y Filipinas al 13.5% en Uganda entre mujeres alguna vez embarazadas, que alguna vez tuvieron pareja; la mitad de las encuestas calcularon una prevalencia del 3.9% al 8.7%.

La prevalencia pareció ser más alta en países africanos y latinoamericanos comparada con los países europeos y asiáticos encuestados. En la mayoría de los entornos, la prevalencia era relativamente constante en los grupos más jóvenes (de 15 a 35 años) y pareció disminuir muy poco después de los 35 años de edad. La violencia de pareja íntima durante el embarazo es más común que algunos problemas



de salud materna para los cuales se hacen pruebas de detección sistemática durante la atención antenatal. Las iniciativas internacionales por disminuir la tasa de mortalidad materna y mejorar la salud materna deben dedicar mayor atención a la violencia contra las mujeres, particularmente la violencia durante el embarazo.

### **Al Nivel Nacional:**

**Lam, N Lima Perú. 2010 (17)** La muestra estuvo conformada por 593 gestantes, con un promedio de edad de 28.6 años (rango 20 - 45). La tabla 1 describe las variables que caracterizan el perfil epidemiológico de la muestra estudiada, 81.1% compartía techo de vivienda con su pareja (casadas/convivientes), 54.8% refirió tener estudios secundarios. Siete de cada diez gestantes (69.1%) se dedicaban exclusivamente a labores domésticas. Un 36.8% era primigesta y 27.2% refirió al menos un antecedente de aborto. El 73.4% refirió haber iniciado su control prenatal en el primer trimestre.

El promedio de edad (32 años), con un rango entre 19 a 62 años y un 44.4% con estudios superiores. Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.836 para EPDS.

Estructura multidimensional de dos factores que explica el 54.67% de la varianza. La prevalencia de casos probables de depresión mayor de 34.1%. Según regresión logística, fueron factores asociados independientes para probable depresión mayor: antecedente de aborto (OR=1.71;IC95%:1.15-2.54;p<0.01), no planificación de embarazo (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66; p<0.01), apoyo emocional (OR:0.45; IC95%: 0.26-0.78; p<0.01), apoyo afectivo (OR:0.29; IC95%: 0.19-0.43; p<0.05), antecedente de violencia.

La EPDS es un cuestionario confiable y posiblemente válido para ser utilizado en la identificación de sintomatología depresiva y de probables casos de depresión mayor en población gestante de Lima (Perú). El estudio revela una alta prevalencia de casos

probables de depresión mayor y encuentra asociaciones significativas en relación a los factores psicosociales referidos por la literatura especializada.

**Pacora. Lima.2010. (18)** La violencia por la pareja contra la mujer ocurre aproximadamente en el 60% de las mujeres no gestantes. En el embarazo la violencia física perpetrada por la pareja llega al 15% en Lima y 28% en Cusco. Por lo tanto, la violencia por la pareja es más frecuente que cualquier complicación obstétrica en el Perú y debe ser identificada en el embarazo. Estas mujeres se caracterizan por ser solteras, tener bajo nivel de educación, iniciar la atención prenatal tardíamente o no tener atención prenatal, abusar de sustancias tóxicas, presentar depresión, hiperémesis, hipertensión arterial, parto prematuro, muerte fetal, aborto, infecciones recurrentes, hemorragia por vía vaginal, restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacer y parto distócico.

**Juan Carlos Saravia, Mirian Mejía, Silvia Becerra, Anita Palomino 2012, Perú, (19)**, investigación realizada con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados de violencia contra la mujer durante el embarazo. Se analizaron 12587 mujeres que alguna vez estuvieron embarazadas. Se evaluaron la prevalencia y los factores asociados con la violencia como: el principal agresor, si alguna vez la habían humillado, amenazado con hacerle daño o detener la ayuda económica.

Se realizaron análisis bivariados para determinar la asociación entre los factores socio-demográficos y el antecedente de haber sido víctima de violencia durante el embarazo mediante el cálculo del Odds Ratio. Además, se ajustó un modelo de regresión logística múltiple utilizando variables sociodemográficas junto con las variables de situaciones de control.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: La prevalencia de violencia física durante el embarazo fue de 11%. El 49.05% reportaron haber sido agredidas por el marido, 29.44% por la ex pareja. El 22.4% fueron humilladas por el esposo, 21.6% fueron amenazadas por el esposo de irse de la casa y detener la ayuda económica y 11.8% amenazaron con hacerle daño. Las mujeres de estrato socioeconómico medio tienen una probabilidad 64% mayor de sufrir violencia durante el embarazo en comparación a niveles más pobres.

Un mayor grado de instrucción reduce en 44% la probabilidad de reportar agresión. El haber recibido amenazas aumenta 6 veces la probabilidad de sufrir violencia, el haber sido humillada por la pareja representa 5.5 veces mayor probabilidad de recibir agresión. Privarlas de ayuda económica, significó tener 4.5 veces más probabilidad de sufrir este tipo de violencia. Finalmente, según la regresión logística las mujeres que sufrían de humillación o algún tipo de amenaza tenían un 73–80% más probabilidad de sufrir violencia durante el embarazo, en comparación a las mujeres que no.

**Escribens P, Perú 2011. (20)** La violencia sexual en el Perú es una problemática de salud pública, que pese a algunos esfuerzos llevados a cabo desde el Estado y la sociedad civil, sigue siendo un problema de gran magnitud. Las cifras dan cuenta de un aumento en el registro de casos de violencia sexual, lo que es positivo ya que mayor número de víctimas estaría denunciando estos hechos. Según el INEI, en el año 2005 se realizaron 365 consultas por violación sexual en consultorios jurídicos populares, 589 en el año 2006 y 812 en el año 2007.

Asimismo, según la estadística de los Centros de Emergencia Mujer (CEM) del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), en el año 2006 se atendió 2803 casos de violencia sexual contra mujeres, mientras que sólo 301 hombres consultaron por este tipo de violencia sufrida. Estas cifras se incrementaron para el

año 2007, en el que 3382 mujeres fueron atendidas por situaciones de violencia sexual, mientras que 306 hombres fueron atendidos por esta misma problemática.

**Lam.N, Contreras. H, Mori. E, Hinostroza. W, Hinostroza. R, Torrejón. E, Coaquira. E, Hinostroza W. Lima 2010. (21)** La muestra estuvo conformada por 593 gestantes, con un promedio de edad de 28.6 años (rango 20 - 45). La Tabla 2 describe las variables que caracteriza el perfil epidemiológico de la muestra estudiada. El 81.1% compartía techo de vivencia con su pareja (casadas/convivientes), el 54.8% refirió tener estudios secundarios. Siete de cada diez gestantes (69.1%) se dedicaban exclusivamente a labores domésticas.

El 36.8% eran primigestas y 27.2% refirió al menos un antecedente de aborto. 73.4% refirió haber iniciado su control prenatal en el primer trimestre. En cuanto a la pareja, fue mayor el promedio de edad (32.11), con un rango entre 19 a 62 años y con estudios superiores 44.4%. El nivel educativo de la gestante también se relacionó significativamente con sintomatología depresiva, presentando mayores niveles de depresión las gestantes con menor nivel educativo; en cuanto al nivel educativo de la pareja, se encontró que aquellas gestantes cuya pareja contaba con estudios superiores presentaban mayores niveles de depresión según la EPDS en relación a aquellas gestantes cuya pareja sólo presentaba estudios primarios y/o secundario. Significativamente con sintomatología depresiva. El análisis según el punto de corte reveló una prevalencia de probables casos de depresión mayor de 34.1%.

Dichos casos no presentaron significativas diferencias según edad de la gestante ni edad de la pareja. Pánico y desesperanza) obtuvieron las medias más altas en relación a los componentes del Factor 2 (componente depresiva: risa, disfrute, infelicidad, tristeza, llanto, ideación suicida). El cálculo de las medidas de riesgo (crudo) reveló los siguientes factores de riesgo: antecedente de aborto, no planificación del embarazo y antecedente de violencia.

Los factores de protección encontrados fueron: primigesta, adecuado apoyo emocional, adecuada interacción social y adecuado apoyo afectivo. No resultaron significativos ni el desempleo, ni la convivencia. Luego de la aplicación de la regresión logística (OR ajustado), los únicos factores independientes que permanecieron con significancia fueron: antecedente de aborto, no planificación del embarazo, adecuado apoyo emocional y antecedente de violencia.

**Marlena. D, Salvatierra. A, San Juan del Lurigancho 2011. (22)**

El promedio de edad de las puérperas adolescentes fue  $17.1 \pm 1.2$  años. Del total de participantes, 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta, 50.9% manifiesta estado civil de soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%).

En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), ruptura prematura de membranas (8.6%), pre eclampsia (8.6%), parto pre término (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal. En presencia de violencia intrafamiliar, se obtuvo diferencia significativa para la infección del tracto urinario, anemia y parto pre término. La preeclampsia fue significativa en el grupo con violencia física. El parto pre término fue el único resultado materno con asociación significativa ( $p < 0.05$ ) para los diferentes tipos de violencia intrafamiliar.

**Susana Elsa Ku Carbonell 2009, Lima-Perú (23)**, investigación a fin de determinar la violencia de género durante la gestación y su repercusión en el parto y el recién nacido en el Hospital María Auxiliadora. La muestra fue de 152 puérperas atendidas de parto. Se empleó la entrevista mediante cuestionario semi estructurado, la historia clínica perinatal y el partograma, obteniendo los siguientes resultados:

El 25,3% de las mujeres manifestó haber padecido algún tipo de violencia. La principal fue la física (49%) y casi sin diferencia la psicológica (45%). El principal autor de la violencia fue la pareja (61%), quien ejerció en su mayoría violencia física (41%). Para quienes fueron afectadas por esta última, el parto fue vaginal (31%), cesárea (18%); parto normal (25%) y prolongado (22%), no trabajo de parto (2%). Al explorarse las características del recién nacido para las mujeres afectadas por violencia física, 29% no cursó con sufrimiento fetal, 14% tuvieron bradicardia y 6% taquicardia; 32% presentaron un Apgar normal; 13%, depresión severa, y 4%, depresión moderada.

**Dora Blitchtein Winicki, Esperanza Reyes Solari 2010, Perú (24).** Realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar los factores asociados de violencia física reciente (en el último año) de pareja, hacia la mujer gestante en el Perú. Para ello se realizó un análisis secundario de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2007-2009. Se incluyó a 12 257 mujeres convivientes o casadas que respondieron al módulo de violencia, con esta información se realizó la categorización de antecedente de violencia física infringida por la pareja. Se llevaron a cabo análisis descriptivos y regresiones logísticas uni variadas y multivariadas para muestras complejas.

Los resultados fueron los siguientes: La prevalencia de violencia física a nivel nacional fue de 14,5%, con variación entre regiones geográficas (9,7 a 18,9%). El factor asociado con un mayor riesgo es que la pareja se embriague con frecuencia (OR: 7,2; IC 95%: 5,4-9,6) y que la pareja controle o limite las visitas de la mujer a familiares o amigos (OR: 4,1; IC 95%: 3,3-5,0); otros factores asociados son el antecedente de agresión física del padre hacia la madre, el haber tenido uniones previas de pareja, ser conviviente, tener mayor nivel de educación que la pareja o el desbalance en la toma de decisiones en la pareja.

Entre los factores asociados con un menor riesgo, estuvieron la comunicación y respeto dentro de la pareja (OR: 0,3; IC 95%: 0,2-0,3) y el que la mujer tenga algún tipo de seguro de salud. Concluyendo que diversos factores individuales, de relaciones de pareja u otros factores, están asociadas con una mayor probabilidad de violencia de pareja contra la mujer. Otros factores, como la comunicación y el respeto en la pareja, podrían tener carácter protector.

### **Al Nivel Regional:**

**Palomino. Piura. 2010. (25)**, cuya investigación se realizó junto a dos diarios importantes a nivel nacional y local: “La República” y “Comercio”. Estas fuentes fueron elegidas teniendo en cuenta criterios tales como la cobertura, la forma de abordar la noticia y su grado de detalle respecto a la violencia, los resultados obtenidos en su mayoría reflejan una actitud discriminatoria a la mujer frente a la violencia y que representa en su grado de total vulnerabilidad que afecta de manera psicológica, física y sexual más aun cuando la mujer se encuentra en una etapa de gestación, de la muestra de 265 mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia, el 58% de víctimas se encontraba entre los 17 y 34 años de edad.

En tanto que el 17% tiene entre 35 y 52 años, mientras que un 10% está entre los 53 y 70 años de edad, en promedio, sólo en el 12% de casos el agresor era una persona desconocida al entorno de la víctima. Esto significa que la mayor parte de los agresores eran conocidos de la agredida y, de hecho, mantenían relaciones sentimentales con ella.

**Evelina Rondón Abuhadba 2010, Chiclayo (42)**. Realizó una investigación acerca de la prevalencia y características de la violencia intrafamiliar en gestantes usuarias del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de la ciudad de Chiclayo durante el período comprendido en setiembre 2009y marzo 2010. Obteniendo los siguientes resultados:

Las mujeres que participaron en este estudio fueron en su mayoría de más de 35 años de edad, con una media de edad de 33 años (DS = 5,3). En general, 17% de las mujeres gestantes experimentó violencia doméstica en cualquiera de sus formas. Un 44% de gestantes violentadas tuvo edad mayor a 35 años. El 43% de las gestantes con violencia doméstica eran convivientes. Las mujeres psicológicamente violentadas en este estudio, tienden a tener una edad media de 32,2 años, son convivientes, y cuentan con bajos ingresos económicos mensuales. Por su parte, las mujeres que sufrieron abuso físico fueron también jóvenes (23,3 años), convivientes, cuya pareja bebía alcohol, y tenía experiencias previas de abuso. El 42% tenían educación secundaria y el 28% eran analfabetas. La prevalencia de la violencia psicológica en el presente estudio, fue de 36%. En relación a los actos de violencia física y violencia sexual, el presente estudio encontró que el 43% de las mujeres sufrió violencia física y el 15% de violencia sexual durante el embarazo. El presente estudio encontró que más del 6% de las mujeres experimentaron al menos dos tipos de violencia durante el embarazo. En nuestro estudio el 36% de las mujeres eran amas de casa, y el 13% no contaban con ingresos económicos propios. La encuesta identificó que el 37% (n = 104) de las mujeres embarazadas informaron que su esposo estaba celoso obtenían sospechas de los varones conocidos por las mujeres gestantes. El 47% de las mujeres (n = 132) informó que la violencia doméstica no sucedía por vez primera, si no que era la repetición y continuación de anteriores episodios de agresión. Al evaluar las respuestas de las mujeres gestantes frente a la violencia doméstica, un 38% de las mujeres en el presente estudio afirma que durante los incidentes violentos guardaba silencio o lloraba y no hacía nada, porque no sabía qué otra cosa podría hacer a fin de detener la violencia. 47% de ellas buscó atención médica tras la violencia sufrida y el 12% hizo la respectiva denuncia policial.



## **“2.2. Bases teóricas de la investigación:”** (citado por Sánchez, 2015)

“Existen teorías que tratan de explicar el fenómeno de la violencia; sin embargo, no siempre lo logran pues parecen ser inadecuadas para explicar la naturaleza compleja del fenómeno y para brindar directrices precisas para su prevención control y tratamiento. Estas teorías son tan diversas que se trataran teniendo en cuenta los siguientes enfoques: psiquiátricos, sociales o psicológicos, legal o jurídica y médico” (citado por Sánchez, 2015).

**Desde la “Perspectiva psicoanalítica:** explica la violencia a través de las características del agresor. Tales características pueden ser enfermedad mental, defectos de la personalidad, sicopatología, socio patología y abuso de alcohol y drogas. No obstante” (citado por Sánchez, 2015), “algunas investigaciones han indicado que menos del 10% de los casos de violencia son atribuibles exclusivamente a los rasgos de personalidad, enfermedad mental o a la sicopatología” (26)

### **Modelo Biológico de Violencia**

En la generación de la conducta agresiva el cerebro es un órgano de extraordinaria complejidad cuyo funcionamiento es responsable de modulación de la conducta agresiva en varios niveles cerebrales, desde el hipotálamo ubicado en la parte inferior del cerebro hasta la corteza cerebral. Según el criterio científico, el circuito emocional, especialmente la amígdala desempeña funciones reguladoras de la agresividad. Estudios experimentales en laboratorio con monos, con gatos certifican la importancia de las áreas cerebrales señaladas como también la jerarquía del nivel más alto del control ubicado en el área pre-frontal de la corteza. Pacientes que sufren una lesión cortical pueden volverse agresivos e irritables o violentos.

**“Teoría del aprendizaje social:** la conducta agresiva puede adquirirse meramente por la observación y la imitación de la conducta de los modelos agresivos y no requiere de la existencia de un estado de frustración previa; según esta concepción Lara sostiene que la agresión no existiría sin una pulsión agresiva de tipo innato ni tampoco existen estímulos específicos desencadenantes de la conducta agresiva, sino que sería el resultado de procesos de aprendizaje” (citado por Sánchez, 2015). (27).

**La “teoría Feminista** la cual es mucho más que una doctrina social; es también una ideología y una teoría, que parte de la toma de conciencia de las mujeres como colectivo humano subordinado, discriminado y oprimido por el colectivo de hombres en el patriarcado, para luchar por la liberación del sexo y género. El feminismo no se circunscribe a luchar por los derechos de las mujeres sino a cuestionar profundamente y desde una perspectiva nueva, todas las estructuras de poder, incluyendo, pero no reducidas a, las de género. De ahí que, cuando se habla de feminismo, se aluda a profundas transformaciones en la sociedad que afectan necesariamente a hombres y mujeres” (citado por Sánchez, 2015) (28).

**“Perspectiva jurídica:** al referirnos a este enfoque es imprescindible incluir a la teoría de género el cual es un conjunto de conocimientos sistematizados, que ayudan a explicar y analizar las relaciones sociales” (citado por Sánchez, 2015) “entre mujeres y hombres, en el hogar y en la sociedad” (citado por Agurto, 2015). “Dentro de su ámbito de estudio también aborda la problemática existente, como lo es la desigualdad en el ejercicio de derechos de hombres y mujeres, sean casados o convivientes; El enfoque de género utiliza los elementos de la teoría de género para analizar las relaciones sociales entre hombres y mujeres; además sobre la base de este enfoque se diseñan políticas nacionales y ejecución de proyectos, que promuevan el acoplamiento de relaciones equitativas entre ambos. Para que esto pueda ser posible, en el proceso de construcción de la teoría de género se hace necesario diferenciar la palabra sexo de la palabra género, porque tradicionalmente se ha utilizado género como sinónimo de sexo” (citado por Sánchez, 2015). (29).

**“Marco legal:”** (citado por Agurto, 2015)

La “violencia contra la mujer es mucho más que un problema de salud pública; se trata de una infracción de los derechos humanos de la mujer, por ejemplo, del derecho a la integridad corporal. También afecta a su capacidad de ejercer otros derechos humanos, como el de alcanzar los mayores niveles posibles de salud, o los derechos sexuales o reproductivos. Las muchas formas de discriminación que la mujer sufre en la sociedad refuerzan y condonan la violencia” (citado por Cañola, 2015). (30)

“Muchos países todavía no han ratificado las convenciones sobre derechos humanos como la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, que proporciona el marco para la revisión de las leyes que comenzarán a apoyar la reducción de las desigualdades existentes entre mujeres y hombres y otros problemas como el de la violencia contra la mujer” (citado por Cañola, 2015). (30)

La “necesidad de reforzar la seguridad jurídica en la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo ha sido enfatizada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en su sentencia de 20 de marzo de 2007 en la que se afirma, por un lado, que” (citado por Agurto, 2015) «en este tipo de situaciones las previsiones legales deben, en primer lugar y ante todo, asegurar la claridad de la posición jurídica de la mujer embarazada» y, por otro lado, que «una vez que el legislador decide permitir el aborto, no debe estructurar su marco legal de modo que se limiten las posibilidades reales de obtenerlo». (30)

“En una sociedad libre, pluralista y abierta, corresponde al legislador, dentro del marco de opciones que la Constitución deja abierto, desarrollar los derechos fundamentales de acuerdo con los valores dominantes y las necesidades de cada momento histórico. La experiencia acumulada en la aplicación del marco legal vigente, el avance del reconocimiento social y jurídico de la autonomía de las mujeres tanto en el ámbito público como en su vida privada, así como la tendencia

normativa imperante en los países de nuestro entorno, abogan por una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo presidida por la claridad en donde queden adecuadamente garantizadas tanto la autonomía de las mujeres, como la eficaz protección de la vida prenatal como bien jurídico” (citado por Agurto, 2015). (30)

“Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Resolución 1607/2008, de 16 abril, reafirmó el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo y en ese contexto, a que la decisión última de recurrir o no a un aborto corresponda a la mujer interesada y, en consecuencia, ha invitado a los Estados miembros a despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables” (citado por Agurto, 2015). (31)

**“Modelo de salud pública:”** (citado por Agurto, 2015)

A pesar de “que la violencia contra la mujer ha sido reconocida como” (citado por Cañola, 2015) “un asunto legítimo de derechos humanos, su tratamiento como asunto de salud pública ha sido insuficiente, desconociéndose así los efectos tanto psicológicos como físicos en la salud de las mujeres, y el posible impacto acumulativo de la violencia a lo largo de la vida. Asimismo, aún en países desarrollados, existen pocos estudios sobre la carga” (citado por Agurto, 2015) “que la violencia contra las mujeres representa” (citado por Cañola, 2015) “para los sistemas de salud y los países. Heise (1993) informa lo siguiente:” (citado por Agurto, 2015) (32)

- “En países en desarrollo, como China, donde los problemas relacionados con la mortalidad materna y las enfermedades producto de la pobreza están relativamente controladas, los años de vida saludables que se pierden debido a violación y violencia doméstica representan 16 por ciento”.

- “A nivel global, la carga a la salud que representa el maltrato a la mujer entre las mujeres de 15 a 44 años, es comparable con la carga que representan otros factores de riesgo y enfermedades de interés mundial, entre las que se” (citado por Agurto, 2015) incluyen el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis, la sepsis durante el nacimiento, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. (32)

“La amenaza de violencia tiene implicaciones en la salud sexual y reproductiva de la mujer. La violencia limita la capacidad de las mujeres para prevenir embarazos no deseados, y en caso de haberlos, la mujer no se cuida y no asiste a las consultas de control pre y post-natal. Por otro lado, limita su capacidad para cuidarse de enfermedades por infecciones sexualmente transmisibles (incluyendo el VIH), ya sea porque no puede negarse a tener relaciones sexuales o porque es incapaz de pedirle a su pareja que se proteja con el uso del condón” (citado por Agurto, 2015). (32)

**“Perspectiva de Género”** (citado por Agurto, 2015)

“La socialización, la cual es un complejo proceso en donde factores multi causales se superponen y moldean nuestras historias personales y colectivas. A través de la vida, las personas adquirimos habilidades y limitaciones que tienen que ver con la conformación de nuestra identidad en sociedades, que son, por sí mismas, sistemas de control determinantes de lo que somos o lo que hacemos” (citado por Agurto, 2015). (33)

“A través de estos procesos socializantes, interiorizamos también el género, que es conformado socialmente. En este proceso de reconocer la realidad a través de la socialización, se incluye, desde luego, el aprendizaje de los significados sociales y de los valores que nos sirven como referencia (Martin-Baró, 1995). Con una lógica contrastante, numerosos estudios en medicina y otras ciencias han utilizado el argumento del papel de la biología, en la determinación de las diferencias entre hombres y mujeres” (citado por Agurto, 2015). (33)

### **2.3. Bases conceptuales de la investigación:**

#### **Definición de conocimiento.**

La “violencia contra la mujer es un problema generalizado en todas las sociedades. Es una violación de los derechos humanos de la mujer y es también un problema de salud pública. Tiene consecuencias en todos los aspectos de la vida de la mujer, incluida su salud, y aumenta el riesgo de muchas enfermedades físicas y mentales y de muerte” (citado por Agurto, 2015). (34)

“La violencia se basa y perpetúa en múltiples tipos de desigualdad: fundamentalmente, en la desigualdad entre hombres y mujeres, pero también en la desigualdad económica tanto entre países como dentro de cada país. Es perpetrada sobre todo por los hombres, sea cual sea el sexo de la víctima. Las mujeres y las niñas sufren la violencia ejercida sobre todo por” (citado por Agurto, 2015) “hombres a los que conocen y en el contexto de la propia familia” (citado por Cañola, 2015). En la “mayoría de los casos, la violencia forma parte de los comportamientos de control que desarrolla sobre la mujer su compañero o ex-compañero” (citado por Agurto, 2015). (34)

La “Declaración de las Naciones Unidas sobre Erradicación de la Violencia Contra las Mujeres, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1993, proporciona un marco amplio y útil para definir la violencia contra la mujer, aunque para fines concretos como, por ejemplo, el monitoreo del problema, se necesitan definiciones operativas más específicas. En dicha declaración se define esta forma de violencia como” (citado por Agurto, 2015) “cualquier acto de violencia basada en el género que produzca o pueda producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada”.(35)

El “término” (citado por Sánchez, 2015) “violencia en la gestante” “alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia, entendida como la forma de interacción enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, siendo el género y la edad los dos ejes de desequilibrio de dicho poder dentro del género masculino/femenino. La relación de abuso debe ser crónica, permanente o periódica; por lo tanto no están incluidos los maltratos aislados” (citado por Sánchez, 2015). (36)

### **Tipos de Violencia**

**“Violencia física”** (citado por Sánchez, 2015).

“Implica actos que de acuerdo a su intensidad y frecuencia, comprometen el estado de salud de la mujer, y ponen en riesgo no solo la seguridad de la mujer, sino la de los hijo(a). Consiste en actos dirigidos hacia el cuerpo de la mujer, que atentan con su integridad física, libertad y movilidad, ocasionando consecuencias de diversa gravedad, toda vez que pueden poner en riesgo o sufrir afectación las funciones, los órganos o los sentidos, así como, el privar de la vida a la mujer. El fin que se persigue es lograr controlar y someter de la voluntad de esta” (citado por Sánchez, 2015). (37)

“Dentro de algunas de sus varias manifestaciones se encuentran, golpes o presión con la mano abierta o puño cerrado en diversas partes de cuerpo, así como emplear otras partes del mismo para golpear, cabeza, rodillas, piernas, entre otras; empleo de alguna sustancia, ácido, líquido, objetos, utensilios o armas punzocortantes o de fuego pudiendo generar daños externos o internos, o la muerte. Cabe señalar, que este tipo de actos potencializan los daños y los riesgos en las mujeres cuando, existen armas en el hogar, cuando se recurre a estrangulamiento o sofocación, cuando éstas se encuentran embarazadas o enfermas” (citado por Sánchez, 2015). (37)

**“Violencia psicológica”** (citado por Sánchez, 2015).

“El tipo de violencia más amplio, frecuente, complejo y difícil de identificar, y de recuperarse. Representado por cualquier acción que atenta o amenaza la integridad física, psicológica o emocional de la mujer, es decir, su autoestima, auto confianza, su identidad personal, entre otras. Su propósito es deteriorar, disminuir o dañar la autoestima de las mujeres. Dentro de las múltiples acciones que incluye, se encuentran: los insultos, humillaciones, gritos y comunicación autoritaria y demandante; críticas o censuras respecto a su persona” (citado por Sánchez, 2015). (37)

“Sobre el desempeño en su rol de mujer, madre, ama de casa, profesional o como trabajadora, así como sobre sus acciones y pensamientos; se controla, limita o prohíbe expresar ideas, opiniones, acciones, sentimientos, así como sus vínculos sociales; se infieren amenazas en contra de su integridad personal, la de otros o de generar daños de diversa índole; se manipula o influye sobre los hijos, en su contra; es culpabilizada de la violencia perpetrada; se le coacciona para realizar acciones denigrantes para ella; se le ceba violenta y reiteradamente. Se cometen actos de violencia contra las mascotas, y destrucción de objetos o prendas valorados por la mujer” (citado por Sánchez, 2015). (37)

“Es cierto que los malos tratos físicos pueden ser más “visibles” que los daños psicológicos; sin embargo, también es cierto que la constante repetición de humillaciones e insultos, el aislamiento forzado, los límites impuestos a la movilidad social, las amenazas constantes de violencia y la negación de recursos económicos representan formas más sutiles e insidiosas de violencia (UNICEF)” (citado por Sánchez, 2015). “La naturaleza intangible de la violencia psicológica la hace más difícil de definir y denunciar, conduciendo así frecuentemente a la mujer a una situación de inestabilidad mental e impotencia”. “ Para muchas mujeres” (citado por Sánchez, 2015) “las consecuencias psicológicas son aún más serias que los efectos físicos (pues) esta experiencia destruye su amor propio y la pone en mayor riesgo de padecer diversos problemas de salud mental” (Heise) (38).



**“Las amenazas y la intimidación”** (citado por Sánchez, 2015).

“El llamado” (citado por Sánchez, 2015) “privilegio masculino” “con el cual tratan a la compañera como sirvienta, ignoran sus opiniones, la comparan con otras mujeres, etcétera.

-El aislamiento. Mecanismo de presión emocional que le crea a la mujer un clima de inseguridad ya que las va alejando de toda su vida social hasta el extremo de no dejarla salir ni hablar con otras personas, lo cual las deja a merced del agresor” (citado por Sánchez, 2015). (38).

“Los componentes frente al abuso emocional incluyen del mismo modo una sobrecarga de responsabilidades (que supone un enorme gasto de energía para mantener diariamente la relación, sin esfuerzo por parte de la pareja), ignorarla, no dar importancia o ridiculizar sus necesidades, culparla por todo lo que pasa y/o acusarla sin fundamento, mentir y romper promesas, el desprecio y la humillación delante de los hijos o el hacerse la víctima delante de éstos, acusándola a ella de sus sufrimientos. Llega también a contarle detalles de sus aventuras extramatrimoniales y/o compararla negativamente con otras mujeres (Fernández y Pérez)” (citado por Sánchez, 2015). (38).

**“Violencia sexual.”** (citado por Sánchez, 2015)

“Su detección se complica por su naturalización por la influencia cultural, quedando validada por la asunción de las diferencias dictadas sobre el ejercicio de la sexualidad entre los géneros. Motivo por lo que es pocas veces informada. Implica el sometimiento de la mujer al deseo de dominación y a la sexualidad del varón a través de la violencia física o moral. Busca como fin confirmar el control y dominio de la mujer, transgrediendo su libertad sexual, estado físico, psico emocional y su autopercepción” (citado por Sánchez, 2015).

“Se ve representada por actos en donde se abusa, acosa o viola sexualmente a la mujer; se le obliga a prostituirse o tener relaciones sexuales con otras personas. Incluye también, la generación de dolor intencional durante el acto sexual,

y/o golpes durante el mismo; se le fuerza a practicar actos que rechaza, o se le niegan sus necesidades sexuales. Se dirigen ofensas y ridiculizaciones de carácter sexual” (citado por Sánchez, 2015). (38).

**“La violencia domestica durante el embarazo”** (citado por Sánchez, 2015)

“La violencia intrafamiliar y sexual es una de las situaciones comunes en la vida de las mujeres independientemente de la edad, el ciclo de vida y la condición social. Las médicas reconocen la frecuencia de embarazos por abuso sexual del padre, del padrastro o de hermanos mayores; sin embargo, son situaciones que no se denuncian y ante las cuales hay indiferencia de madres, maestras y hasta de parte de los propios médicos” (citado por Sánchez, 2015). (39)

“Los principales argumentos para no intervenir son considerar que la denuncia corresponde a la familia por ser un asunto de la vida privada, además se señala la falta de información y estrategias para atender estos casos y el temor a la respuesta del agresor. Reconocen que muchas veces las implicaciones que esto tenga para la joven y para el bebé; En otros casos, la pareja obliga a la joven a tener relaciones sexuales durante el embarazo“...lo que pasa es que él quiere estar con ella y ella no lo desea y aun así tienen relaciones” (citado por Sánchez, 2015). (39)

“Por otro lado cuando ya nace y es hombrecito entonces sí lo quieren”. La familia que rechaza un embarazo, es quien muchas veces maltrata a la joven obligándola a trabajos pesados y la agrede” (citado por Sánchez, 2015) “ya que andas así vete por el agua hasta no sé dónde” “yo fui madre soltera y sí influye aquel desprecio, aquella mirada o aquel silencio que te hacen sentir chinche aplastada o lo que sea”. “Otra expresión de la violencia, aunque menos frecuente, es el abuso sexual a hombres adolescentes, situación en la cual hay gran hermetismo y dificultad para que asistan a consulta médica” (citado por Sánchez, 2015). (39)

**“Abuso fetal”** (citado por Sánchez, 2015)

“El maltrato infantil (MI) es reconocido desde hace más de 40 años. Actualmente se considera como un problema de salud pública mundial. En este período se han identificado diversas formas en las que un niño puede ser maltratado; se han clasificado en conocidas, poco conocidas y poco consideradas. El abuso fetal (AF) es una de las formas poco conocidas, aunque se ha considerado parcialmente desde 1957 cuando la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció en la Declaración Universal de los Derechos del niño que: “El niño por su inmadurez física y mental, requiere de cuidados especiales, incluida la protección legal adecuada antes y después del nacimiento” (citado por Sánchez, 2015). (40).

“Landwirth definió el abuso fetal como todo acto intencional o de negligencia, que afecte al producto en alguna etapa de su desarrollo, por cualquier persona que tenga injerencia en el embarazo; este hecho puede deberse a factores culturales, sociales, políticos o legales. Otros autores agregan en sus definiciones ciertos elementos, como la intervención de instituciones o de una sociedad que prive al feto o recién nacido, de sus derechos o que dificulten su óptimo desarrollo físico psicológico o social. Esta forma de MI puede presentarse dentro de la violencia familiar cuando la madre es agredida directamente. Sin embargo, también ocurre cuando ella es la causante directa, al consumir alcohol, drogas u ocasionarse daño físico o emocional dentro de una condición de negligencia o descuido” (citado por Sánchez, 2015). (40).

“Se sabe también que las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas tienen un riesgo mayor de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos. La violencia durante el embarazo se inserta de lleno dentro de la salud reproductiva, cuestión que, a su vez, es objeto de particular interés en este momento en el mundo” (citado por Cañola, 2015). (39).

“Las clasificaciones más comunes de la violencia doméstica se han hecho según el tipo de violencia y la identidad de su víctima o víctimas. La violencia doméstica puede ser física, psicológica o sexual. La violencia física, el tipo más obvio de violencia doméstica, incluye el hecho de abofetear, empujar, estrangular, patear, golpear, doblar el brazo, causar quemaduras intencionalmente, retener a alguien contra su voluntad o herir a esa persona con un cuchillo u otro objeto” (citado por Cañola, 2015). (39).

“En el contexto de violencia doméstica contra mujeres, la violencia psicológica es más común que la violencia física; ocurre cuando un individuo es víctima de insultos frecuentes, es amenazado, sus posesiones personales son destruidas o es sujeto de amenazas o gritos, como un medio predominante para lograr someterlo o como una manera de resolver conflictos” (citado por Cañola, 2015). (39).

“La violencia se puede categorizar según distintas variables: los individuos que sufren la violencia (mujeres, niños, hombres jóvenes, ancianos, incapacitados), los agentes de violencia (pandillas, narcotraficantes, jóvenes, muchedumbres), la naturaleza de la agresión (psicológica, física o sexual), el motivo (político, racial, económico, instrumental, emocional, etc.) y la relación entre la persona que sufre la violencia y la persona que la comete (parientes, amigos, conocidos o desconocidos)” (citado por Cañola, 2015). (39).

“Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas, su salud y la de sus hijos y se extienden, además, al conjunto de la sociedad. Por otra parte, existen muchas formas de auto perpetuación de la violencia, por lo que depende de la desigualdad y, a su vez, perpetúa dicha desigualdad” (citado por Cañola, 2015). (40)

“Por ejemplo, la violencia doméstica se asocia a la pobreza, pero también perpetúa la pobreza a través de la reducción de las oportunidades que puede tener la mujer de

trabajar fuera de casa, de su movilidad y acceso a la información y de la escolarización de sus hijos. Ejerce su impacto en la capacidad de la mujer para cuidar de sí misma y de sus hijos y se asocia a conductas autodestructivas, como el abuso de drogas o alcohol. Además, la violencia influye de forma determinante en los sentimientos de amor propio, autonomía y capacidad para sentir y actuar con independencia y capacidad como mujer” (citado por Cañola, 2015). (40)

### **III.- METODOLOGÍA.**

#### **3.1 Diseño de la investigación**

Diseño no experimental de corte transversal.

#### **3.2 Tipo y nivel de la investigación**

##### **Tipo de la Investigación**

El presente estudio por el grado de cuantificación reúne las condiciones de una investigación cuantitativa.

##### **Nivel de la Investigación**

De acuerdo a la naturaleza del estudio de la investigación, reúne por su nivel, las características de un estudio descriptivo.

#### **3.3 Población y muestra**

##### **Población**

La población estuvo constituida por 1332 gestantes que acudieron al servicio de Gineco obstetricia asignadas al Hospital de Apoyo II de Sullana. Esta información fue obtenida tras una encuesta.

##### **Muestra**

Se utilizó el muestreo no probabilístico, realizándose una cuidadosa selección de los participantes. La misma fue calculada mediante el programa Epi data 3.1 con una población de 1332 de gestantes con una proporción esperada del 60% y con un 95% de nivel de confianza obteniéndose una muestra equivalente a 290 gestantes que acudieron al Hospital de Apoyo II de Sullana.

### **3.4 Unidad de análisis.**

Las unidades de análisis fueron cada una de las gestantes de 15 años a 49 años, que se atendieron en el Hospital De Apoyo II de la provincia de Sullana independientemente de motivo de su consulta, y que fueron seleccionadas de forma aleatoria, y al personal de salud de los servicios Gineco Obstetricia.

### **3.5 Criterios de Inclusión y Exclusión**

- Gestantes que acudieron a los servicios seleccionados.
- Participación voluntaria de la usuaria
- Radiquen en lugares seleccionados.

#### **Definición y operacionalización de variables:**

- **PREVALENCIA DE VIOLENCIA:** Número de casos de violencia en mujeres en edad fértil, en la población de Vista Florida.

- **MUJERES EN EDAD FÉRTIL:** situada entre la pubertad y la menopausia, que oscila entre los 15 y los 49 años.

- **VIOLENCIA:** Es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan con hacer, daño o sometimiento grave (físico, sexual o psicológico) a una persona.

Sus variables que son tenidas en cuenta cuando quieres acceder al Mercado Laboral y no pueden ser modificadas.

- **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:** referidas a:

- **Edad:** comprendida entre 15- 49 años cumplidos.

- **Estado civil:** condición marital actual

o Soltera

o Casada

o Conviviente

o Viuda

- **Procedencia:** lugar donde radica.

- **Nivel educativo:** referidos al grado de estudios alcanzados

o Primaria,

o Secundaria,

o Superior completa

o Superior incompleta

- **Ocupación:**

o Ama de casa

o ,Independiente,

o Dependiente

- **Ingresos económicos:**

o No tienes ingreso

o Gana menos que la pareja

o Gana más que la pareja

o Gana igual que la pareja

**CONSECUENCIAS EN EDAD FÉRTIL:** Es la derivación de aquellos problemas que se pueden presentar en la etapa de la edad fértil.

o Físicas

o Psicológicas

o Sexuales



**Operacionalización de las variables:**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Prevalencia violencia Embarazo	.prevalencia de periodo	Prevalencia en el embarazo: Prevalencia antes del embarazo	- Número de casos reportados en el periodo de investigación referidos como antes y durante el embarazo	Nominal	Nº casos
Gestantes	Paridad	<input type="checkbox"/> Primer embarazo <input type="checkbox"/> Segundo a mas embarazos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Primer trimestre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Segundo trimestre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tercer trimestre	ordinal	Si presenta No presenta
		Paridad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Primer embarazo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Segundo a mas embarazos		Si presenta No presenta
Violencia	Actos de agresión física, sicológica o sexual contra la mujer	Tipos de violencia	violencia física Violencia sexual Violencia sicológica	Nomina	Si presenta No presenta

		Severidad de la violencia	Grave Moderada	Ordinal	Si presenta No presenta
		Efectos de la violencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Físicos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sicológicos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sociales	Nominal	Si presenta No presenta
		Actitud frente a la violencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> búsqueda de ayuda	Nominal	Adecuada inadecuada
Variables sociodemográficas		Edad	Años cumplidos	Nominal	
		Procedencia	Lugar donde radica		
		Estado civil	Condición marital actual	Nominal	Soltera Conviviente Casada Separada

		Paridad	Número de embarazos al periodo de investigación  Abortos  Hijos de compromiso anterior		Primigesta  Multigesta  1  2 a mas  Si no
		Nivel educativo	Primaria  Secundaria  Superior incompleta  Superior completa		Si  no
		ocupación	- ama de casa - independiente - dependiente		Si  no
		ingreso económico	no tiene ingreso personal  gana menos que la pareja  gana igual que la pareja  gana más que la pareja		

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

### **Técnicas**

La técnica que se utilizó fue la encuesta.

### **Instrumentos**

Instrumento recolector de datos: El instrumento recolector de datos fue el cuestionario confeccionado por Paravic y col. (2000), adaptado a la situación por la autora Lic. María García Shimizu, que se aplicara en la consulta de los servicios de Gineco obstetricia. Es un cuestionario de preguntas cerradas, que se compone de una primera parte referente a las variables bio socio-demográficas que podrían tener relación con el fenómeno en estudio y preguntas sobre aspectos de violencia, según el modelo empleado, el instrumento fue sometido a validación de expertos y prueba piloto.

Control de calidad de los datos: El instrumento original fue utilizado en las investigaciones de Paravic y col. (2004), Burgos y Paravic (2003), Sánchez y Valenzuela (2002) y Letelier y Valenzuela (2002). Con el objetivo de garantizar la calidad de la información se realizó la limpieza de los datos.

### **Plan de análisis.**

Las unidades de análisis se hará cada estudio a las mujeres de 15 años a 49 años, en la etapa de gestación usuarias de los servicios públicos de salud de primer nivel de atención que solicitaron el servicio obstétrico, que se atendieron en el Hospital de Apoyo II de Sullana independientemente de motivo de su consulta, y que fueron seleccionadas de forma aleatoria. Y al personal de salud de los servicios Gineco Obstetricia.

## Matriz de consistencia

6.8. Matriz de consistencia							
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA				
			TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	INSTRUMENTOS	PLAN DE ANALISIS
<p><b>¿Cuál es la Prevalencia y Factores Asociados a la Violencia en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II de Sullana durante el Periodo 2015 - 2016.?</b></p>	<p>Determinar cuál es la Prevalencia y Factores asociados a la Violencia en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II de Sullana durante el Periodo 2015 - 2016.</p> <p>Para lograr el objetivo general, nos hemos planteado los siguientes <b>objetivos específicos:</b></p> <p>1.-Estimar la Prevalencia de la Violencia en General en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II de Sullana durante el Periodo 2015 - 2016.</p>		<p><b>TIPO:</b></p> <p>Investigación cuantitativa.</p> <p><b>NIVEL:</b></p> <p>Estudio Descriptivo</p>	<p>No experimental transversal</p> <p><b>Esquema:</b></p> <p style="text-align: center;">M ↑ x ↑ O</p> <p>M: gestantes de 15 a 49 años</p>	<p><u>Población</u> : 1332</p> <p><u>Muestra:</u></p> <p>290 gestantes</p>	<p>Se utilizó la técnica de encuesta</p>	<p>Para el análisis de datos se utilizó el programa de SPSS V 17</p>

	<p>2.-Estimar la Prevalencia de la Violencia según Edad, Estado Civil y Nivel Educativo, Procedencia y Ocupación en Mujeres Gestantes que acuden a servicios de salud sexual y reproductiva del Hospital de Apoyo II de Sullana durante el Periodo 2015 - 2016.</p> <p>3.-Describir los Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que acuden a servicios de salud que acuden a servicios de salud sexual y reproductiva del Hospital de Apoyo II de Sullana durante el Periodo 2015 - 2016.</p> <p>4.-Identificar Cuáles son las Prácticas Asumidas ante la Violencia sufrida por las Mujeres Gestantes que acuden a servicios de salud que acuden</p>	<p>Prevalencia Violencia en el embarazo</p> <p>Tipos de violencia</p> <p>Efectos de la violencia</p> <p>Actitud frente a la violencia</p>					
--	---	---	--	--	--	--	--

	<p>a servicios de salud sexual y reproductiva del Hospital de Apoyo II de Sullana durante el Periodo 2015 - 2016.</p> <p>4.-Determinar las Consecuencias de la Violencia en la vida de las Mujeres que acuden a servicios de salud sexual y reproductiva del Hospital de Apoyo II de Sullana durante el Periodo 2015 - 2016.</p>						
--	--	--	--	--	--	--	--

## **Principios éticos**

**Aspectos éticos de la investigación:** Se solicitara la autorización de la dirección del establecimiento de Atención Primaria para llevar a cabo la investigación, para la aplicación del instrumento de investigación a los usuarios.

Previa recolección de datos, se solicitara el consentimiento informado de las mujeres en edad fértil que acepten participar en el estudio asegurando confidencialidad y anonimato.



## IV. RESULTADOS

### 4.1 Resultados

**TABLA N° 01**

Prevalencia de Violencia en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II  
– Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016.

<b>Prevalencia de la violencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	290	100
No	0	0
<b>Total</b>	<b>290</b>	<b>100%</b>

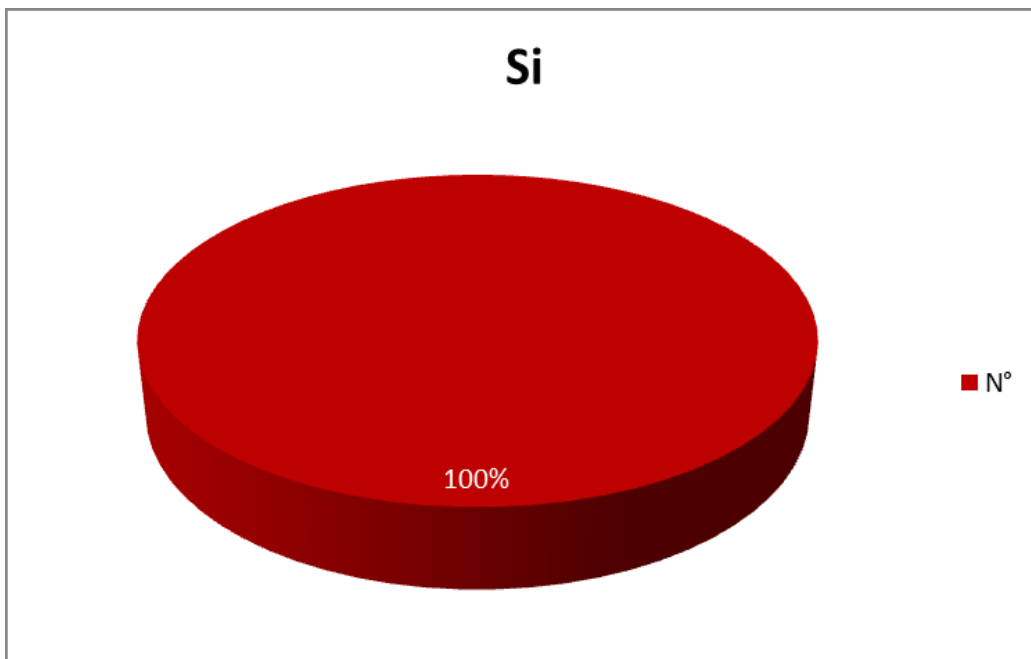
n= 290

**Fuente:** Encuesta aplicada a gestantes durante el 2015 - 2016

En la Tabla N° 01 podemos observar que el **100 %** de las gestantes han sufrido violencia.

### Gráfico N°01

Distribución Porcentual de la Prevalencia de Violencia en General en Mujeres Gestantes, que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016.



**Fuente:** Tabla N°01

**TABLA N° 02**

Prevalencia de la Violencia Según Edad, en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016.

<b>Prevalencia de la Violencia Según Edad en Mujeres Gestantes</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>
<b>15 – 19</b>	74	25.5%
<b>20 – 25</b>	199	68.6%
<b>26 – 35</b>	17	5.9%
<b>Mayor de 35</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

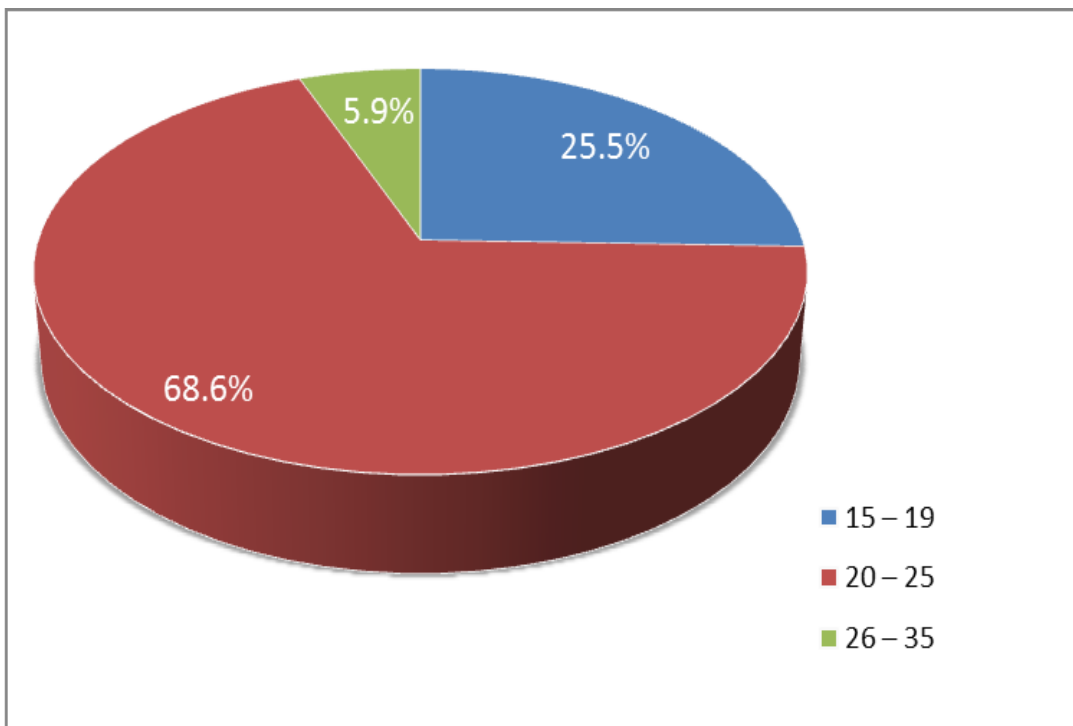
n= 290

**Fuente:** Encuesta aplicada a gestantes durante el 2015 - 2016

En la Tabla N° 02 podemos observar que de las **290** mujeres gestantes encuestadas el **5.9%** mujeres gestantes adultas, el **25.5%** mujeres gestantes adolescentes, **68.6%** mujeres gestantes jóvenes.

### Gráfico N° 02

Distribución Porcentual de Prevalencia de la Violencia Según Edad, en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016.



**Fuente:** Tabla N°02

**TABLA N° 03**

Prevalencia de la Violencia Según Estado Civil en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016

<b>Prevalencia de la Violencia Según Estado Civil en Mujeres Gestantes</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>
<b>Soltera</b>	16	5.5%
<b>Conviviente</b>	223	76.9%
<b>Casada</b>	51	17.6%
<b>Viuda</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

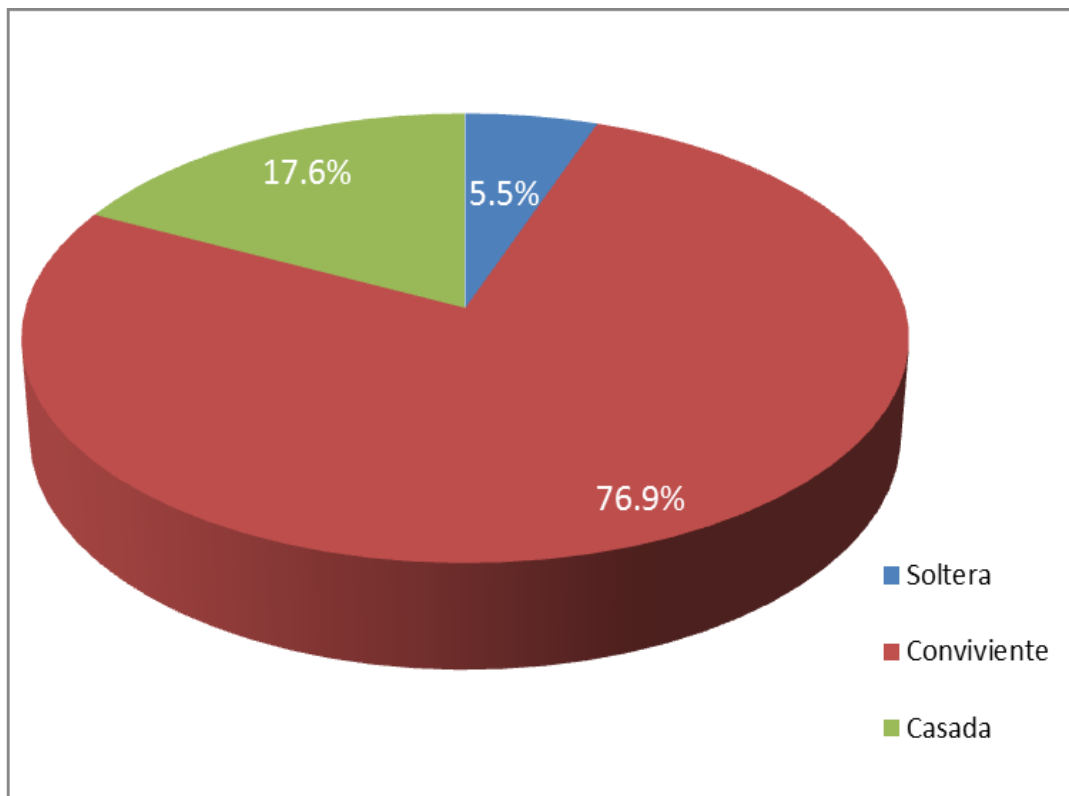
n= 290

**Fuente:** Encuesta aplicada a gestantes durante el 2015 - 2016

En la Tabla N° 03 podemos observar que de las **290** mujeres gestantes encuestadas, el **5.5%** mujeres gestantes solteras, el **17.6%** mujeres gestantes casadas, el **76.9%** mujeres gestantes convivientes.

### Gráfico N° 03

Distribución Porcentual de Prevalencia de la Violencia Según Estado Civil, en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016.



**Fuente:** Tabla N° 03

**TABLA N° 04**

Prevalencia de la Violencia Según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016.

<b>Prevalencia de la Violencia Según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>
<b>Analfabeta</b>	45	15.5%
<b>Primaria</b>	80	27.6%
<b>Secundaria</b>	154	53.1%
<b>Superior y mas</b>	11	3.8%
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

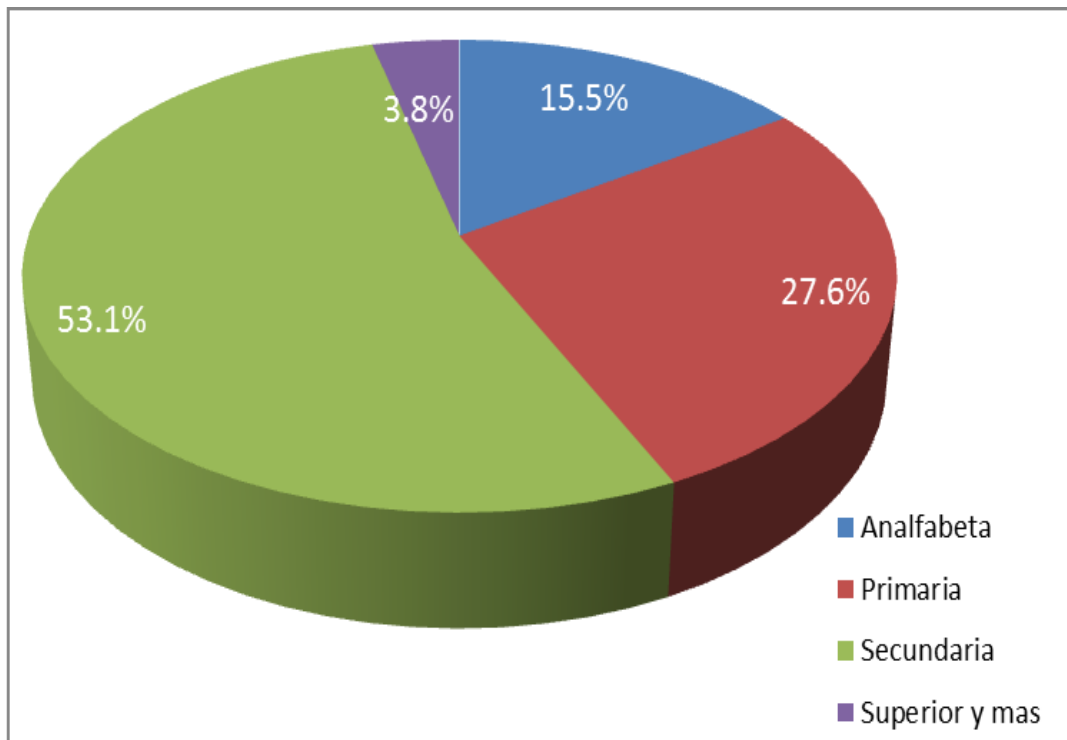
n= 290

**Fuente:** Encuesta aplicada a gestantes durante el 2015 - 2016

En la Tabla N° 04 podemos observar que de las **290** mujeres gestantes encuestadas, el **3.8%** mujeres gestantes con estudios superiores, el **15.5%** mujeres gestantes analfabetas, el **27.6%** mujeres gestantes con nivel primario y el **53.1%** mujeres gestantes con nivel secundaria.

**Gráfico N° 04**

Distribución Porcentual de Prevalencia de la Violencia Según Nivel Educativo, en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016



**Fuente:** Tabla N° 04



**TABLA N° 05**

Prevalencia de la Violencia Según Ocupación en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016

<b>Prevalencia de la Violencia Según Ocupación</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>
<b>Ama de Casa</b>	238	82%
<b>Trabaja Independiente</b>	35	12.1%
<b>Trabaja dependiente</b>	17	5.9%
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

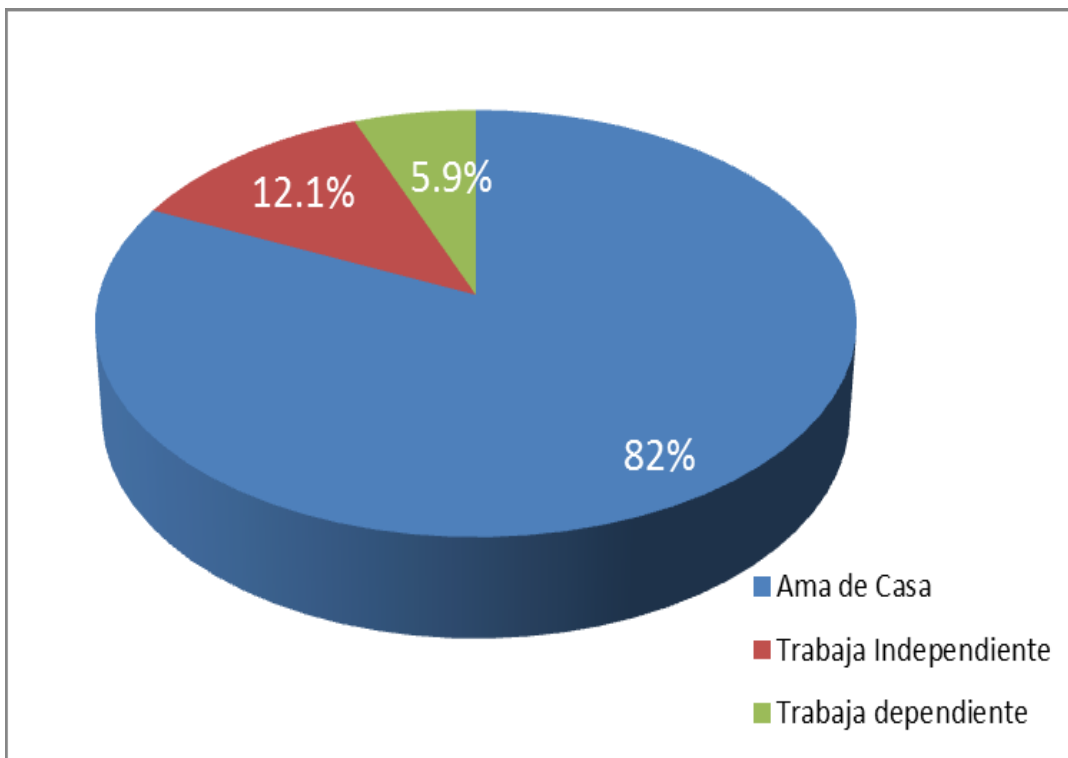
n= 290

**Fuente:** Encuesta aplicada a gestantes durante el 2015 - 2016

En la Tabla N° 05 podemos observar que de las **290** mujeres gestantes encuestadas, el **5.9%** de ocupación dependiente, el **12.1%** independientes y el **82%** amas de casa.

**Gráfico N° 05**

Distribución Porcentual de Prevalencia de la Violencia Según Ocupación, en Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 – 2016



**Fuente:** Tabla N° 05

**TABLA N° 06**

Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016.

Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes	SI		NO	
	N°	%	N°	%
<b>Física</b>	290	100%	0	0%
<b>Psicológica</b>	290	100%	0	0%
<b>Sexual</b>	195	67.2%	95	32.8%

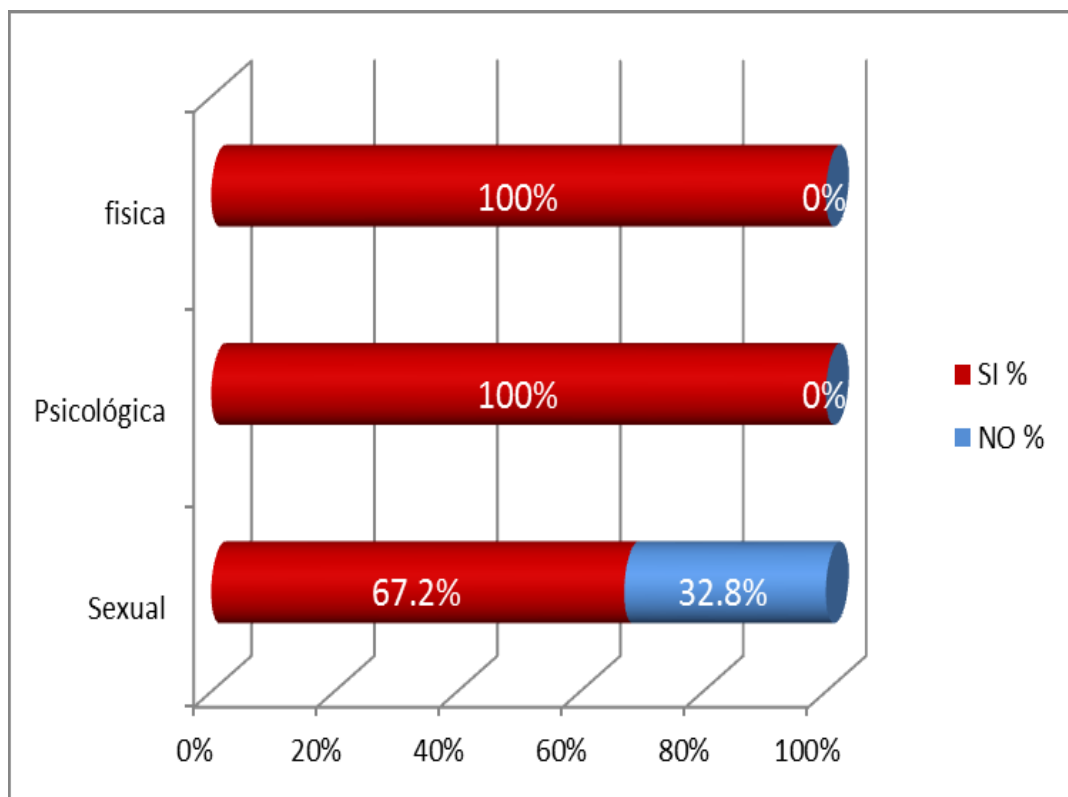
n= 290

**Fuente:** Encuesta aplicada a gestantes durante el 2015 - 2016

En la Tabla N° 06 podemos observar que de las **290** mujeres gestantes encuestadas, **100%** sufrieron violencia física y psicológica y un **67.2%** sufrieron violencia sexual.

**Gráfico N° 06**

Distribución Porcentual de los Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016



**Fuente:** Tabla N°06

**TABLA N°07**

Prácticas Asumidas ante la Violencia Sufrida por las Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016.

Prácticas Asumidas Ante La Violencia Sufrida Por Las Mujeres Gestantes	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Usted buscó ayuda</b>	84	29.%	206	71.%	290	100%
<b>Hablo con alguien los hechos</b>	27	9.3%	263	90.7%	290	100%
<b>Denuncio estos hechos</b>	47	16.2%	243	83.8%	290	100%

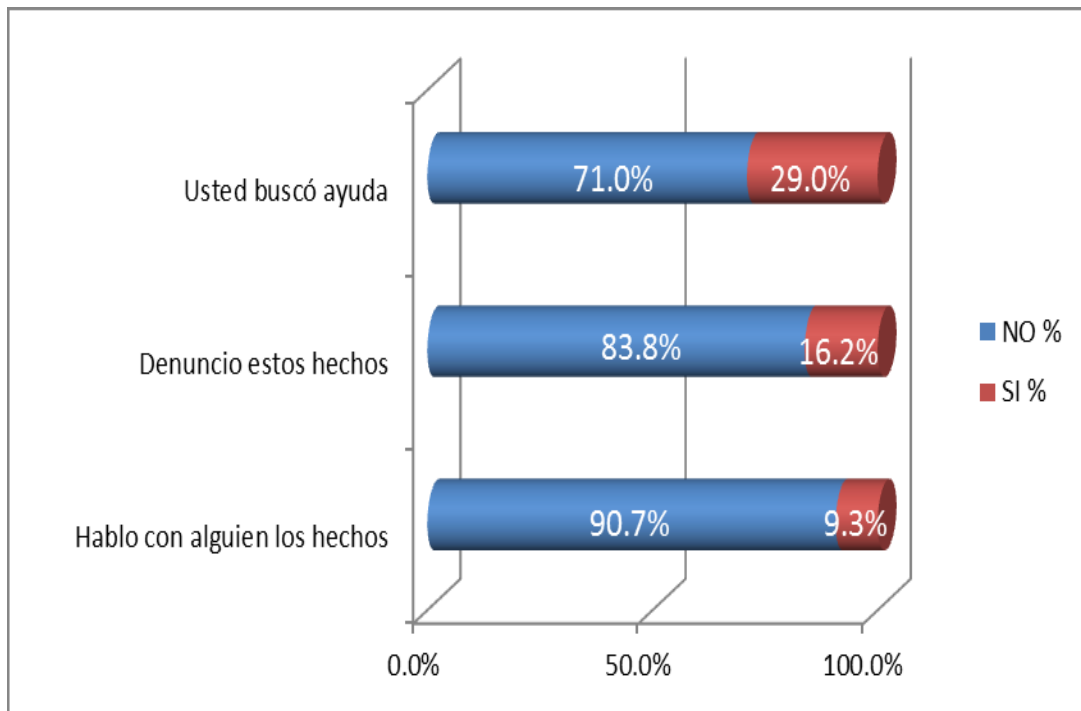
n= 290

**Fuente:** Encuesta aplicada a gestantes durante el 2015 – 2016.

En la Tabla N° 07 podemos observar que de las **290** mujeres gestantes encuestadas, el **71%** no buscaron ayuda, el **9.3%** hablaron con alguien acerca de estos hechos y el **83.8%** si denunciaron estos hechos.

**Gráfico N° 07**

Distribución Porcentual de los Prácticas Asumidas ante la Violencia sufrida por las Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 – 2016.



**Fuente:** Tabla N° 07

**TABLA N°08**

Consecuencias de la Violencia en la Vida de las Mujeres que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 – 2016.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Ha necesitado atención medica por la violencia</b>	0	0%	290	100%	290	100%
<b>Necesito Atención psicológica por la violencia</b>	151	52.1%	139	47.9%	290	100%
<b>Ha recibido atención médica y Psicológicas</b>	55	19.0%	235	81.0%	290	100%

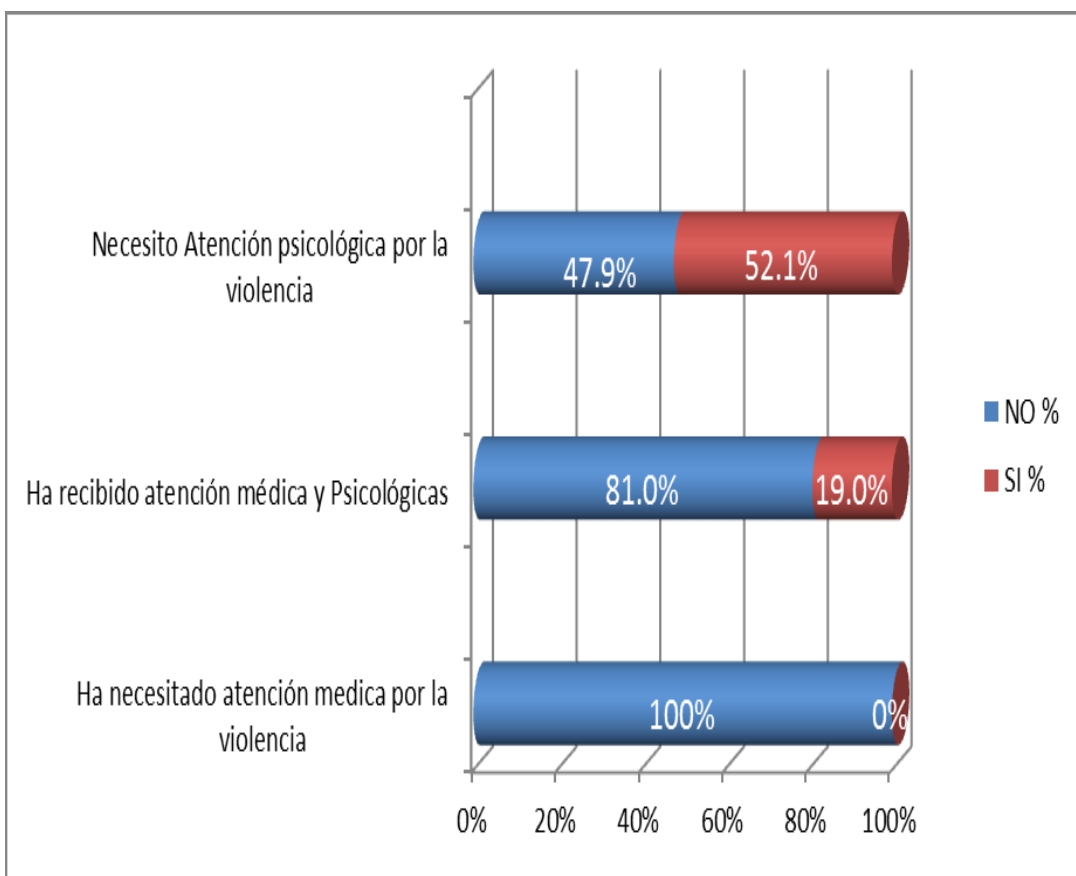
n= 290

**Fuente:** Encuesta aplicada a gestantes durante el 2015 - 2016

En la Tabla N° 08 podemos observar que de las **290** mujeres gestantes encuestadas, el **100%** no ha necesitado atención médica por la violencia, **52.1%** ha necesitado atención psicológica por la violencia y el **81%** no ha recibido atención medica ni psicológica.

**Gráfico N° 08**

Distribución Porcentual de las Consecuencias de la Violencia en la vida de las Mujeres Gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II – Provincia de Sullana, durante el Periodo 2015 - 2016



**Fuente:** Tabla N°08



## 4.2. Análisis de resultados

“La violencia contra la mujer es mucho más que un problema de salud pública; se trata de una infracción de los derechos humanos de la mujer” (citado por Agurto, 2015) (34).

El término “violencia en la gestante” “alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia, entendida como la forma de interacción enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, siendo el género y la edad, los dos ejes de desequilibrio de dicho poder dentro del género masculino/femenino” (citado por Sánchez, 2015). (36).

“Los resultados obtenidos en la presente investigación arrojan que” (citado por Sánchez, 2015) de la población de 1332 del total de las 290 gestantes encuestadas que acudieron al Hospital De Apoyo II De Sullana el 100% han sufrido de violencia física, sexual y psicológica, lo cual es un problema de mayor importancia para nuestra sociedad, a diferencia de los resultados de la investigación de **Arcos E (10)**, En el año 2010 en Chile, “presentó un estudio acerca del Impacto de la violencia en la mujer sobre su salud reproductiva y neonatal, estudio de 131 mujeres embarazadas, 79 mujeres reconocieron experiencias de violencia doméstica, física y/o emocional” (citado por Sánchez, 2015). Similar a la investigación de **Vega Gabriela, Hidalgo Dinora, Toro Judith (13)**, en la ciudad de Venezuela en el año 2011 Presentaron un estudio sobre la prevalencia de violencia en gestantes, de las 266 mujeres gestantes encuestadas el “66,5 % del total había sufrido algún tipo de violencia” (citado por Agurto, 2015).

A nivel nacional la investigación de **Juan Carlos Saravia, Mirian Mejía, Silvia Becerra, Anita Palomino (19)**, Perú en la ciudad de Lima durante el año 2012, cuya investigación realizada con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados de violencia contra la mujer, durante el embarazo se analizaron 12587 mujeres de las cuales el 49.05% manifestaron haber sido agredidas por su esposo y el 29.44% por la ex pareja.

Así mismo **Susana Elsa Ku Carbonell (23)**, en la ciudad de Lima en el 2009 realizó un estudio a fin de determinar la violencia de género durante la gestación, la muestra fue de 152 mujeres cuyos resultados fueron los siguientes el “25,3% de las mujeres manifestó haber padecido algún tipo de violencia” (citado por Agurto, 2015).

La edad de la gestante también es un factor de riesgo ya que tanto como las adolescentes (25.5%) y jóvenes (68.6%) presentan un mayor índice de violencia, similar a la investigación a nivel internacional de **Ximena Verónica Bohle Urrutia(15)**, en Chile - Valdivia durante el año 2010 realizaron esta “investigación de Magnitud y Características de la violencia doméstica en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Clínico Regional Valdivia” (citado por Sánchez, 2015), el 23% eran adolescentes (14a19años), el 59.1% tenía entre 20 y 34 años y el 17,1% entre los 35 y 46 años. Y semejante a la investigación de **Karen Devries, Sunita Kishor, Holly Johnson, Heidi Stockl, Loraine J Bacchus, Claudia García Moreno, Charlotte Watts (41)**, en España durante el año 2010, la prevalencia era relativamente constante en los grupos más jóvenes 65% (de 15 a 35 años) y pareció disminuir muy poco después de los 35 años de edad en un 30%.

A nivel nacional la investigación de “**Lam.N, Contreras. H, Mori. E, Hinostroza. W, Hinostroza. R, Torrejón. E, Coaquira. E, Hinostroza W**” (citado por Agurto, 2015) **(21)** en la ciudad de Lima durante el año 2010 Se encontró que de la muestra que estuvo conformada por 593 gestantes, la edad promedio es de 28.6 años (rango 20 - 45).

A nivel regional encontramos datos diferentes en la investigación de **Palomino (25)**, en Piura en el año 2010 cuyos resultados fueron “el 58% de víctimas se encontraba entre los 17 y 34 años de edad, el 17% tiene entre 35 y 52 años, mientras que un 10% está entre los 53 y 70 años de edad” (citado por Sánchez, 2015).

Según el estado civil tenemos un alto índice de prevalencia en gestantes violentadas un 76.9% convivientes, 17.6% casadas 5.5% solteras, similar a los datos obtenidos en la investigación a nivel internacional de **Ximena Verónica BohleUrrutia (15)**, en Chile –Valdivia en el año 2010, El “90.3% de las mujeres mantenían una relación de pareja, de estas el 46,4% mantenían relación de convivencia y el 27,7% estaba casada mientras que un 9,7% no tenía pareja al tiempo de la entrevista” (citado por Sánchez, 2015) a diferencia de la investigación de “**Cepeda, A; Morales, F; Henales, M; Méndez, S**” (citado por Agurto, 2015) (8) en México en el año 2011, El estado civil predominante es el de soltera con un 36%, seguido por el de casada con un 34.8% y el de unión libre con un 27.2%.

Con respecto en la prevalencia según el nivel educativo en gestantes violentadas el 53.1% con estudios secundarios, 27.6% con estudios primarios, 15.5% analfabetas, superior y más 3.8% semejante a la investigación de “**Cepeda, A; Morales, F; Henales, M; Méndez, S**” (citado por Agurto, 2015) (8) en México en el año 2011, la “escolaridad materna se ubica predominantemente en el nivel secundaria (43.2%)” (citado por Sánchez, 2015) y a **Ximena Verónica BohleUrrutia (15)**, en Chile –Valdivia en el año 2010, cuyos resultados fueron “28,5% poseía escolaridad básica completa o menos” (citado por Sánchez, 2015), un 9,8% contaba con estudios superiores. A nivel nacional “**Lam.N, Contreras. H, Mori. E, Hinostroza. W, Hinostroza. R, Torrejón. E, Coaquira. E, Hinostroza W**” (citado por Agurto, 2015). (21) en Lima en el año 2010 reporto que el 54.8% refirió tener estudios secundarios.

Tomando como referencia la ocupación de las gestantes violentadas que se atienden en el Hospital de Apoyo II de Sullana el 82% de ellas son amas de casa son pocas las mujeres que desempeñan otro tipo de trabajo, solo se dedican al hogar y a la crianza de los hijos así mismo tenemos dos investigaciones internacionales la de “**Cepeda, A; Morales, F; Henales, M; Méndez, S**” (citado por Agurto, 2015) (8) en México en el año 2011, lo cual nos dice que la “ocupación predominante entre las mujeres fue el hogar” (citado por Sánchez, 2015), con un 71.2% de igual manera nos reporto **Ximena Verónica BohleUrrutia (15)**, en Chile

–Valdivia en el año 2010, que el “70,6% de las mujeres eran dueñas de casa, y solo el 13,6% realizaba algún tipo de trabajo remunerado” (citado por Sánchez, 2015).

La violencia contra la gestante en el Hospital de Apoyo II de Sullana según las encuestas aplicadas nos reportó que el 100% sufren de violencia física y psicológica respectivamente y que el 32.8% no sufren de violencia sexual, son datos que en nuestra sociedad no es de admirarse puesto que el hombre (la pareja) es el principal agresor y las mujeres no hacemos nada para cambiar esta situación que mucho daño nos hace y no nos deja salir delante de tal manera nos muestra la investigación de **Vega G, Hidalgo D, Toro J. (13)**, en Venezuela durante el año 2012, que “el agresor más frecuente fue la pareja actual de las afectadas por violencia psicológica, física y sexual siendo la violencia psicológica en un (66,25 %), seguida por la violencia física (38,25 %), siendo el grupo erario de la segunda década el más afectado para todos los tipos de violencia” (citado por Agurto, 2015). A diferencia de la investigación de **Anabel Hernández Carbajal (14)**, en México en el 2012 cuyos resultados fueron que el “32.4% sufrieron violencia psicológica en el embarazo, el 8.6 % violencia física y un individuo con violencia sexual durante la gestación” (citado por Sánchez, 2015). Y la investigación de “**Cepeda, A; Morales, F; Henales, M; Méndez, S.**” (citado por Agurto, 2015) (8) en México en el año 2011 reportó que el “tipo de violencia más observado en nuestra población fue el psicológico con un 56%, seguido del físico con un 27%” (citado por Sánchez, 2015). A diferencia de la investigación a nivel nacional de “**Marlena. D, Salvatierra. A**” (citado por Agurto, 2015) (22) en “San Juan de Lurigancho en el 2011 nos dice que el tipo de violencia más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%)” (citado por Agurto, 2015).

“Según las prácticas que asumen las gestantes maltratadas encontramos que” (citado por Sánchez, 2015) el 29% buscaron ayuda y el 9.3% hablaron “con alguien acerca de los sucesos de violencia” (citado por Sánchez, 2015) y el 16.2% denunciaron los hechos, similar tenemos la investigación de **Vega G, Hidalgo D, Toro J. (13)**. En Venezuela en el año 2012. “Alrededor de la mitad de las encuestadas (52,25 %) conocen los mecanismos de denuncia en caso de ser víctimas

de violencia, aunque solo 20,3 % de las agredidas han denunciado alguna situación de violencia” (citado por Sánchez, 2015).

A nivel regional la investigación “de **Evelina Rondón Abuhadba (42)**, en la ciudad de Chiclayo en el año 2010 demuestra 47% de ellas buscó atención médica tras la violencia sufrida y el 12% hizo la respectiva denuncia policial” (citado por Sánchez, 2015).

“Según las consecuencias de la violencia en gestantes” (citado por Sánchez, 2015) 52.1% necesitó atención psicológica y el 19% recibió atención médica y psicológica, según la investigación de **Marisol Lila (11)**, en España en el 2010 reporto que el “19% de las mujeres habían sido golpeadas en la cara, el 22% en el cuerpo, brazos, abdomen o piernas y al 14% le habían propinado patadas. El 50% de estas mujeres requirieron atención médica para tratar las lesiones que habían sufrido. Otros síntomas asociados frecuentemente con mujeres víctimas de violencia son dolor crónico y sintomatología relacionada con el sistema nervioso central, problemas gastrointestinales y trastornos cardíacos” (citado por Sánchez, 2015). A diferencia de la investigación regional “de **Evelina Rondón Abuhadba (42)**, en la ciudad de Chiclayo en el año 2010 demuestra 47% de ellas buscó atención médica tras la violencia sufrida” (citado por Sánchez, 2015).

## V. CONCLUSIONES

- Se concluye que el 100% de las gestantes han sido violentadas.
- Según los factores asociados a la prevalencia de violencia en gestantes el 68.8% (20 – 25 años), el 76.9% mujeres convivientes, el 53.1% de nivel secundario y 82% amas de casa.
- Un 100% la violencia física y psicológica la han sufrido las gestantes que se atienden en el Hospital de Apoyo II de Sullana.
- Según las practicas asumidas ante la violencia tenemos que el 29% buscaron ayuda y un 9.3% hablaron con alguien y un 83.8% no denunciaron estos hechos.
- Como todo problema trae consecuencia las gestantes que necesitaron atención psicológica fueron en un 52.1%, de ellas solo el 19% recibieron atención médica y psicológica.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Incluir el tema de violencia durante el embarazo en la formación de pregrado para sensibilizar a los estudiantes de medicina y carreras afines como obstetricia acerca del tema a fin de establecer lazos de confianza entre paciente – consultor y se identifiquen signos de violencia física, psicológica y sexual tempranamente disminuyendo las consecuencias para la madre y el producto.
- Sensibilizar al personal de salud para que el llenado de la ficha de tamizaje de violencia familiar sea correcto.
- Prevención y promoción de violencia en la mujer desde el punto de vista educativo y social.
- A las autoridades que deben de realizar investigaciones de violencia en gestantes en los lugares más vulnerables en donde predomine el machismo.
- Establecer convenios con instituciones tanto del sector salud como de otros sectores para favorecer la intervención multisectorial.
- A los promotores de salud que deben concientizar, educar, y proteger a la mujer gestante que esté sufriendo violencia.
- Informar a la población en general sobre los recursos con los que cuentan a nivel gubernamental, social y de salud para la atención de violencia contra la gestante.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1.- Valdez-Santiago R, Sanín Aguirre S. La Violencia Doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Redalyc \*[serie en Internet]. 1996 Oct-Nov \*\*[citado 16 Mar 2015]; 38 (005): 352-362. Disponible en: <http://tad.org.mx/wp-content/uploads/2013/12/La-violencia-domestica-durante-el-embarazo-y-su-relaci%C3%B3n-con-el-bajo-peso-al-nacer..pdf>

2.- RuizI,Blanco P, VivesC. Violencia contralamujer en la pareja: determinantesy respuestas sociosanitarias. GacSanit\*[serieen internet]. 2004 May\*\* [citado 9May2012]; 18 (2). Disponibleen: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500003&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500003&script=sci_arttext&tlng=e)

3.- García. Y, Dorrego J, Violencia de género durante El embarazo: prevalencia, riesgos y prevención.. Venezuela Rev Saúde Pública.[serie en Internet]. 2008 Enr.[citado 21 Jun 2012]. 38(1).62-70. Disponible en: <http://www.sergas.es/Docs/Enportada/Eventos/Comunicaciones/C41.pdf>

4. Berjillos F.Laviolenciacontrala mujeren PerúCasadeacogida RosaLlúncor, en ComasLima. [monografíaen internet]Málaga: Universidad deMálaga; 2011 [citada9 May2012]. Disponibleen: <http://master.cooperacion.uma.es.aleatechnology.eu/documentos/masteroficial/af4b94d64f18dad32c036863c877d3c6.pdf>

5.- PacoraP, KendallRommy.Violencia contrala mujeren el Perú.Diagnóstico\*[serieen internet]. 2006 Oct-Dic\*\* [citado 9 May2012];45 (4). Disponible en:



<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2006/oct-dic/173-176.html><http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n2/a01v14n2.pdf>

6.- Grosser H. El embarazo como un renacer. Una intervención de arteterapia en una mujer embarazada víctima de violencia intrafamiliar. [monografía en internet] Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Artes, Escuela de Postgrado; 2007 [citada 9 May 2012]. Disponible en:

[http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/grosser\\_h/sources/grosser\\_h.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/grosser_h/sources/grosser_h.pdf)

7.- HOJA INFORMATIVA PROGRAMA MUJER, SALUD Y DESARROLLO. [página en internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003 [actualizado 8 mayo 2012; citado 8 mayo 2012]. Disponible en:

<http://www.paho.org/spanish/ad/ge/VAWPregnancy.sp.pdf>

8.- Cepeda, A; Morales, F; Henales, M; Méndez, S Violencia familiar durante el Embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién Nacidos de peso bajo. Perinatol Reprod Hum [serie en Internet] 2011 Jun; [Citado 04 jul 2012]; 25 (2): 81-87 Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip112d.pdf>

9.- García. Y, Dorrego J, Violencia de género durante El embarazo: prevalencia, riesgos y prevención.. Venezuela Rev Saude Pública.[serie en Internet]. 2008 Enr.[citado 21 Jun 2012]. 38(1).62-70. Disponible en:

<http://www.sergas.es/Docs/Enportada/Eventos/Comunicaciones/C41.pdf>

10.- Proyecto de Cooperación Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES, Departamento de Cusco.: 2000: disponible desde: [http://www.aecid.es/galerias/noticias/descargas/2012/201203/Encuesta\\_violencia\\_contra\\_las\\_mujeres\\_Txnez\\_2000.pdf](http://www.aecid.es/galerias/noticias/descargas/2012/201203/Encuesta_violencia_contra_las_mujeres_Txnez_2000.pdf)

11.- Lila M. Investigación e Intervención en Violencia contra la Mujer en las Relaciones de Pareja. Intervención Psicosocial COPM \*[serie en Internet]. 2010 Nov \*\*[citado 16 Mar 2015]; 19 (2): 105-108. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2010v19n2a1.pdf>

12.- Marroquín, M. la violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer Embarazada y su producto. Repositorio Institucional de tesis digitales. [serie en Internet] 2012. Feb. [Citado 04 jul 2012];1, 300-315 Disponible en: <http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/2642/1/LAVIOLENCIAINTRAFAMILIARCOMOFACTORDERIESGOENLAMUJER%20EMBARAZADAYSUPRODUCTO.pdf>

13.- Vega G, Hidalgo D, Toro J. Violencia basada en género desde la Perspectiva médica, Rev Obstet Ginecol, [serie en Internet] 2011. Jun; [Citado 04 jul 2012] 71(2):88-97 Disponible en: <http://www.sogvzla.org/ROGV/2011Vol71N2.pdf#page=20>

14.- Hernández A. Prevalencia de la violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 25 años de edad de la unidad de medicina familiar N°92. Período Agosto a Octubre de 2012. [Tesis de Especialidad]. Toluca –México: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina. Coordinación de investigación y estudios avanzados.

Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14504/1/411448.pdf>

15.- Bohle X. Magnitud y características de la violencia doméstica en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia y ginecología del Hospital Clínico Regional Valdivia. [Tesis de Licenciatura]. Valdivia-Chile: Universidad Austral de Chile. 2009. Disponible en:

<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fmb676m/doc/fmb676m.pdf>

16.- Vieira. L, Ferreira. R, Moreira. G, Gondim. A, Araujo. M, Silva. R. Factores asociados a la sobreposición de tipos de violencia contra la mujer notificada en servicios centinela. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serie en Internet]. Jul-ago. 2013 [citado 24 Jul 2013] 21(4). Disponible en:

2013 [citado 24 Jul 2013] 21(4). Disponible en:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es\\_0104-1169-rlae-21-04-0920.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0920.pdf)

17. - Lam, N Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. Revista Peruana de Epidemiología. [serie en Internet] 2010 Dic [citado 04 jul 2012]; 14(3) 193-200 Disponible en:

[http://rpe.epiredperu.net/rpe\\_ediciones/v12\\_n03\\_2008/AO3.pdf](http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/v12_n03_2008/AO3.pdf)

18.- García S, Francisco A. Modelo Ecológico y Modelo Intrapsíquico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid 29 y 30 de noviembre de 2001.

[http://www.nl.gob.mx/pics/pages/iem\\_publicaciones\\_base/Observatorio\\_LibroI.pdf](http://www.nl.gob.mx/pics/pages/iem_publicaciones_base/Observatorio_LibroI.pdf)

19.- Saravia J, Mejía M, Becerra S, Palomino A. Violencia Física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados. RPE online \*[serie en internet]. 2012 Ago\*\* [citado 16 Mar 2015]; 16 (02): 1-7. Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/epidemiologia/v16\\_n2/pdf/a07v16n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/epidemiologia/v16_n2/pdf/a07v16n2.pdf)

20.- Escribens P, Proyecto de Vida de Mujeres Víctimas de Violencia Sexual en Conflicto Armado Interno, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer, [serie internet] , Marzo 2012 , ; [Citado 04 jul 2012] Marzo 2012 , 8\_90 disponible en :

[http://mail.demus.org.pe/publicacion/44c\\_proyecto%20vida%20mujeresconflictoarmado.pdf](http://mail.demus.org.pe/publicacion/44c_proyecto%20vida%20mujeresconflictoarmado.pdf)

21.- Lam.N, Contreras. H, Mori. E, Hinostroza. W, Hinostroza. R, Torrejón. E, Coaquira. E, Hinostroza W. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Revista Peruana de Epidemiología. Perú. [serie en Internet] 2010; Dic, [citado 24 Jul 2012] 48(14) 01-08 disponible en: <http://dialnet.uniorija.es>

22.- Marlena. D, Salvatierra. A, Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en Gestantes adolescentes. Hospital san Juan de Lurigancho periodo diciembre [serie en Internet] Febrero, 2011; [citado 24 Jul 2012] 48(1) 259-267 disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3070/3/lopez\\_cm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3070/3/lopez_cm.pdf)

23.- Ku CarbonellS. Violencia de género durante la gestación y su repercusión en el parto y el recién nacido. Hospital María Auxiliadora, marzo, 2009. Rev Per Obst Enf\*[serie en internet]. 2009 Ene-Jun \*\* [citado 07 Jul 2012]; 5 (01). Disponible en:[http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S181677132009000100006&script=sci\\_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S181677132009000100006&script=sci_arttext)

24.- Blitchtein D, Reyes E. Factores asociados a la violencia física reciente de pareja hacia la mujer gestante en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública \*[serie en Internet]. 2010 Ene-Mar \*\*[citado 16 de Mar 2015]; 29 (1): 35-43. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v29n1/a06v29n1.pdf>

25.- Correa M. Segunda L. La violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo y su relación con el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. [Tesis Doctoral]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana; 2007. Disponible desde: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/correa\\_lm/pdf/correa.lm.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/correa_lm/pdf/correa.lm.pdf).

26.- Bewley, C. Coping with Domestic Violence during Pregnancy. [serie de internet] Nursing Standard, 8. 1994 [citado el 18 julio 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/VAWPregnancysp.pdf>.

27.- Agustín G, Arenas M, Castro R, Juárez S, Barrios N. Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del Instituto Mexicano del seguro social. Redalyc[serie en Internet]. 2005. [citado 2012 Junio 04]; 31, (1) [alrededor de 26 pantallas]. Disponible desde:  
a. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/112/11203110.pdf>

28.- Valdez R. Sanín L, Violencia domestica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer, México. Salud Pública Mex. [Serie en Internet]. 2005. [citado 20 Junio 2012]; 38, (05) [alrededor de 12 pantallas]. Disponible desde: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/105/10638506.pdf>

29.- Duarte J. Violencia de género. Lima: Ediciones MESAGEN;2011. Disponible desde:[http://elecciones2011.cies.org.pe/sites/elecciones2011.cies.org.pe/files/documentoscompletos/G%C3%A9nerodocumento\\_02.pdf](http://elecciones2011.cies.org.pe/sites/elecciones2011.cies.org.pe/files/documentoscompletos/G%C3%A9nerodocumento_02.pdf)

30.- Castillo,A calidad en el servicio de intervención para la atención integral de las mujeres; Líneas de Investigación Género y derecho. .[serie en Internet] 2003 Fbr [citado 04 jul 2012]; 1 . 273-295 Disponible en:

[http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Sinaloa/sinmeta20\\_2.pdf#page=226](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Sinaloa/sinmeta20_2.pdf#page=226)

31.- Rondón, E. Prevalencia y características de la violencia intrafamiliar en Gestantes usuarias del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cuzco (Perú) Biblioteca universidad ansalucia. [Serie en Internet] 2011. Mar.. [Citado 04 jul 2012];1, 300-315 Disponible en:

<http://dspace.unia.es/handle/10334/1463>

32.- Martínez, J. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Revista electrónica trimestral de enfermería. [Serie en Internet] 2011 Oct; [Citado 04 jul 2012]; 24, 352-357 Disponible en:

<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/137531/124891>

33.- Moreno,C. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. [Serie en Internet] jun 2001 [citado 24 Jul 2012] 3 (4); 36 -41; disponible en:

<http://www.paho.org/english/DPM/GPP/GH/Moreno.pdf>

34.- Cuevas, S; Blanco, Y; Juárez, C; Palma, O; Vásquez, R; Violencia y embarazo en usuarias del sector salud. Salud publica de México [serie en Internet] 2006 Agosto [citado 04 Jul 2012] ; 48(1); 239-655. Disponible en:

<http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v48s2/31380.pdf>

35.- Mendez, P; hernandez, M; Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico. Salud Pública de México.[serie en Internet] 2003.Nov[citado 04 jul 2012]; 45(1), 14-60 Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342003000600007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342003000600007&script=sci_arttext)

36.- Annam K, Billings D. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. Rev. Saúde Pública. [serie en Internet]. 2006 [citado 2012 Abril 13]; 41 (4) [alrededor de 20 pantallas]. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n4/5821.pdf>

37.- Martínez, J. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Revista electrónica trimestral de enfermería. [Serie en Internet] 2011 Oct; [Citado 04 jul 2012]; 24, 352-357 Disponible en:

<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/137531/124891>

38.- Moreno,C. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. [Serie en Internet] jun 2001 [citado 24 Jul 2012] 3 (4); 36 -41; disponible en:

<http://www.paho.org/english/DPM/GPP/GH/Moreno.pdf>

39.- Muñoz M, Oliva P, los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente, rev chil obstet ginecol, [serie internet],Mar 2009 ; [Citado 04 jul 2012] 74(5): 281 – 285, disponible en :

<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n5/art03.pdf>

40.- Herrero, C; Agoff, C, Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México; salud pública de México; [serie en Internet] 2006; May, [citado 24 Jul 2012] 48(1) 259-267 disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31382.pdf>

41.- Devries K, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacchus L, García-Moreno C, Watts C. Violencia en la pareja durante el embarazo: análisis de los datos de prevalencia de 19 países. Elsevier Inc \*[Serie en Internet]. 2010 Nov \*\* [citado 16 Mar 2015]; 18 (36): 158-170.

Disponible en:

[http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(10\)36533-5/abstract](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(10)36533-5/abstract)

42.- Rondón Abuhadba E. “Prevalencia y características de la violencia intrafamiliar en gestantes usuarias del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de la Ciudad del Chiclayo durante el período setiembre 2006 –marzo 2007”, [Tesis Magistral]. Chiclayo: Universidad Nacional de Chiclayo; 2007.



## VIII. ANEXOS

### 8.1 MAPA DE LA PROVINCIA DE SULLANA



## 8.2 ACTIVIDAD Y CRONOLOGÍA DEL PROYECTO



















Actividad	Cronograma de ejecución															
	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4			
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°
Revisión y elaboración del título y caratula del Proyecto de tesis																
Asesoramiento planteamiento del problema																
Revisión, Elaboración Marco Referencial y Metodología																
Elaboración de las referencias y citas bibliográficas según vancouver																
Entrega de proyecto final de la tesis																
Preparación y validación de cuestionario																

### 8.3 FINANCIAMIENTO

#### CUADRO DE PRESUPUESTO – BIENES Y SEVICIOS

<b>PARTIDA</b>	<b>NOMBRE DE RECURSO</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
<b>BIENES</b>				
	Material de escritorio			
	papel bond	Millar	1 Y Medio	S/ 40.00
	Lapicero	Un	2	S/ 10.00
	Lápiz	Un	4	S/ 5.00
<b>SERVICIOS</b>				
	Fotocopiado			S/ 100.00
	Impresiones	Un	2	S/ 200.00
	Empastado	Un	8	S/ 250.00
<b>Fuente de Financiamiento</b>				<b>Monto</b>
<b>Recursos Propios</b>				<b>S/ 605.00</b>

## 8.4 ENCUESTA

Codigo.....	
1. Esta usted embarazada. a. Si ( )            b.- No ( )	
2. Cuantos meses de embarazo tiene actualmente.....	
3. Cuantos hijos tiene. a.- Ninguno ( ) b.- Uno ( ) c.- Dos a más ( )	
4. Alguna vez antes de su embarazo le han golpeado, insultado, obligado a tener relaciones sexuales. a. Si ( )            b.- No ( )	
5. Durante su último embarazo le han golpeado, insultado, obligado a tener relaciones sexuales. a.- Si ( )            b.- No ( )	
6. Edad.....	
7. Procedencia.....	
8. Ocupación: a.- Ama de casa  b.- independiente  c.- Dependiente 	
9. Escolaridad. a.- Analfabeta  b.- Primaria  c.- Secundaria  d.- Superior y más 	
10. Escolaridad. a.- Soltera  b.- Conviviente  c.- Casada  d.- Viuda 	
11. Número de abortos. ( )	
12. Partos prematuros. ( )	
13. Antecedentes de maltrato en su niñez. a.- Casi siempre  b.- Ocasionalmente  c.- No le pegaban 	
14. Ingreso económico. a.- No tiene ingreso personal  b.- Gana menos que la pareja  c.- Gana igual que la pareja  d.- Gana más que la pareja 	

N°	ITEMS	De sac uer do tot al	Po co de sac uer do	Int er me dia	Ac uer do	To tal me nte de ac uer
	Quién le agrede es su esposo/pareja					
	Quien le agrede es un familiar varón					
	Quien le agrede es un familiar mujer					
	<b>1.-Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?</b>					
	¿Le ha golpeado con el puño o la mano?					
	¿Le ha golpeado con el cinturón u objeto doméstico?					
	¿Le ha empujado intencionalmente?					
	¿Le ha pateado?					
	¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?					
	¿Le ha amenazado con matarla, matarse o matar a los niños?					
	¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?					
	¿Le ha torcido el brazo?					
	¿Le ha disparado con una pistola o rifle?					
	¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?					
	<b>2.-¿Le ha amenazado con golpearla?</b>					
	¿Se ha puesto a golpear o patear la pared o mueble?					
	¿Le ha hecho sentir miedo de él?					
	¿Le ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete?					
	¿Le ha amenazado con pistola o rifle?					
	¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?					
	¿Le ha insultado?					
	¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?					
	¿Le ha destruido alguna de sus cosas?					
	¿Le ha rebajado o menospreciado?					
	¿Le ha controlado con no darle dinero o quitárselo?					
	<b>3- ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?</b>					
	¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?					
	¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?					
	¿Alguna vez su pareja la ha forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no quería?					
	¿La obliga a llevar a cabo prácticas sexuales que la hacen sentir incómoda?					
	<b>4- Estas agresiones se daban antes de su embarazo</b>					
	Estas agresiones se han dado cuando inicio su embarazo					

Estas agresiones se han dado antes y después del embarazo					
<b>5- Usted ha buscado ayuda</b>					
Usted hablo con alguien sobre estos hechos					
Usted denunció estos hechos					
Usted ha recibido ayuda ante estos hechos					
<b>6 - Usted ha necesitado atención médica por la violencia</b>					
Usted ha necesitado atención psicológica por la violencia					
Usted recibió atención médica y psicológica					

## 8.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO



### Consentimiento Informado Investigación en Gestantes

Señora gestante  
Presente.-  
De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para comunicarle que la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, a través del Departamento Académico de Metodología de la Investigación, se encuentra realizando un estudio sobre violencia en gestantes, con el objetivo de fortalecer la prevención y atención de las complicaciones en su salud.

Usted ha sido seleccionado para participar de dicha investigación, Por esta razón solicito a usted su colaboración para participar de la encuesta y entrevista que le haga el portador de la presente, quién es estudiante universitario de la Carrera Profesional de Obstetricia de nuestra casa superior de estudio y está especialmente capacitado para realizar este tipo de tarea.

Deseamos asegurarle que la información proporcionada recibirá un tratamiento estrictamente confidencial y anónimo. Las respuestas obtenidas no serán divulgadas en forma individual bajo ninguna circunstancia y servirá únicamente para orientar los programas educativos y de atención a desarrollarse.

Asimismo de necesitar usted cualquier apoyo emocional por su participación en ésta investigación puede contactar al teléfono 962527583 donde podremos brindarle toda la información para que usted pueda encontrar ésta ayuda.

Yo, gestante....., en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO, Que he sido debidamente INFORMADA por los responsables de realizar la presente investigación científica, quedando entendido la importancia de mi participación en una encuesta y entrevista para contribuir al mencionado trabajo de investigación.

Que he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que han surgido. Así mismo se garantizará la confidencialidad y anonimato de mi participación, y

se me ha informado de la persona de contacto en caso de necesitar apoyo.

Que habiendo comprendido y estando satisfecha de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, POR LO CUAL OTORGO EL CONSENTIMIENTO para participar de la encuesta y entrevista

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Y, para que así conste, firmo el presente documento.

-----  
Firma de la gestante

Por todo lo expuesto, agradezco desde ya, la atención que usted brinda a la presente.  
Atentamente,

Fecha: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE



MARIA E. GARCIA SHIMIZU  
DOCENTE TUTORA DE INVESTIGACION

Cualquier consulta, queja o comentario, sírvase llamar a los siguientes números:  
Docente Investigador Tutor  
Maria Esperanza Garcia Shimizu  
teléfono: 962527583  
Oficina del Dpto. Investigación: 327933