



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA
VIOLENCIA EN MUJERES GESTANTES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CHILACO
PELADOS – DISTRITO DE LANCONES-PROVINCIA
DE SULLANA- DURANTE EL PERIODO 2012-2015”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTORA:

KATHERINE IVONNE CASTILLO TALLEDO

ASESORA:

OBST. MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU

SULLANA – PERÚ

-2015-



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA
VIOLENCIA EN MUJERES GESTANTES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CHILACO
PELADOS – DISTRITO DE LANCONES-PROVINCIA
DE SULLANA- DURANTE EL PERIODO 2012-2015”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTORA:

KATHERINE IVONNE CASTILLO TALLEDO

ASESORA:

OBST. MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU

SULLANA – PERÚ

-2015-

JURADO EVALUADOR

ANITA ELIZABETH JUAREZ MARCHÁN
PRESIDENTA

AURIA LUCÍA PANTA BOGGIA
SECRETARIA

CINTHYA TERESA CORONADO MORALES
MIEMBRO

MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU
ASESORA

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser la luz en mi vida,
por brindarme las fuerzas para llegar
al final del camino, por la sabiduría e
inteligencia concedidas para realizar
correctamente cada uno de mis sueños.

A mis padres:

Ricardo e Ivonne por su amor
incondicional, por ser ejemplo
de fe y perseverancia.

**A la Universidad Católica
Los Ángeles de Chimbote:**
Por ser Alma Mater en mi
formación profesional.

A la Obst. María E. García:

Gracias por su paciencia.

DEDICATORIA

A Dios, arquitecto del mundo
y creador de la vida, por quien
todo existe y por el sentido
que dio a mi vida con la bella
vocación de servir.

Con mucho amor, a mi madre
Ivonne Talledo Clavijo, por la
gran esperanza que día a día
depositas en mí y por la pure-
za con que me amas.

A ti papá por tu ejemplo
de lucha y de eterno amor
porque siempre has sido
mi gran inspiración.

A Henry Antonio, porque
eres mi hombro en las caídas,
te amo inmensamente.

A mis hermanos, Ricardo y
Julia, gracias por ser los
mejores amigos.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general, determinar cuál es la prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – provincia de Sullana, durante el periodo 2012– 2015. La investigación fue cuantitativa – descriptiva, se escogió una muestra de **26** gestantes, a quienes se les aplicó un cuestionario de 50 preguntas cerradas. Obteniéndose los siguientes resultados: **85%** contestaron haber sufrido violencia y **15%** lo negaron. Las gestantes que sufrieron mayor violencia fueron: gestantes adolescentes **100%**; gestantes casadas **89%**; gestantes con nivel primario **90%**; según procedencia las gestantes de Zapallal, La Palma y Pueblo Nuevo **100%**; gestantes ama de casa **91%**. Violencia física **86%**; violencia psicológica **95%**, violencia sexual **73%**.

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

Palabras claves: Violencia familiar, embarazo.

ABSTRACT

The research aimed to generally determine the prevalence and factors associated with violence in pregnant women presenting to sexual and reproductive health, and perceptions of health center staff Chilaco Pelados - Sullana province during the period 2012 to 2013. The research was quantitative - descriptive, information gathering was selected a sample of **26** pregnant women who were given a questionnaire of 50 closed questions. With the following results: **85 %** said they had suffered violence and **15 %** refused. Pregnant women who suffered more violence were pregnant teens **100 %** **89 %** married pregnant ; pregnant patients with primary **90 %** of pregnant women by origin Zapallal Pueblo Nuevo La Palma and **100 %** pregnant housewife **91 %** . Physical violence **86 %** **95 %** psychological violence, sexual violence **73 %**.

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

Key words: Family violence, pregnancy.

CONTENIDO

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| 1.- Hoja del Jurado Evaluador | iii |
| 2.- Hoja de agradecimientos | iv |
| 3.- Hoja de dedicatoria | v |
| 4.- Resumen | vi |
| 5.- Abstract | vii |
| 6.- Contenido | viii |
| 7.- Índice de gráficos, tablas y cuadros | x |
| I.- Introducción | 1 |
| II.- Revisión de la Literatura | 9 |
| 2.1. Antecedentes | 9 |
| 2.2. Bases teóricas | 39 |
| 2.3. Bases conceptuales | 57 |
| III.- Hipótesis | 76 |
| 3.1. Formulación de hipótesis | 76 |
| IV.- Metodología | 83 |
| 4.1. Tipo y nivel de la investigación | 83 |
| 4.2. Diseño de investigación | 83 |
| 4.3. Población y muestra | 83 |
| 4.4. Unidad de análisis | 84 |
| 4.5. Criterios de inclusión y exclusión | 84 |
| V.- Resultados | 87 |
| 5.1. Resultados | 87 |
| 5.2. Discusión de resultados | 96 |
| VI.- Conclusiones | 103 |
| VII.- Recomendaciones | 105 |
| VIII.- Referencias Bibliográficas | 107 |
| IX.- Anexos | 118 |
| 9.1. Gráficos | 118 |
| 9.2. Mapa | 127 |
| 9.3. Cronograma de Actividades | 129 |

| | |
|-------------------------------|-----|
| 9.4. Financiamiento | 130 |
| 9.5. Encuesta | 131 |
| 9.6. Consentimiento Informado | 138 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 01: Mujeres gestantes que han sufrido violencia Física, Psicológica y Sexual durante el embarazo, que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – provincia de Sullana, durante el período 2012– 2015. | 85 |
| Tabla 02: Prevalencia de la Violencia Según Edad, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | 86 |
| Tabla 03: Prevalencia de la Violencia Según Estado Civil, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | 87 |
| Tabla 04: Prevalencia de la Violencia Según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados - Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | 88 |
| Tabla 05: Prevalencia de la Violencia Según Procedencia en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 – 2015. | 89 |
| Tabla N° 06: Prevalencia de la Violencia según Ocupación en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 – 2015. | 90 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla N° 07: Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados - Provincia de Sullana, durante el período 2012 – 2015. | 91 |
| Tabla N° 08: Prácticas Asumidas ante la Violencia Sufrida por las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 – 2015. | 92 |
| Tabla N° 09: Determinar las Consecuencias de la Violencia en la Vida de las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 – 2015. | 93 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico N° 01: Distribución Porcentual de las Mujeres Gestantes que Han Sufrido violencia Física, Psicológica y Sexual, que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | 117 |
| Gráfico N° 02: Distribución Porcentual de la Prevalencia de la Violencia Según Edad, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados - Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | 118 |
| Gráfico N° 03: Distribución Porcentual de la Prevalencia de la Violencia Según Estado Civil, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados - Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | 119 |
| Gráfico N° 04: Distribución Porcentual de la Prevalencia de la Violencia Según Nivel Educativo, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados - Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | 120 |
| Gráfico N° 05: Distribución Porcentual de la Prevalencia de la Violencia Según Procedencia, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados - Provincia de Sullana, durante el Período 2012 - 2015. | 121 |
| Gráfico N° 06: Distribución Porcentual de la Prevalencia de la Violencia Según Ocupación, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados - Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | 122 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 07: Distribución Porcentual de los Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes, que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | 123 |
| Gráfico 08: Distribución Porcentual de las Prácticas Asumidas Ante la Violencia Sufrida por las Mujeres Gestantes, que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | 124 |
| Gráfico 09: Distribución Porcentual de las Consecuencias de la Violencia en la Vida de las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 – 2015. | 125 |

I. INTRODUCCIÓN

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, a pesar de que es un hecho frecuente y una causa significativa de morbilidad y mortalidad femenina. La violencia contra la mujer durante el embarazo constituye un problema social y de derechos humanos que repercute de manera importante en la salud y bienestar de los recién nacidos. El embarazo no constituye un factor protector contra la violencia familiar, reportándose a nivel mundial la prevalencia de abuso durante esta etapa del 4 al 25%. (42).

La violencia es la cualidad de violento o la acción y efecto de violentar o violentarse. Lo violento, por su parte, es aquello que está fuera de su natural estado, situación o modo; que se ejecuta con fuerza, ímpetu o brusquedad; o que se hace contra el gusto o la voluntad de uno mismo. La violencia, por lo tanto, es un comportamiento deliberado que puede provocar daños físicos o psíquicos al prójimo. (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).

El caso de la violencia en contra de la mujer ha existido a lo largo de la historia de la humanidad, en todos los países, sin importar clase social o nivel intelectual, credo o cultura. Es más, en muchas ocasiones es –y ha sido– alentada y justificada por estas dos últimas cuestiones. Pero más aún, es difícil de erradicar, ya que es

una cuestión de aprendizaje que se trasmite de una generación a otra, pues las personas han sido socializadas en la creencia de que la mujer forma parte de una categoría secundaria con respecto al hombre, por tanto, no cuenta con los mismos derechos ni obligaciones; es así que la mujer acaba convirtiéndose en una mercancía y, en consecuencia, en “algo” que tiene propietario. Primeramente, a la mujer se le considera como una propiedad de los padres y, posteriormente, de sus maridos o compañeros, los cuales deciden el manejo de su “propiedad” anulando definitivamente los derechos de ésta como ser humano.

La violencia familiar tiene lugar en la casa y se interrelaciona con los miembros de la familia. Ejemplifica un desequilibrio de poder, en que una de las partes por acción (agresiones físicas, psicológicas o sexuales) u omisión (negligencia o abandono) ocasiona desde daño físico hasta el psicológico a otro miembro de la relación.

De acuerdo a estadísticas del Domestic Violence Against Women and Girls, realizado en el 2010 por Innocenti Research Centre-UNICEF, el número de mujeres maltratadas varía enormemente, aunque se estima que del 20 al 50% han experimentado violencia física por parte de un compañero. En un 75% de violencia conyugal se trata de violencia pura contra la mujer, mientras que los casos de violencia contra el hombre apenas llegan al 2%. Tan sólo en España se calcula que al año aproximadamente 60 mujeres pierden la vida a manos de su pareja o su ex pareja, y el número de denuncias se ha incrementado significativamente en los últimos años. (3).

La Constitución peruana de 1993, en su artículo N° 2, confiere a toda persona derecho a no ser discriminado por razón de sexo, derecho a la paz, a la tranquilidad, y a la libertad y seguridad personales. Por lo tanto, el Estado peruano debe garantizar que ninguna persona sea víctima de violencia. También

en 1993, se aprueba en Perú La Ley 26260, “Ley de Protección frente a la Violencia Familiar”, en la que se protege, indistintamente, tanto a las víctimas de violencia de género como de cualquier otro tipo de violencia familiar (ascendientes, descendientes, parientes, etc.). (4).

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. (5).

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 Cuzco habían sufrido violencia física en por lo menos un embarazo. De estas, un tercio en Lima y más de la mitad en Cuzco, 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. (6).

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. (7). 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. (8).

Las causas de este fenómeno son múltiples; se han señalado factores tales como problemas de personalidad y de dinámica interpersonal familiar, situaciones variables como el nivel de pobreza y el estrés económico, así como normas culturales que dan soporte a la violencia de género o a la provocada por la desigualdad social. (9).

La razón más comúnmente relacionada con el alto riesgo de la violencia doméstica durante el embarazo es el aumento de estrés que siente el padre o compañero con respecto al parto inminente. Este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la madre y su niño no nacido. Si el embarazo era imprevisto o no deseado la violencia doméstica contra la mujer llega a ser cuatro veces más probable. Lo que este dato no pone de manifiesto es que el embarazo mismo puede ser un resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos contraceptivos. (8).

Las consecuencias físicas de la violencia doméstica durante el embarazo pueden ser: aumento de peso insuficiente o bajo peso al nacer; infección uterina, infecciones vaginales, cervicales o renales; hemorragia y sangrado vaginal;

trauma abdominal; exacerbación de enfermedades crónicas; complicaciones durante el parto; retraso en el cuidado prenatal; aborto espontáneo; ruptura de membranas; placenta previa; magulladuras del feto, fracturas y hematomas; y muerte. Además de los daños físicos ya mencionados, la violencia doméstica durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas. La mujer embarazada está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas. Éstos pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo. Las consecuencias psicológicas a largo plazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de la violencia doméstica después de su nacimiento. (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, sus distritos y demás caseríos como “CHILACO PELADOS” ubicado en el distrito de Lancones, provincia de Sullana. Tiene tatuado este grave problema como una maldición que no se acaba y nos persigue hasta el siglo XXI.

El proyecto línea trata de los cuidados obstétricos y la salud sexual y reproductiva en las mujeres y varones según su etapa de vida lo cual guarda relación con la presente investigación debido a que al detectar oportunamente la violencia de género durante el embarazo se pueden prevenir las innumerables consecuencias físicas y psicológicas para la madre y el alto riesgo de malas condiciones de nacimiento y vida del producto.

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 centro de salud Chilaco Pelados – provincia de Sullana, durante el período 2012-2015?

El objetivo general es determinar cuál es la prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al centro de salud Chilaco Pelados – provincia de Sullana, durante el período 2012– 2015, para dar respuesta a este objetivo se plantean los siguientes objetivos específicos:

Estimar la prevalencia de la violencia según edad, estado civil y nivel educativo, procedencia 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 centro de salud Chilaco Pelados – distrito de Lancones, provincia de Sullana, durante el período 2012– 2015.

La violencia entre los seres humanos ha existido en todas las épocas; sin embargo, el problema que actualmente se vive, en el inicio del siglo XXI, merece que sea atendido adecuadamente por los profesionales que de una u otra manera se encuentran involucrados en su atención.

Este problema debería estar ya desterrado en una sociedad civilizada, sin embargo sigue actuando entre nosotros como si fuera el único medio, por medio del cual unos muchos hacen oír su voz, mientras que la mayoría, perjudicada, ha de seguir callando.

El presente estudio cobra importancia toda vez que se pretende identificar y describir las percepciones y prevalencia de violencia en mujeres gestantes, con el objetivo de difundir información y modelos para mejorar el abordaje de las inequidades de género en salud que persisten en la región. Al hablar de “inequidades de género en salud” se hace referencia a las diferencias injustas pero prevenibles entre mujeres y hombres, factor asociado a la prevalencia de la violencia contra la mujer.

Aportará material teórico para estudios posteriores acerca de los diferentes tipos de violencia, sus causas y consecuencias, relacionándolos con las inequidades sociales y culturales que la exacerban. Planteará sugerencias y recomendaciones sobre el análisis de género, y detalla la percepción de las usuarias del servicio de salud, los retos y controversias que despierta la lucha contra la violencia. Su lectura resultará de utilidad para los encargados de tomar decisiones, los profesionales de salud y de otros programas sociales, los investigadores y los funcionarios que abogan por una equidad de género.

Los aportes a la sociedad se orientan hacia el seno familiar, principal formador, propulsor y escenario de violencia durante el embarazo u otra etapa de vida a través del acercamiento a la realidad de la violencia contra la mujer desde un enfoque microsociológico, que consiste en el análisis de la vida cotidiana a través de las interacciones sociales.

Otra contribución será proveer de información clave a los establecimientos de salud de nuestra región, sobre las percepciones y prevalencia de la violencia durante el embarazo de las usuarias de los servicios de salud como base para la elaboración y promoción de estrategias y alternativas de solución que nos permitan intervenir dentro y fuera del hogar de la gestante con su participación y la de la comunidad disminuyendo cifras, porcentajes y demás indicadores

negativos de la violencia contra la misma que hace víctima al niño no nacido y desde ya perturba su desarrollo somático y psicoemocional en su estado de mayor vulnerabilidad .

La población o universo de estudio estará conformada por las 26 gestantes que residen en el caserío “Chilaco Pelados”- provincia de Sullana. El diseño de la investigación es descriptivo de corte transversal. Para el cálculo de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico, realizándose una cuidadosa selección de los participantes, mediante el programa EPI data 3.1, con una proporción esperada del 80% y con un 95% de nivel de confianza.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Es importante saber reconocer la magnitud del problema de la violencia de género durante el embarazo para poder evaluar las causas, consecuencias y medidas preventivas a fin de abordarlo como problema de salud pública. Para fortalecer lo mencionado contamos con las siguientes investigaciones acerca del tema.

A nivel internacional

Marisol Lila 2010, España (14), 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.

Gabriela Vega, Dinora Hidalgo, Judith Toro Merlo 2011, Venezuela (15), investigaron sobre la prevalencia de la violencia de género durante el embarazo, obteniendo los siguientes resultados: Del total de la muestra, 266 mujeres gestantes (66,5 %) había sufrido algún tipo de violencia durante la gestación, más de uno en algunos casos, predominando la violencia psicológica (66,25 %), seguida por la violencia física (38,25 %), siendo el grupo etario 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. 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. La violencia de género es un problema de salud pública a nivel mundial, y Venezuela no escapa de esta realidad, determinando mediante esta investigación que la mayoría de las mujeres sufren algún maltrato a lo largo de su vida, recordando que 3 de cada 5 mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia durante la gestación.

Anabel Hernández Carbajal 2012, Toluca - México (16), 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.

Humberto Trejo-Lucero, Juan Torres-Pérez, Miguel A Medina-Jiménez, Juan Carlos Briones-Garduño, José Meneses- Calderón 2010, México (17), investigación acerca de la frecuencia de depresión durante el embarazo y los posibles factores asociados a ésta. Se aplicó un cuestionario, diseñado para identificar la presencia de depresión, a 337 gestantes, obteniendo los siguientes resultados:

En el 98.2% de las gestantes se encontraron datos de algún grado de depresión; 4.7% refirieron haber abortado en embarazos previos y

10.0% dijeron haber tenido más de una pareja sexual. La depresión fue calificada como leve en 64% y 18.1%, mencionaron violencia por su pareja. La depresión fue más frecuente en las de 17 años y las de familias de seis o más miembros.

Ximena Verónica Bohle Urrutia 2010, Chile - Valdivia (18), 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 46 años, el 23% eran adolescentes (14 a 19 años), el 59.1% tenía entre 20 y 34 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) del 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 el 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 termino de la relación de pareja no más 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.

Karen Devries, Sunita Kishor, Holly Johnson, Heidi Stockl, Loraine J Bacchus, Claudia García Moreno, Charlotte Watts 2010, España (19), 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

Inmaculada Sala Musach, Ana Rosa Hernández Alonso, Roser Ros Guitart, Gemma Lorenz Castañe, Neus Parellada Esquius 2010, Barcelona-España (20), realizaron esta investigación con el fin de evaluar si preguntas clave permiten detectar la violencia doméstica durante el embarazo (VDE) y conocer la prevalencia de ésta en atención primaria (AP) y en atención a la mujer (AM), ambos consultorios del departamento de Ginecología y Obstetricia. Para ello se recurrió a la selección sistemática aleatorizada de mujeres en AP (se excluyó a las que se conocía que se las maltrataba) y de mujeres que acudían por primera vez al servicio de AM. Se seleccionaron controles emparejados por edad. Se entrevistaron a 400 mujeres. Se realizó anamnesis y un cuestionario.

En el grupo control (GC) había una pregunta referente a VDE, en el grupo intervención (GI) se incluían 6 preguntas clave: Relación de sus padres y lo de la pareja, si la pareja había sufrido maltrato, relación con su pareja, si se consentían las relaciones sexuales y si la pareja se enfadaba cuando no quería tenerlas. Ante VDE se preguntaba el tipo, características y duración. Otras variables estudiadas fueron la edad, nacionalidad, estudios realizados, situación laboral, antecedentes patológicos, hábitos tóxicos y antecedentes ginecológicos. También se recogieron datos sobre la pareja (estudios, situación laboral, antecedentes patológicos y hábitos tóxicos).

Se detectaron 101 (25,3%) casos de violencia, 58 (29,4%) en el GI y 43 (21,2%) en el GC. En AM se detectó el 32,7 y el 17,5% y en AP el 25,3 y el 25,8% respectivamente. Presentaba enfermedad psiquiátrica el 23,5%, el 15% de las no maltratadas y el 44% de las maltratadas (de éstas, en el 68% la enfermedad era posterior al maltrato). La edad, nacionalidad, nivel de estudios, situación laboral y hábitos tóxicos de

la mujer no se relacionaron estadísticamente con el hecho de recibir maltrato. Se observó una relación significativa entre el mayor número de abortos voluntarios y la mayor prevalencia de enfermedad psiquiátrica en las mujeres maltratadas con un 0,46% y 42,6% respectivamente.

Las características de las parejas de ambos grupos eran similares, excepto por el mayor consumo de alcohol en las parejas de AP con maltrato (38%) frente a las no maltratadas (30%). Se hallaron 94 (23,5%) mujeres que referían tener enfermedad psiquiátrica (prevalencia del 16% en el grupo sin maltrato y del 44% en el grupo de maltratadas), en 31 (33%) la enfermedad psiquiátrica era posterior al maltrato, en 6 (6,4%) la enfermedad era previa al maltrato y en 9 (9,6%) se presentaban ambas situaciones y no conocía las fechas.

El tipo de violencia más frecuente fue la violencia psicológica (89%), seguido de la violencia física (40 %), la violencia sexual (17 %) y otros tipos de violencia (5 %). En 14 (13,9%) casos se había realizado la denuncia (el 11,8% en AM y el 19% en AP), sin diferencias entre el GI y el GC.

La media de años de convivencia con el agresor era de 14,3 años, ésta era mayor en las mujeres de AP (18,98 años) frente a las mujeres de AM (10,2 años). La duración de la situación de VDE era de 127,5 meses (antes del embarazo, durante el embarazo y en el post-parto), superior en AP (175,6 meses) que en AM (89,5 meses).

Ana Bernarda Ludemir, Glyn Lewis, Sandra Alves Valongueiro, Thalía Velho Barrero de Araújo, Ricardo Araya 2010, Recife - Brasil (21), realizaron un estudio de cohorte prospectivo. Se reclutó a mujeres embarazadas (edad 18-49 años) en su tercer trimestre de embarazo, que asistían a clínicas de atención primaria de la salud. Las mujeres fueron entrevistadas durante el embarazo y después del parto. La forma de la violencia de pareja en el embarazo se evaluó mediante un cuestionario validado, y la escala de depresión postnatal de Edimburgo se utilizó para medir la depresión postnatal. Se eligió a 1.133 mujeres embarazadas para el estudio, de los cuales 1.045 tenían datos completos para todas las variables y fueron incluidos en el análisis.

Del total, 270 mujeres (26%) manifestaron depresión postnatal. La forma más común de violencia en la pareja era psicológico (28%). La frecuencia de la violencia psicológica durante el embarazo se asoció positivamente con la aparición de la depresión postnatal, y aunque esta asociación fue atenuada después del ajuste, las mujeres que informaron la frecuencia más alta de violencia psicológica eran más propensas a tener depresión postnatal, incluso después del ajuste (29%). Las mujeres que reportaron violencia física o sexual durante el embarazo eran más propensas a desarrollar depresión postnatal (28%).

Michele Kiely, Ayman A.E. El-Mohandes, M. Nabil El-Khorazaty, Marie G. Gantz 2010, Washington DC (40), realizaron un estudio cuyo objetivo fue estimar la eficacia de la intervención psico-conductual durante la atención pre-natal en la reducción de la violencia doméstica y su recurrencia durante el embarazo y después del parto, para mejorar los resultados de los nacimientos en mujeres

afroamericanas. Se reclutaron al azar 1044 mujeres las cuales recibieron sesiones de asesoramiento individual y grupal según la evidencia de violencia de género durante el embarazo y puerperio. Una minoría, eran ≥ 18 años de edad y ≤ 28 semanas de embarazo, un residente de Washington y de habla inglesa. Casi dos tercios (63,4%) fueron reclutadas antes de las 22 semanas de gestación, el 16,9%, entre 22 y 25 semanas de gestación y el 19,7% de entre 26 y 28 semanas de gestación.

La muestra fue dividida en dos grupos: atención de usuarias al azar y atención de usuarias de forma habitual. Los resultados fueron los siguientes: No hubo diferencias significativas entre estos dos grupos. Durante la entrevista de referencia, 336 mujeres (32,2%) informaron haber sufrido violencia doméstica un año antes del embarazo. De estas mujeres 169 estaban en la intervención aleatoria o al azar y 167 estaban en el grupo de atención habitual. Las madres eran de 24,5 años de edad aproximadamente. En promedio, los participantes refirieron que la violencia doméstica inició a las 13 semanas de gestación, 76% eran solteras, 68% tenía al menos educación secundaria y el 79% estaban inscritos en un instituto de educación superior. En esta población, el 22% de las madres admitió al tabaquismo activo durante el embarazo, el 78% fueron auto-identificados como pacientes de riesgo para una ITS y el 62% estaban deprimidas.

Además, el 32% admitió haber consumido alcohol y 17% admitió que el uso de drogas ilícitas durante el embarazo. Resultados de regresión logística para continuar evaluando la presencia de violencia en todas las entrevistas durante el embarazo y después del parto mostraron que las mujeres de la intervención fueron menos propensas a tener

episodios recurrentes de violencia (48%). El consumo de alcohol durante el embarazo medido al inicio del estudio y la depresión se asocia con el riesgo de episodios recurrentes de violencia durante el embarazo en un 18%. Las mujeres durante la intervención eran menos propensas a ser víctimas de sus parejas en la primera o segunda entrevistas de seguimiento (segundo o tercer trimestre). La diferencia no alcanzó significación en el período posparto.

Los resultados indican que las tasas de bajo peso al nacer (<2500 gramos) (BPN) no fueron diferentes en los dos grupos (intervención aleatoria = 12,8% versus atención habitual = 18,5%), mientras que muy bajo peso al nacer (<1500 gramos) (MBPN) las tasas fueron más bajas entre las mujeres de intervención (intervención aleatoria = 0,8% versus atención habitual = 4,6%). Además, las tasas de nacimientos prematuros (< 37 semanas de gestación) (PPT) no fueron estadísticamente diferentes en los dos grupos (13,0% versus 19,7%, respectivamente). Sin embargo, los dos grupos de mujeres fueron significativamente diferentes con respecto a parto inmaduro extremo (<33 semanas de gestación, 1,5% versus 6,6%).

Daniel Gartland, Sofie Hemphill, Katie Hegarty, Sara J. Brown 2011, Melbourne –Australia (41), realizaron una investigación cuyo objetivo principal era evaluar la violencia del compañero íntimo (VCI) o violencia de género durante y después del embarazo en un estudio longitudinal de cohorte, y examinar los factores sociales y económicos que fomentan o inhiben la violencia. Las mujeres nulíparas fueron reclutados de 6 hospitales públicos de Melbourne, Australia. Gracias al uso de cuestionarios auto administrados que incluyen medidas estandarizadas que evalúan el miedo a la pareja durante el embarazo,

entre los 6 y 12 meses después del parto; y el período de prevalencia de maltrato físico y emocional en los primeros 12 meses después del parto, 1507 mujeres completaron la anamnesis y en su mayoría cursaban las 15 a 31 semanas de gestación. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Fracciones de respuesta a los 3, 6 y 9 meses antes del parto fueron 95, 93 y 90% del total respectivamente que sufrieron algún tipo de violencia, siendo el tipo más común la violencia psicológica. El 5,1 y el 5,4% de las mujeres reportaron el miedo en el embarazo y el primer año después del parto, respectivamente. El 17% experimentó abuso físico y / o emocional en el primer año después del parto. La mayoría de las mujeres que informaron temor de parte de su pareja en el primer año después del nacimiento índice, informó miedo antes y / o durante el embarazo.

Las mujeres que trabajan en el embarazo temprano que se clasificó para la licencia de maternidad remunerada habían reducido significativamente las probabilidades de contabilidad conjunta, física y emocional en los primeros 12 meses después del parto en comparación con las mujeres que no trabajan (21% y 55% respectivamente). Pocas madres primerizas informaron miedo por primera vez después del parto que sugiere que la violencia durante el embarazo comúnmente comienza antes del primer nacimiento (83%).

Simone Agadir Santos, Giovanni Marcos Lovisi, Cristina da Costa Braga Valente, Leticia Legay, Lúcia Abelha 2010, Río de Janeiro-Brasil (43), realizaron un estudio descriptivo en una unidad básica de salud en Río de Janeiro a fin de determinar la presencia de violencia doméstica durante la gestación. Los resultados fueron los siguientes:

De las 340 (97%) mujeres invitadas a participar en el estudio, 9 negaron haber sufrido de violencia durante el embarazo (3%). La edad de las mujeres osciló entre 10 y 42 años, con una media de 24,45 años. Aproximadamente el 25% de la muestra estuvo conformada por adolescentes (10-19 años). La mayoría de las madres entrevistadas estaban casadas (64,4%), con bajo nivel de educación (59,2%), mujeres mestizas (55%), natural de Río de Janeiro (62,2%), desempleadas (46 8%) y aproximadamente el 90% se ubica dentro de la clase baja a la clase media.

La prevalencia de la historia previa de depresión, depresión gestacional y tratamiento psiquiátrico anterior fueron 23, 14,2 y 3,3%, respectivamente. En cuanto a las variables obstétricas, 39% de las mujeres embarazadas eran primíparas y el 62% no había planeado el embarazo. Aproximadamente el 30% informó haber sufrido un aborto al menos una vez, el 12,4% y el 16,3% fueron abortos inducidos y abortos involuntarios respectivamente; 10% tenía antecedentes de enfermedad gestacional y prematuridad y el 5,7% de bajo peso al nacer. Se encontró la prevalencia de 42,6% de malos tratos a lo largo de la vida, el 9,4% padeció violencia física en el último año, el 5,1%, de violencia durante el embarazo, el 2,1% presentó abusos sexuales el año pasado.

Al analizar las características clínicas y epidemiológicas, había una asociación entre el maltrato a lo largo de la vida y las siguientes variables: antecedentes de depresión 29%, tratamiento psiquiátrico anterior 1%, depresión durante el embarazo 15%, tabaquismo 15%, abuso de alcohol 7%.

El abuso de alcohol también se asoció con: Abuso de la violencia durante el embarazo 4%, abuso sexual 2%. El abuso de drogas se asoció con la violencia durante el embarazo y el abuso sexual 2%. Todos los eventos estresantes experimentaron al menos una asociación con todos los tipos de violencia, excepto historial de accidentes, incendio o desastre, el secuestro y el robo.

A nivel nacional

Juan Carlos Saravia, Mirian Mejía, Silvia Becerra, Anita Palomino 2012, Perú (22), 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 bi-variados 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.

Nancy Castañeda, Mónica Tamayo, Zoila Miraval, Digna Manrique, Nilton Alvarado, Carlos Carrillo 2008, Huánuco (23), investigación con el objetivo de determinar la perspectiva de las mujeres acerca de la violencia basada en género, como factor de empobrecimiento en las familias de la provincia de Huánuco, específicamente en 200 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acudían a la Fiscalía de la Familia, Centro Emergencia Mujer, Comisaría de la Policía y ONG Paz y Esperanza, obteniendo los siguientes resultados:

El maltrato físico se presentó en 78% de los casos; 39% se dedicaba a las labores del hogar (amas de casa), lo que refleja que eran dependientes económicamente. El machismo imperante en nuestra sociedad y el autoritarismo de las parejas constituyeron condicionantes para que ocurrieran hechos de violencia (51%); asimismo, los problemas económicos que afrontaba la familia (27%).

Las mujeres víctimas de violencia percibían que la pobreza es no tener dinero para cubrir las necesidades básicas de alimentación, estudios y vivienda (89%). La percepción de las mujeres víctimas de violencia para dejar de ser pobres fue que tendrían que ponerse a trabajar (29%). Asimismo, afirmaron que, debido a los maltratos que recibían, se encontraban imposibilitadas de trabajar (17%) y padecían constantemente de diversas enfermedades (9%). En conclusión la violencia es un factor de empobrecimiento que conlleva a un deterioro de capital humano, pues por efectos de la primera las mujeres tienen disminuidas sus capacidades para ingresar al mercado laboral, tienen su autoestima destruida y se sienten incapaces de afrontar el abuso.

Juan Escobar, Percy Pacora, Nilton Custodio, Walter Villar 2009 Lima-Perú (24), investigación con el objetivo de determinar la asociación entre depresión posparto y la violencia basada en género en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Con 100 mujeres puérperas de 1 a 12 meses de tiempo puerperal, obteniendo los siguientes resultados:

La tasa de depresión posparto fue 17%, encontrando diferencias estadísticas al compararla con autoestima, depresión previa al embarazo, ansiedad durante la gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación.

El 51% fue víctima de violencia basada en género ($p=0,001$), siendo la más frecuente la forma psicológica. Se halló diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia basada en género, así como, diferencias estadísticas entre depresión posparto y violencia durante la gestación, encontrando un OR de 5,5 (IC: < 5,5; 16,7>).

Luis Távara- Orozco, Tula Zegarra-Samamé, Ceiso Zelayal, María Luisa Arias, Noemí Ostolaza 2003, Lima-Perú (25), investigación con el objetivo de precisar la prevalencia de la violencia basada en género entre las usuarias de los servicios de salud reproductiva y motivar a los profesionales de salud a detectar estos casos utilizando un cuestionario muy fácil de aplicar en una muestra de doscientos noventa y ocho usuarias de servicios de salud reproductiva en tres hospitales de Lima, entre mayo y julio de 2002. Se identificó el tiempo de violencia y la relación del autor de la agresión con la víctima, obteniendo los siguientes resultados:

Los resultados fueron que un total de 61% de las mujeres entrevistadas aceptó haber sido víctima de algún tipo de violencia, que incluyó violencia emocional 54%, violencia física 32,2%, violencia sexual 21,1% y violencia sexual en la niñez 19,1%. La pareja actual o el ex esposo fueron los principales agresores, siendo los familiares cercanos los mayormente responsables de la agresión sexual en la niñez.

Juan Manuel Escobar Montalvo 2008, Lima-Perú (26), investigación con el objetivo principal de determinar la asociación existente entre la violencia basada en género y la depresión postparto en el Hospital San Bartolomé; así mismo, se describieron los factores predictores de depresión postparto y las características sociodemográficas y del parto de las puérperas participantes del estudio. Los sujetos de estudio fueron 100 mujeres cuya media de edad fue de 27,8+/- 6,1 años, con una media de tiempo de puerperio de 4,5+/-3,2, obteniendo los siguientes resultados:

En el 56% de los casos sus embarazos fueron no planificados terminando dichas gestaciones en el 74% por vía vaginal, el 82 % se encontró en el nivel socioeconómico medio y el estado civil más frecuente fue el de conviviente. Se encontró que el 4% presentó baja autoestima, el 27% reportó haberse sentido deprimida antes del embarazo, el 72% se sintió deprimida y el 47% ansiosa durante el embarazo y el 51% presentó tristeza postparto.

La tasa de DPP fue de 17% con una media de 7,5+/-5 y una moda de 10 puntos para la escala de Edimburgo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos de DPP y autoestima, historia de depresión previa al embarazo, ansiedad durante la

gestación, satisfacción marital y eventos estresantes durante la gestación. Así mismo; se detectó que el 51% de las mujeres habían sido víctimas de VBG, siendo la VBG psicológica la más frecuente y la pareja el principal agresor.

Nelly Lam, Hans Contreras, Fátima Cuesta, Elizabeth Mori, Janet Cordori, Natalia Carrillo 2008 Lima-Perú (27), investigación con el objetivo de establecer que las gestantes sometidas a violencia tienen menor prevalencia de síntomas depresivos cuando tienen un adecuado nivel de resiliencia y/o apoyo social. Se realizó un estudio observacional transversal analítico multivariado en tres hospitales de Lima, Perú (Instituto Nacional Materno Perinatal, Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé” y Hospital Nacional Arzobispo Loayza), realizado en 593 gestantes que acudieron a consulta prenatal, obteniendo los siguientes resultados:

Que 481 (81.1%) gestantes viven con su pareja, dedicándose a labores hogareñas exclusivas 410 (69.1%); tenían antecedente de aborto previo 161 (27.2%), eran primigestas 218 (36.5%) y 435 (73.4%) iniciaron su consulta pre natal en el primer trimestre. Sufrieron alguna forma de violencia durante el embarazo 159 (26.8%), siendo la violencia psicológica la más frecuente con 152 casos (25.6%). La prevalencia de casos probables de depresión mayor fue de 34.1% (202/593), la que se elevó a 59.1% (94/159) al considerar sólo gestantes violentadas; las gestantes violentadas presentaron niveles significativamente menores de apoyo social (59.1% vs. 67.29%; $p < 0.001$) y de resiliencia (129.87% vs. 136.26%; $p < 0.001$) en comparación con las gestantes no violentadas.

Nuestros resultados evidencian asociación significativa entre el antecedente de violencia durante el embarazo y la presencia de síntomas de probable depresión gestacional. Concluyendo que en las mujeres violentadas se encontraron menores niveles de resiliencia y apoyo social que en las no violentadas, y al evaluar el apoyo social adecuado y la alta resiliencia, se observó que actúan como factores protectores, ya que ambos disminuyeron el riesgo de presentar síntomas de depresión gestacional.

Susana Elsa Ku Carbonell 2009, Lima-Perú (28), 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 semiestructurado, 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.

Christian Salas Beteta 2008, Lima (29), investigación cuyos resultados fueron los siguientes: La ONG Manuela Ramos indica que los datos recogidos por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público revelan que en nuestro país, durante el primer semestre del año 2007 se realizaron 53. 289 exámenes por violencia familiar e integridad sexual, de los cuales 42, 276 pertenecen a mujeres, representando el 79% del total de personas atendidas. El servicio por violencia familiar representa el 52% de los servicios prestados por el Instituto de Medicina Legal. Las mujeres de 30 a 40 años son las que mayormente acuden a los servicios por violencia psicológica (3581 casos).

A partir de dichas cifras, se calcula que en el Perú cada hora 10 mujeres son víctimas de violencia familiar. Eso sin considerar el grueso de personas que no denuncian las agresiones, sea voluntariamente, por reconciliación o perdón al agresor o con sometimiento de su voluntad, por amenaza de violencia o coacción.

Por su parte, el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán indica que, según Endes Continua 2004, el 42% de mujeres alguna vez fue violentada físicamente por parte del esposo o compañero. En la sierra del Perú la cifra se eleva a 47%, en la selva a 46%, en el resto de la costa asciende a 38%, y en Lima Metropolitana la cifra es de 37%.

Asimismo, esta fuente precisa:

- Que las mujeres con primaria y secundaria se exponen más a situaciones de violencia física (44%). Las mujeres divorciadas, separadas o viudas se exponen más a la violencia (63%). La madre (31%) y el padre (24.9%) se convierten en las personas diferentes al cónyuge que ejercen violencia física contra las mujeres.
- Solamente el 56.9% de mujeres que señalaron que su pareja consume alcohol reportaron algún tipo de violencia física alguna vez por sus parejas, cuando éstos se encontraban bajo los efectos de haber consumido licor o drogas o ambas cosas.
- Apenas el 13.3% de mujeres violentas solicitó ayuda a una institución, y el 38.3% a personas cercanas. Las mujeres que no solicitaron ayuda señalan que “No era necesario” (35.5%), por “vergüenza” (14.3%), porque “No sabe dónde ir” (12.9%).
- La violencia durante el embarazo también se produce. El 14.8% de mujeres que estuvieron alguna vez embarazadas sufrieron violencia física durante este periodo. En el 97.9% de los casos la agresión fue de parte del padre del niño. En el 32.4% hubo golpes en el abdomen.

Finalmente, cabe precisar que los principales departamentos del Perú donde se registran mayor cantidad de denuncias por violencia familiar a mujeres son: Lima 39,9% (20650 casos), Arequipa 13,9% (7188 casos) y Cuzco 6,5% (3370 casos).

María Perales, Swee May Cripe, Nelly Lam, Sixto Sánchez, Elena Sánchez, Michelle Willians 2013, Perú (44). Este estudio evalúa la prevalencia, tipos, y el patrón de la violencia del compañero íntimo (VCI) durante toda la vida y el embarazo actual de 2.392 mujeres en Lima, Perú. La prevalencia de violencia sea física, sexual o emocional es del 45,1% durante el embarazo.

Para las mujeres que han experimentado abuso, la prevalencia de violencia física, emocional y sexual es del 34,2%, 28,4% y 8,7%, respectivamente. Edad (≥ 30 años), solteras, empleadas, y económicamente desfavorecidas mujeres y las personas con poca educación tienen más probabilidades de experimentar la violencia durante el embarazo. Es necesario realizar esfuerzos en la detección de violencia en todos sus tipos antes del parto universal e intervenciones apropiadas para reducir la carga de la violencia que sufren las mujeres embarazadas.

Hans Contreras Pulache, Elizabeth Mori Quispe, Willy Hinostroza Camposano, Maribel Yancachajlla Apaza, Nelly Lam Figueroa, Horacio Chacón Torrico 2010, Perú (45). Realizaron un estudio con la finalidad de determinar las características de la violencia durante el embarazo en adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, Perú. El estudio transversal fue llevado a cabo en el INMP entre enero a marzo de 2010. Se trabajó con una muestra probabilística y un muestreo sistemático. La unidad de estudio fue toda adolescente hospitalizada después de la atención del parto y residente en Lima. Se realizó una entrevista semiestructurada.

El antecedente de violencia se operacionalizó en: Violencia verbal (insultos, ridiculizaciones, humillación); violencia física (jalones del brazo, jalones de los cabellos, empujones); agresión directa (puñetes, cachetadas, patadas, quemaduras), y violencia sexual (relaciones sexuales sin consentimiento).

Se incluyeron 292 madres adolescentes. La edad promedio fue de 16,5 \pm 1 año. En cuanto a estado civil, el 47,9% era conviviente y el 51,4% soltera. El motivo del embarazo fue por relación consentida en el 97,3% y por violación sexual en el 2,7%. El 90,1% de las madres adolescentes refirió no haber planificado el embarazo. El antecedente de violencia reportado fue en 48,1% de violencia verbal; 17,1% violencia física; 8,2% agresión directa, y 6,8% de violencia sexual. Concluyendo que la violencia durante el embarazo adolescente no es un hecho aislado, sino que es altamente frecuente en cualquiera de sus formas.

Dora Blitchtein Winicki, Esperanza Reyes Solari 2010, Perú (46). 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 univariadas 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.

Miriam Correa López 2011, Ate Vitarte – Lima (47). Realizaron una investigación con el fin de analizar la relación que existe entre la violencia durante el embarazo con las complicaciones maternas en puérperas atendidas en el Hospital de Vitarte. El estudio analítico de casos y controles, con una muestra total de 120 puérperas, donde los casos fueron 60 mujeres que no presentaron complicaciones maternas durante el embarazo y los controles fueron 60 mujeres que presentaron complicaciones durante el embarazo, los cuales cumplieron con los criterios de selección.

El instrumento utilizado fue una ficha de recolección elaborada y validada en una prueba piloto, el cual fue aplicado a todas las madres del servicio de puerperio que ingresaron al estudio, para identificar la violencia durante su embarazo.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS vs. 19. En el grupo de mujeres que presentaron complicaciones maternas, el 73.3% de las madres entrevistadas, sufrieron algún tipo de violencia durante el embarazo, mientras que solo un 53.3% de las mujeres que no presentaron complicaciones maternas, sufrieron violencia durante el embarazo. Al analizar cada tipo de violencia en relación a las complicaciones maternas, se encontró que las mujeres que sufrieron violencia psicológica durante el embarazo tienen 2 veces más probabilidad de desarrollar complicaciones maternas (IC 95%:1.18-5.28; $p=0.016$); la violencia física (OR: 2.5; IC 95%: 1.05-5.94; $p=0.035$); violencia sexual (OR: 1.94; $p=0.255$).

Se llegó a la conclusión que las mujeres que han sufrido violencia durante el embarazo, tienen 2 veces más probabilidad de desarrollar complicaciones maternas, a comparación de aquellas que no sufrieron violencia durante el embarazo.

Pedro Mascaro Sánchez, Susana García Parra, Óscar Munares 2010, Callao – Lima (48). Realizaron una investigación con el fin de determinar y comparar las características de la violencia durante el embarazo en pobladores de zonas urbanas y urbano-marginales. Fue un estudio epidemiológico descriptivo. Las participantes en el estudio fueron mujeres de Lima y Callao. Se aplicó una entrevista estructurada a 3 971 mujeres de zonas urbanas y urbano-marginales de Lima y

Callao. Se incluyó mujeres residentes de la zona, excluyéndose aquellas con problemas psicológicos evidentes y problemas del habla. Los datos fueron analizados con estadísticas descriptivas y con el estadístico chi cuadrado, significativo a un nivel $p < 0,05$. Los resultados arrojaron lo siguiente:

De las entrevistadas, 39% tenía entre 20 y 24 años de edad. El 47% identificó violencia física, siendo similar en zonas urbanas y urbano-marginales. Los empujones y bofetadas fueron la forma más frecuente de violencia en ambas áreas. Con respecto al estudio de la violencia psicológica, fueron más frecuentes la utilización de gritos y celos por posesividad, también en ambas áreas. El gasto de la pareja sin la consulta fue ligeramente mayor para el área urbano marginal (49%) que para el área urbana (42%). El intento de tener relaciones sexuales contra su voluntad fue el tipo de violencia más frecuente (37%), más en el área urbana (41%) que en el área urbano marginal (34%). Concluyendo que los episodios de violencia física, psicológica, económica y sexual similares para el área urbana y el área urbano-marginal, siendo la violencia sexual más frecuente en el área urbana.

A nivel regional

Ana Güezmes, Nancy Palomino, Miguel Ramos 2007, Piura (49). Realizaron una investigación 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 aún cuando la mujer se encuentra en la etapa de gestación. De la muestra de 265 mujeres que 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 (50). 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 2009 y 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 o tenía 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. El 47% de ellas buscó atención médica tras la violencia sufrida y 12% hizo la respectiva denuncia policial.

2.2. Bases teóricas de la investigación

2.2.1.- Enfoques de la Violencia Familiar

Enfoque Biológico

Modelo Instintivista

Freud y Lorenz sostienen que la violencia y agresión, son mecanismos instintivos naturales del ser humano, ya que éste es parte de la especie animal, por lo tanto posee características, que se rigen bajo las mismas leyes básicas, facilitando de esta forma la conservación y protección de la vida, siendo esta una conducta instintiva de sobrevivencia y dominio del medio; sobre esta concepción teórica, respecto a las relaciones sociales, Freud plantea la tesis de que en el proceso de socialización un individuo buscare salida a sus deseos instintivos. Este proceso se llama desplazamiento. El desplazamiento es el mecanismo de defensa por la cual un individuo desplaza su hostilidad hacia otro, implica la búsqueda de una víctima propiciatoria.

La psiquis se fija en los individuos sobre los cuales se puede desahogar el odio porque no cumplen con lo que se requiere en alguna esfera de la vida social; el individuo o los individuos pueden no tener nada que ver con el destinatario básico de la hostilidad. Freud manifiesta que este mecanismo puede llevar a una batalla contra la injusticia, la pobreza de la discriminación practicada por los grupos minoritarios. Pero si la experiencia

traumática ha sido excesiva, la sublimación puede no ser lo suficientemente efectiva como para permitir al individuo alcanzar objetivos aceptados socialmente por otros y emocionalmente por él.

✓ **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 la área prefrontal de la corteza. Pacientes que sufren una lesión cortical pueden volverse agresivos e irritables o violentos.

Los neurotransmisores tienen un extenso lugar en los procesos neurofisiológicos de la agresividad. La serotonina en particular se destaca como modulador de la agresividad, siendo también importantes la dopamina y las vías dopaminérgicas ascendentes. Otras áreas que se vinculan es la endocrinología es que los altos niveles de testosterona y niveles bajos de glicemia son generadores o incrementadores de la agresividad.

Los factores genéticos que se relacionan con la agresividad y la violencia son 3:

Primero: Estudios de familia, mellizos y casos de adopción establecen factores genéticamente transmitidos vinculados con esas conductas.

Segundo: Estudios realizados con niños adoptados aseguran que elementos socio ambientales interactúan con los genéticos que implica que para el desarrollo de la agresividad se requiere la presencia de ambas circunstancias genéticas y ambientales.

Tercero: Se considera que los mecanismos bioquímicos asociados a la agresividad, son causados por genes específicos en los modelos animales pudiéndose confirmar que existen mecanismos fisiológicos similares en seres humanos. Dicha conducta enraizada en el instinto agresivo propio de la especie humana por no decir de toda especie animal.

- **Enfoque Psicosocial de la Violencia**

- ✓ **Perspectiva de la personalidad**

La personalidad es el patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas de un individuo, que persisten con el tiempo y en diversas situaciones; lo cual significa que la personalidad persiste a través del tiempo y ante distintas situaciones, suponiendo que la persona siente, piensa y se conduce en forma congruente en diversas situaciones; así la personalidad indica cierto grado de predictibilidad y estabilidad al individuo; la personalidad designa aspectos que distinguen a la persona, es como un sello o una firma psicológica de un individuo, ya que es típica y exclusiva de él.

Existen diferentes teorías que tratan sobre la personalidad, a continuación se menciona la de Raymond Cattell (1965), la cual sostiene lo antes expuesto; los patrones característicos del comportamiento, pensamiento y sentimientos son resultados de los rasgos del individuo y que los rasgos son disposiciones duraderas dentro del individuo, los cuales hacen que piensen, sienta y actúe en una forma determinada, lo que significa que los rasgos de personalidad predisponen a pensar, sentir y actuar de una forma exclusiva.

Los estudios realizados sobre las bases genéticas de la personalidad, han demostrado que existen una serie de rasgos tales como: La emotividad, la actividad, la introversión y extroversión, los cuales parecen recibir un fuerte influjo de la herencia (Henderson, 1982) pero las experiencias desempeñan un papel central en el desarrollo de esas características específicas, ya que unos rasgos pueden potencializarse y otros debilitarse y esto dependerá del reforzamiento, ya sea que reciba un premio o un castigo por determinada conducta manifestada, lo anterior influirá grandemente en que una conducta o comportamiento se introyecte o sea incorporado al individuo, como un rasgo permanente de la personalidad.

Este patrón único de la forma de pensar, sentir y comportarse del individuo, que se llama personalidad, es influenciado y afectado de forma anormal por el entorno social en que se desarrolla el individuo; surgiendo de esta manera los trastornos de personalidad, que son conductas inflexibles de comportarse o que se apartan de las expectativas de la sociedad, donde se desarrolla el sujeto; que inicia sus manifestaciones en la adolescencia o a principios de la edad adulta y que perdura a lo largo del tiempo, manifestando incomodidad o malestar que perjudica el bienestar del individuo.

✓ **Trastorno de la Personalidad**

Hall (1991), sugiere que varios rasgos estables de la personalidad pueden predisponer a la violencia. Las experiencias de violencia cuando niño, la falta de relaciones seguras y otros factores negativos durante la niñez, pueden perjudicar el desarrollo emocional haciéndolo más hostil y agresivo, en general, más impulsivo con menos autocontrol afectivo y menos habilidades sociales.

Harry Stack Sullivan, citado por Sue David et al (1994), propuso que nuestro concepto del yo, identidad y autoestima están formados a través de nuestras interacciones con otros significativos, de manera típica los padres, hermanos y compañeros. Erick Erikson, citado por Sue David et al (1994), también enfatiza a las relaciones padres /hijos, señalando que el amor y la atención paternos son importantes para que el niño desarrolle una sensación de confianza en el medio social. Sin esta confianza, es probable que veamos como peligrosos, hostil y amenazados el ambiente. Como resultado pueden huir de las relaciones personales y evitar las relaciones sociales.

Es sumamente conocida la influencia de los padres y el entorno familiar sobre el modo de manejar del niño su agresividad. El determinante de cómo los padres ejercen su autoridad y la firmeza a la disciplina, la rigidez, las conductas primitivas condicionan el manejo de la agresividad como también lo condicionan la permisividad, la falta de límites por la aceptación pasiva de parte de los padres de las conductas inadecuadas del

niño. Estudios longitudinales han demostrado que en niños agresivos (con agresividad patológica) en un elevado porcentaje se convierten en antisociales y violentos y que prácticamente todos los antisociales adultos antes han tenido trastornos de conducta en su niñez y en su adolescencia.

✓ **Modelo Conductista de la Violencia**

Skinner manifiesta que la respuesta de una conducta se debe al control de dicha conducta por medio de un condicionamiento operante, del mismo modo la respuesta agresiva se logra a través de un reforzador o de un estímulo que lo refuerza. Para Skinner como los demás partidarios del conductismo, un reforzador no es nada más que un estímulo que se refuerza; es decir, fortalece una respuesta a un estímulo reforzador que es la conducta agresiva, y si queremos mantener esa respuesta simplemente reforzamos positivamente dicha conducta y tendremos un individuo agresivo u hostil frente a su ambiente, hasta que eliminemos el reforzador positivo. La conducta humana en general incluyendo la violenta está condicionada a otros reforzadores que él denomina reforzadores secundarios y generalizados.

Estos reforzadores desarrollan su poder reforzante, cuando se presentan o se aplican junto al reforzador original; sin embargo, para que esto suceda, el estímulo discriminativo es para algunas respuestas. Para comprender mejor la relación entre el aprendizaje previo y la conducta agresiva tendríamos que preguntarnos: ¿Por qué la gente se comporta agresivamente? Según el condicionamiento operante, un individuo se comporta agresivamente, porque ha tenido un aprendizaje previo en algún momento de su vida o cuando se era pequeño que es cuando se empieza a moldear la personalidad del niño.

En muchas ocasiones el ambiente familiar es hostil, se le castiga y se trata al niño con violencia produciendo un condicionamiento operante, mediante un refuerzo que a la vez fortalece la conducta violenta, según los conductistas, la respuesta a un estímulo reforzador es la conducta agresiva; o si deseamos mantener esa respuesta, simplemente reforzamos positivamente dicha conducta y tendremos un individuo violento hasta eliminar el reforzador positivo. (35).

- **Enfoque Instintivista**

- ✓ **Teoría del Instinto**

Propuesto por Konrad Lorenz (1971), teoría que sugiere que la agresividad proviene de una tendencia innata, que poseen todos los miembros de una misma especie, instinto de conservación, el más fuerte vence al más débil.

- ✓ **Psicoanálisis**

Sigmund Freud habla de pulsión, proceso dinámico consistente en un impulso (carga energética), que hace tender al organismo a un fin, la pulsión genera excitación, tensión; su fin suprimir tensión; existen pulsiones de vida y de muerte estas últimas se dirigen al interior o al exterior del individuo.

- **Enfoque Ambientalista**

- ✓ **Modelo Frustración- Agresión**

Dollard Miller y otros (1939), los postulados básicos de estas teorías son:

La agresión es consecuencia de una frustración; la frustración conduce a alguna agresión.

- ✓ **Aprendizaje Social**

Albert Bandura (1999), expresa que la forma más efectiva para adquirir comportamientos agresivos la constituyen el aprendizaje directo, habla del aprendizaje vicario que es aquel que se realiza sin necesidad de una experiencia directa, se fija mediante contemplación de modelos. Procesos que componen el aprendizaje por observación: La atención, la retención, la reproducción motora y la motivación. (36).

2.2.2. Violencia Familiar desde el punto de vista legal

Con la puesta en vigencia de la Ley 26260 en 1993, el sistema jurídico peruano inicia una nueva etapa en el tratamiento de la violencia familiar, abordándola como una expresión de la violencia contra las mujeres. Esta ley consagra la obligación del Estado Peruano de proteger a las mujeres víctimas de violencia familia.

- **Democracia y Estado de Derecho (7° política): Séptima política del Estado; Erradicación de la violencia y fortalecimiento del civismo y seguridad ciudadana.**

Es importante tener presente que la seguridad ciudadana implica también la protección de libertades y derechos fundamentales en los espacios familiares, de modo que la intervención del Estado no puede limitarse sólo a la inseguridad que se registran en espacios públicos, sino abarca también los espacios privados. En esa mediada el Estado se compromete a:

1. Consolidar políticas orientadas a prevenir, disuadir, sancionar y eliminar aquellas conductas y prácticas sociales que pongan en peligro la integridad o libertad de las personas.
2. Pondrá especial énfasis en extender los mecanismos legales para combatir prácticas de violencia arraigadas, como el maltrato familiar y la violación contra la integridad física y mental de niños, mujeres y ancianos (...).

- **Décima Sexta Política de Estado; Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud.**

Una comunidad Familiar respetuosa de la dignidad y los derechos humanos de cada uno de sus integrantes, nos permitirá erradicar la violencia familiar y modificar patrones socioculturales que legitiman el ejercicio de violencia en los espacios domésticos y reproduce inequidades de género.

Es política del Estado prevenir, sancionar y erradicar las diversas manifestaciones de violencia que se producen en las relaciones familiares. En esa medida el Estado se compromete a:

1. Prevenir todas las formas de violencia familiar.
2. Institucionalizar políticas multisectoriales para la reducción de la violencia familiar.

- **Constitución Política del Estado**

Consagra el derecho de todo ciudadano (a) de no ser sometido a violencia moral, psíquica o física, ni ser sujeto de tortura o tratos inhumanos o humillantes, además del pleno ejercicio de los derechos.

- **Código Civil**

Reconoce la violencia física y psicológica (manifestaciones de la violencia familiar) como causal para solicitar la disolución del vínculo matrimonial.

- **Código Penal**

Tipifica las acciones de violencia familiar según el daño ocasionado, es decir, pueden ser tipificadas como delito de lesiones, leves o graves, delito contra la libertad sexual, o como faltas contra la persona. Es importante señalar que nuestra legislación penal prevé como agravante la relación de parentesco que exista entre víctima y agresor (cónyuge, conviviente, ascendiente, descendiente natural o adoptivo o paciente colateral de la víctima).

- **TUO Ley contra la violencia familiar (N° 26260)**

Define la política del Estado y de la sociedad frente a todo tipo de violencia familiar, siendo una ley eminentemente protectora. En junio de 1997 se publicó el Texto Único Ordenado (TUO) y a partir de esa fecha, la ley fue modificada en reiteradas oportunidades.

Esta ley garantiza la obligación por parte de los operadores de justicia, de brindar medidas de protección, a efectos de erradicar la violencia familiar.

Las medidas de protección, conocidas también como medidas cautelares, preventivas o provisionales, son actos procesales que tienen como objetivo asegurar la propia actividad jurisdiccional. Se definen, además, como un medio para la realización de la justicia.

Estas medidas se aplican ante la eminencia de un daño irreparable, con la finalidad de garantizar el desarrollo adecuado de una determinada situación jurídica futura. (30).

2.2.3. Violencia Familiar desde el punto de vista de salud

- **Violencia doméstica y su impacto en la salud mental**

Diversos autores han informado sobre el daño y las consecuencias negativas a la salud mental por exposición constante a la violencia. Por ejemplo, Koos señala que una gran cantidad de respuestas de la mayoría de mujeres sometidas a la violencia de género, demuestran un profundo malestar, que si no se resuelve, desarrolla patrones sintomáticos crónicos y de larga duración, que coinciden con el trastorno de estrés post-traumático, causante de los índices elevados de depresión femenina. Esto se manifiesta en los resultados de ciertos estudios que demuestran que en los Estados Unidos, las mujeres golpeadas necesitan 4 a 5 veces más tratamiento psiquiátrico que aquellas a las que no las golpean, y tienen 5 veces más riesgo de intentar suicidarse.

Por otro lado, el maltrato extremo, genera distorsiones cognoscitivas importantes, como la minimización, la negación, la disociación o la separación de la mente del cuerpo en los momentos en los que los golpes son más intensos. Con respecto al uso de drogas y alcohol por parte de las mujeres maltratadas, se ha encontrado que la violencia conyugal es el mayor predictivo de alcoholismo en las mujeres; incluso antes que el control de los ingresos, la violencia en la familia de origen y un marido alcohólico.

El tipo de drogas que más consumen las mujeres maltratadas son las prescritas por su médico. Esto se debe a que presentan diferentes trastornos emocionales como resultado del maltrato.

- **La depresión en mujeres maltratadas**

Saunders y sus colegas, demostraron que en una muestra de 363 mujeres que acudieron a los servicios médicos familiares, la depresión fue el indicador más significativo de que vivían una relación de maltrato. Otros estudios han explorado las características particulares de los estados depresivos de las mujeres maltratadas. Se sabe que los niveles de depresión son diferentes dependiendo de la severidad y el tiempo de exposición al maltrato.

- **El Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT) y su relación con la violencia doméstica.**

Entre los estudios identificados se encontró el de Hoston y Foy, quienes midieron el TEPT en 23 mujeres maltratadas. Sus resultados indicaron que el 40% de los criterios para el TEPT estuvieron relacionados significativamente con la exposición a la violencia, siendo congruentes con la sintomatología del TEPT. Cuando dividieron al grupo entre muy expuestas y poco expuestas a la violencia, 60% de las mujeres maltratadas quedaron clasificadas en el grupo de muy expuestas, en contraste con 12% que se clasificaron como poco expuestas. Estos autores concluyen que la variable más significativa para el desarrollo del TEPT es la intensidad de los episodios violentos a los cuales están expuestas las mujeres.

- **El maltrato a la mujer y su relación con el alcohol**

La relación que hay entre la violencia y el consumo de alcohol de las mujeres se ha documentado en México en diferentes estudios. Por ejemplo Casco y Natera, señalan que las diferentes vicisitudes a lo largo de la vida de las mujeres, entre las que se encuentran la violencia; anudada a otras variables como los antecedentes de alcoholismo en la familia de origen y la privación afectiva durante la infancia, influyen de manera significativa en el desarrollo del alcoholismo de las mujeres. Stark y Flitcraft encontraron que en comparación con las mujeres no golpeadas, las golpeadas corren un riesgo fuera de toda proporción de

caer en el consumo de alcohol de 14% versus 1% y en el de drogas de 9% versus 1%.

En estos estudios se encontró que la violencia conyugal es el principal predictivo de alcoholismo en las mujeres. Además, los estudios reflejan que la mayoría de mujeres golpeadas que beben alcohol empezaron a hacerlo cuando su marido empezó a maltratarlas.

- **Los intentos de suicidio y el suicidio consumado en mujeres maltratadas**

El suicidio es otro de los riesgos que corren las mujeres maltratadas. Está relacionado con los trastornos anteriores de ansiedad, fatiga, miedo, trastorno de estrés post-traumático, depresión aguda y con los trastornos de sueño y de la alimentación. Algunas mujeres ante la desesperanza, la imposibilidad de librarse de una relación de abuso, la imposibilidad de cambiar de vida y la falta de apoyo del entorno social, intenta suicidarse o se suicidan. Los intentos de suicidio de las mujeres se han relacionado estrechamente con el maltrato físico, sobre todo cuando son reiterativos. Los diferentes estudios sugieren que entre 33 y 37% de las mujeres maltratadas han intentado suicidarse y probablemente lo han intentado más de una vez a lo largo de su vida (20% más de las mujeres que no han sido maltratadas).

En un estudio longitudinal en Estocolmo se les hizo un seguimiento durante 5 años a 107 mujeres maltratadas atendidas en sala de emergencias. Se analizaron sus historias clínicas y su demanda de servicios de salud durante los 10 años previos de haber sido

identificadas como maltratadas. Uno de los hallazgos fue la pronunciada diferencia relacionada con el número de hospitalizaciones debido a sus intentos de suicidio, en comparación con los del grupo de control. Durante el periodo de observación (15 años) 21 mujeres intentaron suicidarse, lo que representó 55 admisiones al hospital, lo cual demuestra que varias de ellas intentaron suicidarse en más de una ocasión.

Pero el maltrato no sólo está relacionado con los intentos suicidas, sino que también ha demostrado tener una estrecha relación con el suicidio consumado: Por ejemplo en un estudio transcultural sobre suicidio femenino Counts concluyó que en algunas sociedades africanas, oceánicas y de sudamericanas, el suicidio femenino funciona como una conducta culturalmente reconocida que permite “A las mujeres desposeídas o sin poder, vengarse a sí mismas o de su agresor”.

Otro aspecto explorado en las mujeres que fueron asesinadas por su marido, es el hecho de que es mayor el número de mujeres maltratadas durante el embarazo que mueren a manos de su pareja, que durante el año anterior a embarazarse. (31).

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Definición de Prevalencia

La prevalencia mide en medicina la proporción de personas que en un área geográfica y periodo de tiempo establecido sufren una determinada enfermedad. Se calcula dividiendo el número de individuos que padecen el trastorno (numerador) por el del número total de habitantes del área considerada incluyendo a los que lo padecen. La prevalencia puede referirse a espacios determinados de tiempo por ejemplo un mes, un año o toda la vida.

En los últimos 20 años, los resultados de diversas investigaciones han demostrado que la violencia doméstica no es tan rara, que es una violencia de género y que, en la mayoría de los casos, la ejerce el compañero íntimo o el ex compañero de la mujer.

La conducta violenta, entendida como el uso de la fuerza para la resolución de conflictos personales, surge cuando existe un desequilibrio de poder, permanente o momentáneo, en el cual se establece una relación de abuso. Por medio de ese tipo de conducta, se busca someter, doblegar o subordinar al otro miembro de la relación, ocasionándole daño físico, psíquico y/o económico.

No existe una definición universal de violencia; sin embargo, en 1996 un grupo de expertos, convocado por la Organización Mundial de

la Salud, decidió adoptar la definición que utilizó en 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas, misma que señala que la violencia contra la mujer es “Cualquier acto de violencia basado en el género, que resulta o puede resultar en daño o sufrimiento físico, mental o sexual en la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada”. Por otra parte, por violencia familiar se entienden las distintas formas de relación abusiva que caracterizan, de modo permanente o cíclico, al vínculo familiar.

Las causas de este fenómeno son múltiples; se han señalado factores tales como problemas de personalidad y de dinámica interpersonal familiar, situaciones variables como el nivel de pobreza y el estrés económico, así como normas culturales que dan soporte a la violencia de género o a la provocada por la desigualdad social. Se estima que en el mundo más de 5 000 000 de mujeres al año son víctimas de abuso físico severo por parte de sus esposos, y que de 50 a 60% son violadas por ellos mismos. Se ha señalado que 75% de los casos de violencia intrafamiliar corresponden a maltrato hacia la mujer, 2% a abuso hacia el hombre, y 23%, a casos de violencia cruzada. Desde la perspectiva epidemiológica, es cada vez más evidente que la violencia doméstica se presenta en diferentes formas, y que recae de distintas maneras sobre una variedad de grupos, como los constituidos por mujeres, niños y adolescentes. (39).

En la encuesta que la Asociación Contra la Violencia hacia la Mujer, A.C. (COVAC) llevó a cabo en 1995, y que incluyó nueve ciudades de la República Mexicana, se encontró que la prevalencia de violencia hacia la mujer fue: Física, con 81%; emocional o psicológica, con 76%, y sexual, con 32%. Las conductas más comunes para ocasionar daño fueron:

Propinar golpes, gritar y proferir groserías, así como la práctica de la violación. En la mayoría de los casos el agresor fue el hombre.

El Banco Mundial estima que a causa de la violencia doméstica las mujeres en edad reproductiva pierden entre 5 y 16% de años de vida saludable, es decir, uno de cada cinco días de salud. Debido a que la violencia en un micro nivel como es el doméstico ha sido reconocida como un problema de salud pública y a que existe poca información epidemiológica al respecto en México, el objetivo de este estudio ha sido caracterizar, desde un enfoque de género, los diferentes tipos de violencia que se presentan en la ciudad de Durango, Dgo., México. (39).

2.3.2. Definición de Factores Asociados

Es toda circunstancia o situación que aumenta las posibilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Tomando en cuenta que la violencia ejercida contra la mujer está considerada como un problema de salud pública, existen factores asociados que predisponen su desarrollo:

- **Edad:** es el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

- **Estado Civil:** es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos deberes y derechos.

- **Nivel Educativo:** hace referencia a cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada.

- **Procedencia:** origen, principio del que procede algo.

- **Ocupación:** actividad que una persona realiza por un período determinado.

2.3.3. Definición de Violencia Familiar

La violencia afecta a las mujeres independientemente de la cultura, clase social, etnia, educación y orientación sexual. Estudios realizados revelan que a nivel mundial, al menos el 25% de las mujeres han sido abusadas.

El concepto de violencia familiar que se referirá en el presente estudio será el mencionado por la Organización Mundial de la Salud que la define como “Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”. (32).

2.3.4. Categorización de la Violencia Ejercida contra la Mujer

- **Violencia Laboral**

Se da en el contexto de la discriminación laboral y salarial que sufre la mujer. Dentro de esta categoría se distinguen fundamentalmente tres tipos de violencia. La primera, se refiere a la discriminación contra las mujeres para el acceso a un trabajo y para el ascenso a cargos superiores o directivos.

La segunda se asocia a la diferencia de salario entre hombres y mujeres en el desempeño de un mismo cargo. Una tercera manifestación en este ámbito es el asedio sexual en el trabajo, esto se refiere al acoso que sufre la mujer por parte de un superior jerárquico.

- **Violencia en el ámbito de los medios de comunicación**

La violencia que se ejerce contra la mujer en los medios de comunicación se manifiesta en la pornografía, en la publicidad (radio, prensa o televisión), en el lenguaje utilizado para referirse a la mujer en el concepto estereotipado de mujer que se transmite y se refuerza.

- **Violencia Institucional**

Se refiere a la violencia política, con su expresión en la represión y la tortura, y a la agresión relacionada con la violencia carcelaria contra las reclusas que se agudiza por su condición de mujeres.

En parte la violencia que sufren las mujeres en situaciones de guerra interna, por conflictos armados dentro de sus comunidades, como es el caso de Perú, Nicaragua, El Salvador y Guatemala, entre otros. Cabe a incluir a su vez lo que comienza a llamarse violencia en la atención de salud, que se refiere a la situación a que se ven expuestas las mujeres en la atención del parto, en la práctica de cesáreas innecesarias e inconsulta, en la esterilización inconsulta, en la planificación familiar obligada y también en el maltrato presente en la relación médico paciente. Por último se debe incluir también dentro de esta categoría la violencia racial, que es la manifestación extrema de discriminación que sufren las mujeres negras, indígenas y de otros grupos étnicos.

- **Violencia Sexual**

Este tipo de violencia cruza todos los ámbitos sociales, aunque tiene especificidades propias ligadas a la sexualidad. Se destacan por ejemplo la prostitución y las condiciones de vida que esta implica, la violación, el tráfico de mujeres y el turismo sexual y, en ciertas culturas ajenas a la región, las mutilaciones sexuales y la venta de novias.

- **Violencia Doméstica**

Afecta a una gran cantidad de mujeres sin distinción de edad, educación ni condición socioeconómica, es la que transcurre en el hogar y que ha sido denominada violencia doméstica o intrafamiliar. (34).

2.3.5. Tipos o Manifestaciones más recurrentes de Violencia Familiar

- **Violencia Física**

Es el uso de la fuerza física y la coerción entre los miembros de una familia, ya sea por parte del hombre contra la mujer o de cualquiera de los padres contra los niños (as) o adolescentes o viceversa, con el objeto de lograr que la víctima haga o deje de hacer algo que no desea o simplemente para causar sufrimiento en la persona agredida.

Formas más frecuentes de violencia física contra la mujer:

- ❖ Pellizcos.
- ❖ Empujones, inmovilizaciones.
- ❖ Tirones, zamacones.
- ❖ Bofetadas, jalones de pelo.
- ❖ Apretones que dejan marcas.

- ❖ Puñetazos, patadas.
- ❖ Lanzamiento de objetos.
- ❖ Golpes en diversa partes del cuerpo.
- ❖ Mordeduras, asfixia.
- ❖ Uso de objetos de la casa como armas de agresión (platos, cuchillos, adornos).

• **Violencia Emocional o Psicológica**

Es toda acción u omisión que cause daño a la autoestima y salud mental de otros miembros de la familia. Estos actos atentan contra los derechos humanos.

Formas frecuentes de violencia emocional y psicológica:

- ❖ Burlas y ridiculización.
- ❖ Indiferencia y poca afectividad.
- ❖ Percepción negativa del trabajo de la mujer.
- ❖ Insultos repetidamente en privado y en público.
- ❖ Culpabilizar de todos los problemas de la familia a la mujer.
- ❖ Amenazas de agresión física y abandono.
- ❖ Generar un ambiente de terror constante.
- ❖ Llegar de improviso al ambiente de trabajo como una manera de control.

- ❖ Llamadas telefónicas para controlar.
- ❖ Impedir satisfacción de sus necesidades de sueño, comida, educación, etc.
- ❖ Amenaza contra las intimidades o cuestiones personales y privadas.
- ❖ Controla con mentiras, contradicciones, promesas o esperanzas falsas.
- ❖ Atacar su personalidad, creencias y opiniones.
- ❖ Amenaza con quitarle a los hijos (as).
- ❖ Exigir toda la atención de la pareja; competir celosamente con los hijos e hijas
- ❖ Contar sus aventuras amorosas.
- ❖ Se muestra irritado, no habla, no contesta.
- ❖ No deja salir a estudiar, trabajar, tener amistades, visitar a la familia, etc.
- ❖ Amenaza de suicidio o de matarla a ella y los hijos.
- ❖ Intimidación.
- ❖ Humillaciones públicas o privadas.
- ❖ Aislamiento del resto de la sociedad.
- ❖ Manipulación de los hijos e hijas.
- ❖ No dar dinero para comida o ropa o guardarlo para que ella le ruegue.
- ❖ La abandona y/o la expulsa del hogar.

- **Violencia sexual**

Son todos aquellos actos de connotación sexual, directos o indirectos, perpetrados generalmente por el hombre contra la mujer, con el objetivo de humillarla, degradarla y causarle sufrimiento.

Manifestaciones de la violencia sexual contra la mujer:

- ❖ Asedio en momentos inoportunos.
- ❖ Burla de su sexualidad, sea en público, en privado o ambos.
- ❖ Acusación de infidelidad.
- ❖ Exigencia para ver material pornográfico.
- ❖ Ignorar o negar sus necesidades o deseos sexuales.
- ❖ Criticar su cuerpo y su manera de “Hacer el amor”.
- ❖ Tocar de manera no consentida, forzar a tocarlo o mirar lo que ella no desea.
- ❖ Privar de momentos de amor y cariño.
- ❖ Pedirle sexo constantemente.
- ❖ Forzarla a desvestirse, incluso delante de los hijos e hijas.
- ❖ Salir con otras personas y contar sus aventuras amorosas.
- ❖ Exigir sexo con amenazas.
- ❖ Impedir el uso de métodos de planificación.
- ❖ Violar.

- ❖ Forzar a la mujer a tener sexo con otras personas.
- ❖ Complacerse con el dolor de la mujer durante el acto sexual.
- ❖ Exigirle sexo después de haberla golpeado.
- ❖ Usar objetos o armas con el propósito de producir dolor a la mujer durante el acto sexual. (33).

2.3.6. Factores o Causas que Intervienen en la expresión de la Violencia Familiar

- **Factores orgánicos**

Garza Treviño en una revisión exhaustiva de la literatura acerca de los factores biológicos que pueden predisponer a la agresión ha asociado algunos casos de violencia con lesiones en el sistema límbico, en los lóbulos frontales y temporales y con anomalías en el funcionamiento de la serotonina. Una de sus recomendaciones finales es que las investigaciones sobre violencia intrafamiliar no deben estar fragmentadas deben encaminarse a la búsqueda de marcadores bioquímicos.

- **Factores psicológicos**

Diversos estudios afirman que los padres que más maltratan son aquellos que poseen baja autoestima, los que tienen antecedentes de maltrato, los que están deprimidos, los que tienen baja tolerancia a la

frustración y los dependientes al alcohol. Debe resaltarse que sólo un 10% de los maltratadores posee una patología psiquiátrica severa. Yoshikawa encontró que una educación temprana en este campo e intervenciones familiares oportunas y efectivas pueden reducir el riesgo de criminalidad juvenil.

- **Factores psiquiátricos**

Los efectos de la violencia en el ámbito psiquiátrico resultan cada vez más importantes; por ejemplo, Martínez y Richtershan reportado que los niños que son testigos o víctimas directas de violencia presentan altas probabilidades de padecer depresión y otros tipos de sintomatología emocional, Parkers ha encontrado un alto porcentaje de problemas psiquiátricos, incluyendo síntomas de estrés post- traumático y obsesión por la venganza entre individuos que han perdido a una persona amada por asesinato.

Por otro lado Mulvey, al revisar la literatura del tema ha concluido que la enfermedad mental también es un factor de riesgo para la violencia. De hecho, tanto la enfermedad mental como el abuso crónico de sustancias incrementan de manera considerable el riesgo de violencia. La violencia y el suicidio se han encontrado relacionados entre sí y con la dependencia a las drogas y al alcohol. Por lo que respecta a los trastornos de personalidad el riesgo de violencia está vinculado a características limítrofes o antisociales, en tanto que el riesgo de suicidio lo está con la depresión, con la distimia y con los trastornos de angustia.

Las sustancias que más se relacionan con la violencia son el alcohol y la cocaína y las que menos son los opiáceos. Por otro lado, McNeil y Binder han encontrado que pacientes violentos internados fueron diagnosticados más frecuentemente como esquizofrénicos, maníacos o poseedores de algún trastorno orgánico. Este tipo de pacientes poseen altos niveles de hostilidad, suspicacia y agitación. Vielma y colaboradores han reportado que los homicidios en hospitales psiquiátricos en Inglaterra son predominantemente realizados por esquizofrénicos (61 % de los casos), y por pacientes con trastornos de personalidad (24 % de los casos).

- **Factores contextuales específicos**

En el medio urbano los estresores suelen ser distintos y mucho más intensos que en el medio rural; no obstante, en algunas poblaciones rurales las tasas de violencia intrafamiliar y social presentan un incremento sustancial a causa de patrones sociales particulares de la zona.

- **Factores sociales**

Hay evidencia de que los aspectos sociales juegan papeles importantes en la expresión de las conductas violentas. A este respecto Oliver en una revisión crítica de varios estudios acerca de la transmisión intergeneracional de la violencia ha concluido que una tercera parte de los niños que han sido abusados físicamente se desarrollan sintiéndose “Seriamente ineptos” o bien convirtiéndose en padres abusadores.

Por otro lado, el tratamiento de la violencia debe comprender una serie de intervenciones específicamente destinadas para el lugar o situación particular y debe incluir: psicoterapia, medicación, hospitalización, aislamiento en caso necesario, sobre todo en pacientes psiquiátricos, y apoyo comunitario. Actualmente la mayor parte de los investigadores sobre el tema consideran que las causas de la violencia intrafamiliar son de naturaleza compleja y que su estudio debe contemplar los factores biológicos, el medio ambiente inmediato, los factores de tipo social y familiar y los aspectos culturales. (34).

2.3.7. Consecuencias de la Violencia Familiar

- **Consecuencias psicológicas del maltrato sobre la mujer:**
 - ✓ Depresión
 - ✓ Apatía
 - ✓ Pérdida de esperanza
 - ✓ Sentimientos de culpa
 - ✓ Inseguridad
 - ✓ Angustia
 - ✓ Trastornos del sueño y apetito
 - ✓ Se puede llegar al suicidio

- **Consecuencias que sufre la mujer víctima de malos tratos.**

A la hora de evaluar las consecuencias diferenciaremos entre lesiones psicológicas agudas y lesiones psicológicas a largo plazo. La sintomatología psíquica encontrada debe ser considerada como una secuela de los ataques sufridos no como una situación anterior a ellos. (Margolin, 1988).

✓ **Lesiones psicológicas agudas.**

- La primera reacción consiste en autoprotección y tratar de sobrevivir al proceso.

- Durante el ataque e incluso tras este, la víctima puede ofrecer muy poca o ninguna resistencia para tratar de minimizar las posibles lesiones o para evitar que se produzca una nueva agresión.

- Las víctimas de malos tratos viven sabiendo que en cualquier momento se puede producir una nueva agresión.

- Algunas mujeres desarrollan una extrema ansiedad que puede llegar hasta una situación de pánico.

- La mayoría presentan síntomas de incompetencia, sensación de no tener ninguna valía, culpabilidad, vergüenza y temor a la pérdida de control.

- El diagnóstico clínico que se hace en la mayoría de los casos es el de depresión.

✓ **Lesiones psicológicas a largo plazo.**

- Temor, ansiedad, fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, pesadillas, reacciones intensas de susto y quejas físicas (molestias y dolores inespecíficos), sentimientos de baja autoestima, depresión, reacciones de estrés intensas y sensaciones de desamparo e impotencia.

- Tras el ataque las mujeres se pueden convertir en dependientes y sugestionables, encontrando muy difícil tomar decisiones o realizar planes a largo plazo.

- Los efectos de las víctimas de maltrato están estructurados sobre la base de que el agresor es alguien al que están o han estado estrechamente unidas y con el que mantienen cierto grado de dependencia. La percepción de vulnerabilidad, de estar perdida o de traición puede aparecer de forma muy marcada.

- La víctima insiste en la incapacidad para controlar el comportamiento violento de sus agresores.

- Presentan un elevado control interno, quizá porque están muy pendientes de manejar sus propias respuestas al trauma y a las amenazas.

- Existen estudios que comparan las reacciones de las mujeres maltratadas con las de prisioneros de guerra, encontrando tres áreas comunes:
 - ❖ El abuso psicológico que se produce dentro de un contexto de amenazas de violencia física conduce al temor y debilitación de las víctimas.

 - ❖ El aislamiento de las víctimas respecto a anteriores fuentes de apoyo (familia, amigos y amigas) y de las actividades fuera de casa llevan a una dependencia del agresor y a la aceptación o validación de las acciones del agresor y de sus puntos de vista.

 - ❖ Existe un refuerzo de forma intermitente ocasionado por el temor y la pérdida personal que refuerza la dependencia emocional de la víctima a su agresor.

- Estas alteraciones junto con el aislamiento al que se ve sometida la mujer, así como el contexto socio-cultural que

minimiza la agresión, justifica o trata de comprender más al agresor que a la víctima, explica por qué resulta tan difícil para la mujer salir de esta relación y porqué se pueden producir reacciones en la mujer de gran agresividad hacia su agresor habitual. (37).

- **Efectos de la violencia familiar sobre la salud y calidad de vida**

Las víctimas de violencia familiar sufren un estado constante de daño y subordinación, lo que inhibe su desarrollo personal y les provoca daños irreversibles. Los lazos emocionales, legales y económicos que vinculan a las víctimas con sus agresores frecuentemente las conducen a un estado de baja autoestima, vulnerabilidad, aislamiento y desesperanza, circunstancias que dan lugar al alcoholismo, la drogadicción y el suicidio. La violencia familiar tiene gran impacto en la salud física y mental de las mujeres, que se puede sintetizar de la siguiente manera:

- ✓ **Daños físicos.**

Incluyen bofetadas, puñetazos, patadas, intento de ahorcamiento, heridas que requieren sutura, quemaduras, fracturas, dolor pélvico crónico, cefalea, síndrome de intestino irritable, heridas internas, desfiguraciones, discapacidad permanente o parcial, y homicidio.

- ✓ **Agresión y coerción sexual.**

Los celos de los agresores les permiten controlar y regular de manera rígida la sexualidad de la mujer, como muestra de su poder sobre ella y la relación. Pueden prohibirles usar métodos anticonceptivos, golpearlas porque tienen demasiados hijos o por no tenerlos. Se ha encontrado que un porcentaje considerable de mujeres también sufren violaciones por parte de su pareja que les ocasiona traumatismo vaginal, anal y uretral. Además de las lesiones físicas y el trauma emocional resultado de la agresión sexual, muchas mujeres corren el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, y embarazos no deseados.

✓ **Efectos sobre la salud materna y el feto.**

Los estudios realizados indican que muchas veces la violencia física se inicia con el primer embarazo y que el abuso físico puede afectar de manera particular a las mujeres embarazadas y al feto. Sus efectos pueden incluir: Aborto, desprendimiento prematuro de placenta normal inserta, muerte fetal, rotura prematura de membranas, nacimientos pre término y bajo peso al nacimiento. Además, los hijos de mujeres maltratadas durante el embarazo tienen cuarenta veces más riesgo de morir en el primer año de vida. Los embarazos forzados o los no planeados, seguidos del abandono, orillan a las mujeres a recurrir a prácticas abortivas peligrosas e incluso al suicidio.

✓ **Otros efectos sobre la salud.**

Las experiencias de violencia pueden tener efectos acumulativos sobre la salud a mediano y largo plazo. El riesgo de perder un año de vida saludable como consecuencia de la violencia conyugal es el doble que el riesgo generado por otras causas. De hecho, la violencia contra la mujer es la causa más importante de años de vida saludable perdidos en comparación con otros padecimientos, como las anomalías congénitas, la artritis reumatoide, las cardiopatías, las enfermedades cardiovasculares, la neumonía, la osteoartritis y los accidentes de vehículo de motor (38).

III. HIPÓTESIS

3.1. Formulación de la hipótesis

- ✓ La prevalencia de violencia en embarazo es superior al 50%.
- ✓ Existen factores relacionados con la violencia.

Operacionalización de las variables

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN | DEFINICIÓN OPERACIONAL |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------|
| Prevalencia Violencia Embarazo | Prevalencia de período | Prevalencia en el embarazo: Prevalencia antes del embarazo | • Número de casos reportados en el período de investigación referidos como antes y durante el embarazo | Nominal | Si presenta No presenta |

| | | | | | |
|-----------|----------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|
| | | | | | |
| Gestantes | Período desde inicio al término del embarazo | Etapa del embarazo | <ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre • Segundo trimestre • Tercer trimestre | Ordinal | Si presenta |
| | | Paridad | <ul style="list-style-type: none"> • Primer embarazo • Segundo a más embarazos | | No presenta |
| Violencia | Actos de | Tipos de violencia | <ul style="list-style-type: none"> • Violencia física • Violencia sexual • Violencia psicológica | Nominal | Si presenta |
| | | Severidad de la violencia | <ul style="list-style-type: none"> • Grave • moderada | Ordinal | No presenta |
| | | | | | Si presenta |

| | | | | | |
|--------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------|
| | agresión física, psicológica o sexual contra la mujer | | | | No presenta |
| | | Efectos de la violencia | <ul style="list-style-type: none"> • Físicos • Sicológicos • Sociales | Nominal | <p>Si presenta</p> <p>No presenta</p> |
| | | Actitud frente a la Violencia | <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de ayuda | Nominal | <p>Adecuada</p> <p>Inadecuada</p> |
| Percepciones | | Personal de salud | <p>Opiniones</p> <p>Creencias</p> | Cualitativas | Discurso |
| | | Gestante | Opiniones | | Discurso |

| | | | | | |
|-----------------------------|--|--------------|--------------------------|---------|----------------------------------------------|
| | | | Creencias | | |
| Variables Sociodemográficas | | Edad | Adolescencia: 12-18 años | Nominal | |
| | | | Juventud: 19- 25 años | | |
| | | | Adulthood: 26- 60 años | | |
| | | Procedencia | Lugar donde radica | | |
| | | Estado civil | Condición marital actual | Nominal | Soltera Conviviente Casada Separada |

| | | | | | |
|--|--|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|
| | | | | | |
| | | Paridad | <ul style="list-style-type: none"> • Número de embarazos al periodo de investigación • Abortos • Hijos de compromiso anterior | | Primigesta Multigesta 1 2 a mas Si No |
| | | Nivel educativo | <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior incompleta | | Si No |

| | | | | | |
|--|--|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Superior completa | | |
| | | Ocupación | <ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Independiente • Dependiente | | |
| | | Ingreso económico | <p>No tiene ingreso personal</p> <p>Gana menos que la pareja</p> <p>Gana igual que la pareja</p> | | <p>Si</p> <p>No</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|---------------------------|--|--|
| | | | Gana más que la pareja | | |
|--|--|--|---------------------------|--|--|

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y nivel de la investigación

4.1.1. Tipo de Investigación

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

4.1.2. Nivel de Investigación

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

4.2. Diseño de investigación

Diseño descriptivo de una casilla de corte transversal.

4.3. Población y muestra

4.3.1. La población:

La población o universo de estudio estuvo conformada por las 26 gestantes que residían en el caserío “Chilaco Pelados”- provincia de Sullana. Esta información fue obtenida en el centro de salud “Chilaco Pelados”- provincia de Sullana, en el consultorio de Gineco-obstetricia.

4.3.2. 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 26 gestantes, con una proporción esperada del 80% y con un 95% de nivel de confianza obteniéndose una muestra equivalente a 26 gestantes.

4.4. Unidad de análisis

Las unidades de análisis fueron cada una de las gestantes de 15 años y más, que residían en el caserío “Chilaco Pelados” – provincia de Sullana, la selección de cada unidad de análisis se realizó en el centro de salud “Chilaco Pelados” – provincia de Sullana, en el consultorio de obstetricia, y que fueron seleccionadas de forma sistémica.

4.5. Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

Mujeres gestantes que acudieron al servicio de salud, del centro salud Chilaco Pelados – provincia de Sullana, que no padecían enfermedad mental.

Consentimiento informado.

Exclusión:

Usuarías que no aceptaron participar en la investigación, usuarias que poseían problemas de salud mental.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos**Técnica**

La técnica que se utilizó fue la encuesta, para la parte cuantitativa y para la parte cualitativa, la entrevista.

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 aplicó 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 y, una segunda parte, que recolecta información sobre percepción de violencia mediante una entrevista grabada el instrumento será sometido a validación de expertos y prueba piloto.

- Control de calidad de 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 realizará la limpieza de los datos.

- Aspectos éticos de la investigación

Se solicitó 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 solicitó el consentimiento informado a las gestantes que aceptaron participar en el estudio asegurando confidencialidad y anonimato.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Procesamiento de los datos

Los datos arrojados por el instrumento recolector fueron procesados en el programa estadístico SPSS 19. Asimismo la información cualitativa fue ingresada al programa Atlas Ti.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados

TABLA N° 01

Prevalencia de Violencia en Mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012– 2015.

| Prevalencia de la Violencia en Mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012– 2015. | N° | % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| SÍ | 22 | 85% |
| NO | 4 | 15% |
| TOTAL | 26 | 100% |

n=26

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres gestantes del caserío Chilaco Pelados durante el período 2012.

En la Tabla N° 01 podemos observar que el **85%** sí han sufrido violencia física, psicológica y sexual, y el **15%** no han sufrido violencia física, psicológica y sexual.

TABLA N° 02

Prevalencia de la Violencia Según Edad, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015.

| Prevalencia de la Violencia Según Edad en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | SÍ | | NO | | TOTAL | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|-------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Adolescencia 12-18 años | 4 | 100% | 0 | 0% | 4 | 100% |
| Juventud 19-25 años | 4 | 67% | 2 | 33% | 6 | 100% |
| Adulthood 26-60 años | 14 | 87% | 2 | 13% | 16 | 100% |
| TOTAL | 22 | 85% | 4 | 15% | 26 | 100% |

n=26

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres gestantes del caserío Chilaco Pelados durante el período 2012- 2015.

En la Tabla N° 02 podemos observar que de las **26** mujeres gestantes encuestadas de las que han sufrido violencia física, psicológica y sexual, **100%** fueron mujeres gestantes adolescentes, **67%** fueron mujeres gestantes jóvenes y el **87%** fueron mujeres gestantes adultas.

TABLA N° 03

Prevalencia de la Violencia Según Estado Civil en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015.

| Prevalencia de la Violencia Según Estado Civil en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|--------------|----------|
| | SÍ | | NO | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Soltera | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 100% |
| Conviviente | 14 | 82% | 3 | 18% | 17 | 100% |
| Casada | 8 | 89% | 1 | 11% | 9 | 100% |
| Viuda | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 100% |
| TOTAL | 22 | 85% | 4 | 15% | 26 | 100% |

n=26

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres gestantes del caserío Chilaco Pelados durante el período 2012-2015.

En la Tabla N° 03 podemos observar que de las **26** mujeres gestantes encuestadas, de las que han sufrido violencia física, psicológica y sexual, el **82%** fueron mujeres gestantes convivientes y el **89%** fueron mujeres gestantes casadas.

TABLA N° 04

Prevalencia de la Violencia Según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015.

| Prevalencia de la Violencia Según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | SÍ | | NO | | TOTAL | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|-------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Analfabeta | 3 | 75% | 1 | 25% | 4 | 100% |
| Primaria | 9 | 90% | 1 | 10% | 10 | 100% |
| Secundaria | 10 | 83% | 2 | 17% | 12 | 100% |
| Superior y Más | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 100% |
| TOTAL | 22 | 85% | 4 | 15% | 26 | 100% |

n=26

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres gestantes del caserío Chilaco Pelados durante el período 2012-2015.

En la Tabla N° 04 podemos observar que de las **26** mujeres gestantes encuestadas, de las que han sufrido violencia física, psicológica y sexual, el **75%** fueron mujeres gestantes analfabetas, **90%** fueron mujeres gestantes con primaria y el **83%** fueron mujeres gestantes con secundaria.

TABLA N° 05

Prevalencia de la Violencia Según Procedencia en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015.

| Prevalencia de la Violencia Según Procedencia en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | SÍ | | NO | | TOTAL | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|-------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Chilaco | 11 | 85% | 2 | 15% | 13 | 100% |
| La Playa | 3 | 75% | 1 | 25% | 4 | 100% |
| Montesillo | 2 | 67% | 1 | 33% | 3 | 100% |
| Zapallal | 4 | 100% | 0 | 0% | 4 | 100% |
| La Palma | 1 | 100% | 0 | 0% | 1 | 100% |
| Pueblo Nuevo | 1 | 100% | 0 | 0% | 1 | 100% |
| TOTAL | 22 | 85% | 4 | 15% | 26 | 100% |

n=26

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres gestantes del caserío Chilaco Pelados durante el período 2012-2015.

En la Tabla N° 05 podemos observar que de las **26** mujeres gestantes encuestadas, de las que han sufrido violencia física, psicológica y sexual, el **85%** fueron mujeres gestantes de Chilaco Pelados, **75%** fueron mujeres gestantes de La Playa de Chilaco, **67%** fueron mujeres gestantes de Montesillo, **100%** fueron mujeres gestantes de Zapallal, **100%** fueron mujeres gestantes de La Palma y **100%** fueron mujeres gestantes de Pueblo Nuevo.

TABLA N° 06

Prevalencia de la Violencia Según Ocupación en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015.

| Prevalencia de la Violencia Según Ocupación en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015. | SÍ | | NO | | TOTAL | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Ama de Casa | 20 | 91% | 2 | 9% | 22 | 100% |
| Dependiente | 1 | 33% | 2 | 67% | 3 | 100% |
| Independiente | 1 | 100% | 0 | 0% | 1 | 100% |
| TOTAL | 22 | 85% | 4% | 15% | 26 | 100% |

n=26

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres gestantes del caserío Chilaco Pelados durante el período 2012-2015.

En la Tabla N° 06 podemos observar que de las **26** mujeres gestantes encuestadas, de las que han sufrido violencia física, psicológica y sexual, el **91%** fueron mujeres gestantes amas de casa, **33%** fueron mujeres gestantes de ocupación dependiente y el **100%** fueron mujeres gestantes independientes.

TABLA N° 07

Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012-2016.

| Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012-2015. | SÍ | | NO | | TOTAL | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----|-----|-------|------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Violencia Física | 19 | 73% | 7 | 27% | 26 | 100% |
| Violencia Psicológica | 21 | 81% | 5 | 19% | 26 | 100% |
| Violencia Sexual | 16 | 62% | 10 | 38% | 26 | 100% |

n=26

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres gestantes del caserío Chilaco Pelados durante el período 2012-2015.

En la Tabla N° 07 podemos observar que de las **26** mujeres gestantes encuestadas, de las que han sufrido violencia física, psicológica y sexual, **73%** sufrieron violencia física, **81%** sufrieron violencia psicológica y **73%** sufrieron violencia sexual.

TABLA N° 08

Prácticas Asumidas Ante la Violencia Sufrida por Las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012-2015.

| Prácticas Asumidas Ante la Violencia Sufrida por Las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados Provincia de Sullana, durante el período 2012-2015. | SÍ | | NO | | TOTAL | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|--------------|----------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Usted ha buscado ayuda | 1 | 4% | 25 | 96% | 26 | 100% |
| Usted hablo con alguien sobre estos hechos | 7 | 27% | 19 | 73% | 26 | 100% |
| Usted denunció estos hechos | 0 | 0% | 26 | 100% | 26 | 100% |

n= 26

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres gestantes del caserío Chilaco Pelados durante el periodo 2012-2015.

En la Tabla N° 08 podemos observar que de las **26** mujeres gestantes encuestadas, de las que han sufrido violencia física, psicológica y sexual, el **4%** no buscó ayuda, **27%** hablaron con alguien acerca de los hechos y el **100%** no denunció estos hechos.

TABLA N° 09

Consecuencias de la Violencia en la Vida de las Mujeres que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012-2015.

| Consecuencias de la Violencia en la Vida de las Mujeres que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados Provincia de Sullana, durante el período 2012-2015. | SÍ | | NO | | TOTAL | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----|------|-------|------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Usted ha necesitado atención médica por la violencia | 7 | 27% | 19 | 73% | 26 | 100% |
| Usted ha necesitado atención psicológica por la violencia | 11 | 42% | 15 | 58% | 26 | 100% |
| Usted recibió atención médica y psicológica por la violencia | 0 | 0% | 26 | 100% | 26 | 100% |

n=26

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres gestantes del caserío Chilaco Pelados durante el período 2012-2015.

En la Tabla N° 09 podemos observar que de las **26** mujeres gestantes encuestadas que han sufrido violencia física, psicológica y sexual, el **27%** ha necesitado atención médica por la violencia, **42%** ha necesitado atención psicológica por la violencia y ninguna ha recibido atención médica y psicológica por la violencia.

5.2. Análisis de resultados

La violencia contra la mujer es el abuso más generalizado de los derechos humanos, pero el menos reconocido, y a escala mundial, se produce en todos los países, independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural, siendo el maltrato por parte de la pareja la forma más común de violencia. La violencia durante el embarazo presenta índices cada vez más altos pero es un tema que se ha investigado en muy pocas ocasiones en Perú y la escasa información que existe al respecto ha sido extraída de otros estudios de violencia, cuyo objetivo era establecer la prevalencia de violencia intrafamiliar en general. La prevalencia y factores asociados a la violencia durante la gestación son indicadores fundamentales de las causas del problema y posibles soluciones.

Los resultados obtenidos en la presente investigación arrojan que del total de las 26 gestantes encuestadas que acudieron al Centro de Salud Chilaco Pelados, el 85% (22) ha sufrido violencia física, psicológica y sexual. Siendo evidente el alto número de gestantes violentadas. A diferencia de los resultados de la investigación de **Marisol Lila (14)**, 2009-2010 en la ciudad de España en la cual determina que el 3,6 % de las gestantes 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.

Y a semejanza de lo reportado por **Gabriela Vega, Dinora Hidalgo, Judith Toro Merlo (15)**, cuya investigación en Venezuela en el año 2011, acerca de la prevalencia de la violencia de género durante la gestación, reportó que de la muestra de 266 gestantes el 66,5% había sufrido algún tipo de violencia en más de un caso.

A nivel nacional hay semejanza con la investigación de **Juan Carlos Saravia, Mirian Mejía, Silvia Becerra, Anita Palomino (22)**, cuya investigación en Lima, Perú durante el año 2012 reporta que el 49.05% manifestaron haber sido agredidas por el marido y el 29.44% por la ex pareja.

Así mismo, **Luis Távara Orozco, Luis Ordenique, Tula Zegarra- Samamé, Silvia Huamaní, Flor Felix, Kelvin Espinoza Tarazona, Ovidio Chumbe Ruíz, José Delgado, Oscar Guzmán Cruz (25)**, realizaron un estudio en el año 2009 en el Cono Sur de Lima en el Hospital María Auxiliadora y el Hospital Materno Infantil César López Silva de Villa el Salvador, aplicando una encuesta a 733 puérperas antes del alta determinando que el 32% (235) de ellas había padecido de violencia durante la gestación.

La edad de la gestante también influye en la prevalencia de los episodios de violencia determinando que el grupo de gestantes adolescentes presenta un mayor porcentaje con 100% muy por encima del que presenta el grupo de adultas y jóvenes con 87% y 67% respectivamente. Semejanza se haya con la investigación de **Karen Devries, Sunita Kishor, Holly Johnson, Heidi Stockl, Loraine J Bacchus, Claudia García Moreno, Charlotte Watts (19)**, en la ciudad de España durante el año 2010, dando como resultado que en la mayoría de los entornos, la prevalencia era relativamente constante en los grupos más jóvenes con el 65% (de 15 a 35 años) y pareció disminuir muy poco después de los 35 años de edad casi el 30% menos.

Por el contrario en la investigación realizada en Chile durante el año 2010 por **Ximena Verónica Bohle Urrutia (18)**, se encontró que el 23% de embarazadas que sufrieron violencia eran adolescentes, el 59.1% tenía entre 20 y 34 años y el 17, 1% estaba entre los 35 y 46 años.

A nivel regional encontramos datos similares en la investigación de **Ana Güezmes, Nancy Palomino, Miguel Ramos (49)**, cuya investigación se realizó en Piura durante el año 2007, en que 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.

Con respecto al estado civil es significativamente alto el índice de prevalencia de violencia en la gestante casada con el 89%, siguiendo el estado civil de conviviente con un 82%, a diferencia de los datos obtenidos a nivel nacional por la investigación de **Hans Contreras Pulache, Elizabeth Mori Quispe, Willy Hinostroza Camposano, Maribel Yancachajlla Apaza, Nelly Lam Figueroa, Horacio Chacón Torrico (45)**, en la ciudad de Lima en el año 2010, demostrando que de las 292 madres adolescentes violentadas el 47.9% (140) era conviviente y el 51.4% (150) era soltera.

A nivel regional encontramos semejanza con la investigación de **Evelina Rondón Abuhadba (50)** en la ciudad de Chiclayo demuestra que el 43% de gestantes violentadas era conviviente.

Tomando como referencia el nivel educativo el 90% de gestantes violentadas posee estudios primarios, el 83% tiene estudios secundarios y el 75% son analfabetas. Datos similares a los de **Ximena Verónica Bohle Urrutia (18)**, manifestando que el 28.5% poseía escolaridad básica completa o primaria, el 25,5% y el 36,2% contaba con estudios medios o secundarios completos e incompletos respectivamente.

A nivel nacional, **Christian Salas Beteta (29)**, en su investigación en la ciudad de Lima en el año 2008 demostró que las mujeres con primaria y

secundaria se exponen a más situaciones de violencia representada con un 44%.

Según la ocupación de la gestante violentada del caserío Chilaco Pelados, el 100% tenía al menos un ingreso de forma independiente pero esporádicamente; a diferencia de lo hallado por **Ximena Verónica Bohle Urrutia (18)**, en que las mujeres que padecieron algún tipo de violencia durante el embarazo tenían como ocupación ser ama de casa con el 70.6% y solo el 13.6% realizaba algún trabajo remunerado.

Es necesario mencionar que el distrito de Lancones presenta el mayor índice de pobreza absoluta (51%) inclusive superior al promedio nacional (42.30%). Siendo esta realidad un factor determinante que limita el acceso a la educación tanto de hombre y mujer. Razón que justifica en parte las actitudes machistas y violentas del sexo masculino y la actitud sumisa y represiva del sexo femenino. Este contexto ha enmarcado actitudes propias de la idiosincrasia rural en la actualidad, situación reflejada en matrimonios por conveniencia y fruto de ello adolescentes obligadas a formar una familia y asumir roles que no son adecuados para su edad. Fruto de ello su primera experiencia sexual se convierte en un acto forzado. Ideología que se viene transmitiendo de generación en generación cuyos rasgos prevalecen en la niñez de hoy.

Tomando en cuenta los factores que influyen en la prevalencia de la violencia durante la gestación expresado en la edad, el grupo más vulnerable son las adolescentes debido a la inseguridad e inmadurez al formar un hogar o iniciar una vida de pareja que conlleva a mayores responsabilidades como traer un hijo al mundo las sumerge en un estado de juicio y estrés constante por el entorno social y la poca o ninguna importancia que le pueden dar al embarazo, la baja autoestima o los probables episodios de violencia previos que sufre una

gestante adolescente en el área rural son tan probables como la subyugación hacia su pareja repitiendo el mismo patrón de vida del seno materno.

La educación no supone un factor protector frente a la violencia debido a que los patrones de machismo y de patriarcado imperan en el estilo de vida de la población. Por otro lado el estado civil juega en contra de la mujer gestante del área rural porque es más alto el porcentaje de violencia de una mujer conviviente que el de una mujer soltera o viuda, a causa de que el principal agresor es la pareja que toma a su compañera de vida como objeto al que debe ejercer poder y autoridad a través de la violencia para dejar enmarcado quién es cabeza del hogar.

Si bien es cierto se piensa que la independencia económica empodera a la mujer, en la zona rural resulta ser también una realidad en la que se desarrolla la violencia. El dinero o nuevo ingreso que la mujer aporta al hogar no la libra de ser violentada. Muchas gestantes que poseen negocios o labores que les brindan cierta remuneración económica se ven en la obligación de entregar la totalidad de este dinero a fin de no ser agredidas. De esta forma sigue siendo el hombre cabeza del hogar incluso a veces sin contribuir económicamente en ningún gasto o beneficio.

La violencia contra la gestante en el caserío Chilaco Pelados se expresa en violencia física en un 73%, violencia psicológica en 81% y violencia sexual con 62%. Del mismo modo la investigación de **Anabel Hernández Carbajal (16)**, en Toluca-México durante el año 2012, manifiesta que el 32.4% (34) sufrieron violencia psicológica durante el embarazo, 8.6% (9) padecieron violencia física mientras que hay una marcada diferencia respecto a la violencia sexual con el 1%.

A nivel nacional la investigación en la ciudad de Lima en el año 2012 por **Juan Carlos Saravia, Mirian Mejía, Silvia Becerra, Anita Palomino (22)**, nos muestran que el tipo de violencia con mayor prevalencia durante el embarazo fue la violencia psicológica con un 73 a 80%. Opuestamente en la ciudad de Huánuco en el año 2009, **Nancy Castañeda, Mónica Tamayo, Zoila Miraval, Digna Manrique, Nílton Alvarado, Carlos Carrillo (23)**, informó que el 78% de los casos sufrió maltrato físico.

Según las practicas que asumen las gestantes maltratadas encontramos que el 27% de ellas habló con alguien acerca de los sucesos de violencia, el 4% buscó ayuda y ninguna denunció los hechos. Por el contrario para la investigación realizada por **Gabriela Vega, Dinora Hidalgo, Judith Toro Merlo (15)**, solo 20,3 % de las agredidas han denunciado alguna situación de violencia a pesar que el 52.25% conocía los mecanismo de denuncia.

Cifras homogéneas a las recogidas por **Christian Salas Beteta (29)**, en cuya investigación manifiesta que apenas el 13,3 % de las mujeres gestantes violentadas buscó ayuda y las mujeres que no solicitaron ayuda señalan que no era necesario (35.5%), por vergüenza (14.3%) y porque no sabía dónde ir (12,9%).

Contrariamente, a nivel regional la investigación de **Evelina Rondón Abuhadba (50)**, en la ciudad de Chiclayo en el año 2010 demuestra que 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. El 47% de ellas buscó atención médica tras la violencia sufrida y 12% hizo la respectiva denuncia policial.

Según las consecuencias de la violencia en las gestantes, el 42% ha necesitado atención psicológica por la violencia, el 27% necesitó atención médica pero ninguna recibió ambos tipos de atención por la violencia de la que fue víctima.

Datos similares con la investigación de **Humberto Trejo-Lucero, Juan Torres-Pérez, Miguel A Medina-Jiménez, Juan Carlos Briones-Garduño, José Meneses- Calderón (17)**, en la ciudad de México, reportando que en el 98.2% de las gestantes se encontraron datos de algún grado de depresión; 4.7% refirieron haber abortado en embarazos previos. La depresión fue calificada como leve en 64%, siendo más frecuente en las de 17 años y las de familias de seis o más miembros.

A nivel nacional **Nancy Castañeda, Mónica Tamayo, Zoila Miraval, Digna Manrique, Nilton Alvarado, Carlos Carrillo (23)**, cuya investigación realizada en Huánuco en el año 2008, concluyó que debido a los maltratos que recibían, se encontraban imposibilitadas de trabajar (17%) y padecían constantemente de diversas enfermedades (9%).

A nivel regional la investigación de **Evelina Rondón Abuhadba (50)**, reportó que el 47% de ellas buscó atención médica tras la violencia sufrida.

VI. CONCLUSIONES

- ❖ Se concluye que de las 26 gestantes encuestadas, el 85% fueron violentadas.

- ❖ Según la edad como factor asociado a la prevalencia de la violencia durante la gestación, se encontró que las adolescentes fueron las más violentadas con un 100%, seguida de las adultas con 87% y las jóvenes con 67%. La violencia de género no distingue grupos etáreos. Es probable que exista mayor prevalencia de la violencia en adolescentes porque no se encuentran preparadas para asumir la responsabilidad que implica el matrimonio y la maternidad.

- ❖ Según el estado civil, el más alto índice de violencia durante el embarazo se encontró en gestantes casadas con un 89% y las convivientes con un 82%.

- ❖ Según el nivel educativo de las gestantes que sufrieron violencia, el más alto índice lo tuvieron las gestantes con educación primaria con un 90% seguida de las gestantes con educación secundaria y las analfabetas con un 83% y 75% respectivamente.

- ❖ El mayor índice de violencia durante el embarazo lo presentaron las mujeres gestantes provenientes de Zapallal, La Palma y Pueblo Nuevo con el 100%, le siguen las gestantes de Chilaco Pelados con 85%, las de La Playa de Chilaco con 75% y Montesillo con 67%.

- ❖ El mayor índice de violencia durante el embarazo se presentó en gestantes de ocupación independiente con el 100% y las amas de casa con un 91%, mientras que las de ocupación dependiente sólo presentaron el 33%.

- ❖ El tipo de violencia sufrido en las mujeres gestantes del caserío Chilaco Pelados y anexos con más alto índice fue el de violencia psicológica con 81%.

- ❖ De las mujeres gestantes que sufrieron violencia durante el embarazo, el 27% habló con alguien sobre los hechos, el 4% buscó ayuda pero ninguna los denunció.

- ❖ El 42% de las gestantes necesitó atención psicológica por la violencia, el 27% necesitó atención médica, sin embargo ninguna recibió ambos tipos de atenciones.

VII. 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 e impulsar el desarrollo de habilidades sociales como la empatía 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.

- ❖ Fomentar el desarrollo de programas encaminados a sensibilizar al personal de salud para que el llenado de la ficha de tamizaje de violencia familiar sea correcto.

- ❖ Fomentar la creación de espacios de diálogo con el objetivo de ayudar a los jóvenes matrimonios en las transmisiones de valores y legado cultural a sus menores hijos. Reforzando la educación emocional que reciben. Pueden llevarse a cabo en el centro de salud, escuelas, salones comunales y grupos parroquiales.

- ❖ Llevar a cabo programas de educación y capacitación continua entre el personal de salud que labora en todos los niveles de atención, apoyando proyectos de investigación en búsqueda de la mejora continua de la calidad y calidez de prestación de los servicios de salud.

- ❖ Establecer convenios con instituciones tanto del sector salud como de otros sectores (servicios especializados de atención a víctimas de violencia intrafamiliar y durante el embarazo, ONG's, grupos de mujeres y ministerios públicos) para favorecer la intervención multisectorial.

- ❖ Sensibilizar a las autoridades a nivel regional y local sobre la importancia de destinar recursos humanos y financieros, para el desarrollo de actividades que favorezcan la identificación y atención de los casos de violencia en la gestante en los servicios de salud.

- ❖ Sensibilizar y comprometer a la población en general a crear condiciones reales que faciliten a la mujer el ingreso al ámbito productivo, sobre todo impulsar las acciones y estrategias que eleven el nivel de educación en la población, tanto de hombres como mujeres con la finalidad de abatir los niveles de violencia durante el embarazo.

- ❖ 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.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeares M, Louro I, Ortiz M. Comportamiento de la Violencia Intrafamiliar. Rev Cubana Med Gen Integr*[serie en internet]. 1999 May- Jun ** [citado 18 Jul 2012]; 15 (03). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000300011&script=sci_arttext
2. Ruiz I, Blanco P, Vives C. Violencia contra la mujer en la pareja: Determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit *[serie en internet]. 2004 May ** [citado 9 May 2012]; 18 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500003&script=sci_arttext&tlng=e
3. Vera M, Loredó A, Perea A, Trejo J. Violencia contra la mujer. Rev Fac Med UNAM *[serie en internet]. 2002 Nov- Dic ** [citado 9 May 2012]; 45 (6): 248-251. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2002/un026d.pdf>
4. Berjillos F. La violencia contra la mujer en Perú casa de acogida Rosa Llúncor, en Comas Lima. [Monografía en internet] Málaga: Universidad de Málaga; 2011 [citada 9 May 2012]. Disponible en: <http://master.cooperacion.uma.es.aleatechnology.eu/documentos/masteroficial/af4b94d64f18dad32c036863c877d3c6.pdf>

5. INFORMADOR.COM.MX. [Página en internet]. Guadalajara, Jalisco, México: Unión Editorialista; c 2008- 2012 [actualizada 9 May 2012; citada 9 May 2012]. Disponible en:
<http://www.informador.com.mx/internacional/2011/262430/6/peru-registra-117-casos-de-femicidios-en-2010.htm>

6. Pacora P, Kendall Rommy. Violencia contra la mujer en el Perú. Diagnóstico *[serie en internet]. 2006 Oct-Dic ** [citado 9 May 2012]; 45 (4). Disponible en:
<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2006/oct-dic/173-176.html>

7. Grosser H. El embarazo como un renacer. Una intervención de arte terapia en una mujer embarazada víctima de violencia intrafamiliar. [monografía en internet] Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Artes, Escuela de Post grado; 2007 [citada 9 May 2012]. Disponible en:
http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/grosser_h/sources/grosser_h.pdf

8. HOJA INFORMATIVA PROGRAMA MUJER, SALUD Y DESARROLLO. [página en internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; c 2003 [actualizado 8 mayo 2012; citado 8 mayo 2012]. Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/ad/ge/VAWPregnancysp.pdf>

9. Alvarado G, Salvador J, Estrada S, Terrones A. Prevalencia de Violencia Doméstica en la Ciudad de Durango. Salud Pública de México *[serie en internet]. 1998 Nov-Dic ** [citado 31 May 2012]; 40 (06): 481-486. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n6/Y0400604.pdf>

10. Gaitán F. Multicausalidad, Impunidad y Violencia: Una visión Alternativa. Revista de Economía Institucional. *[serie en internet]. 2001 Nov-Dic ** [citado 31 May 2012]; 12 (05): 78-105. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/419/41900504.pdf>

11. García M, Claudia. Violencia contra la Mujer Género y Equidad en la Salud. *[serie en internet]. 1999 Set ** [citado 31 May 2012]; 15 (6). Disponible en:

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

12. Valdez R, Sanín L. La Violencia Doméstica durante el Embarazo y su Relación con el Peso al Nacer. *[serie en internet]. 1996 Set-Oct** [citado 31 May 2012]; 38 (005): 352. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10638506.pdf>

13. Rico B. Participación del Sector Salud en el Combate a la Violencia de Género: Antecedentes y Retos para México. [monografía en internet] Cancún-México: Organización Panamericana de la Salud; 2001 [citado 31 mayo 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/mexico1sp.pdf>

14. 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>

15. Vega G, Hidalgo D, Toro Merlo J. Violencia basada en género desde la perspectiva médica. [base de datos en Internet]. Venezuela: LILACS. c2011 – [citado 16 Mar 2015]. Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=659241&indexSearch=ID>

16. 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>

17. Trejo-Lucero H, Torres-Pérez J, Medina-Jiménez M, Briones-Garduño J, Meneses- Calderón J. Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. Revista Mexicana de Pediatría *[serie en internet]. 2010 Ene-Feb ** [citado 04 Jul 2012]; 76 (01): 9-12. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp091c.pdf>

18. 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>

19. 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)

20. Sala I, Hernández A, Ros R, Lorenz G, Parellada N. Violencia doméstica durante el embarazo: Preguntar para detectar. Elsevier Inc *[serie en Internet]. 2010 Feb ** [citado 16 Mar 2015]; 42 (2): 70-77.

Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709002984>

21. Ludermir A, Lewis G, Alves S, Velho T, Araya R. La violencia contra las mujeres por parte de su pareja durante el embarazo y la depresión posparto: Un estudio de cohorte prospectivo. Elsevier Inc *[serie en internet]. 2010 Sep ** [citado 16 Mar 2015]; 376 (9744): 903-910.

Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610608872>

22. 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

23. Castañeda N, Tamayo M, Miraval Z, Manrique D, Alvarado N, Carrillo C. Perspectiva de las mujeres acerca de la violencia basada en género, como factor de empobrecimiento. Rev Per Ginecol Obstet*[serie en internet]. 2009 Ago ** [citado 04 Jul 2012]; 55: 256-259. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A07V55N4.pdf
24. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿Se encuentra asociada a la violencia basada en género?. AnFacMed*[serie en internet]. 2009 Jun ** [citado 04 Jul 2012]; 70 (02). Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832009000200006&script=sci_arttext
25. Távara L, Zegarra T, Zelaya C, Arias M, Ostolaza N. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. GinecolObstet. (Perú) *[serie en internet]. 2003 ** [citado 04 Jul 2012]; 49 (01): 31-38. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/ginecologia/vol49_n1/detecci%C3%B3n.htm
26. Escobar J. Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé. [tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008. Disponible en:
http://200.62.146.31/sisbib/2008/escobar_mj/pdf/escobar_mj.pdf
27. Lam N, Contreras H, Cuesta F, Mori E, Cordori J, Carrillo N. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. Rev. Perú. Epidemiol*[serie en internet]. 2008 Dic ** [citado 04 Jul 2012]; 12 (03):1-8. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2031/203120335005.pdf>

28. Ku Carbonell S. Violencia de género durante la gestación y su repercusión en el parto y el recién nacido. Hospital María Auxiliadora, marzo, 2009. Rev Per ObstEnf*[serie en internet]. 2009 Ene- Jun ** [citado 07 Jul 2012]; 5 (01). Disponible en:

http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1816-77132009000100006&script=sci_arttext

29. Salas C. Diagnóstico de la Violencia Familiar. Situación actual y factores de origen de la problemática. Justicia y Derecho *[serie en internet]. 2008 ** [citado 18 Jul 2012]; 5: 1-15 Disponible en:

<http://justiciayderecho.org/revista5/articulos/DIAGNOSTICO%20VIOLENCIA%20FAMILIAR%20CHRISTIAN%20SALAS%20BETETA.pdf>

30. Ramos M, Tristán F. Capítulo II: Tratamiento Legal de la violencia familiar y sexual en la Legislación Peruana. En: Manual sobre Violencia Familiar y Sexual. 2ed. Lima. Amelia Villanueva Ramirez; 2005. P. 43-49. Disponible en:

<http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=hA7BDJwrSisC&oi=fnd&pg=PA11&dq=ley+contra+la+violencia+familiar+per%C3%BA&ots=-u3lZ7LHQZ&sig=62X2DBZcGciLABIVbi4Uu2dCvIw#v=onepage&q&f=false>

31. Valdez R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: Análisis y perspectivas en México. Salud Mental *[serie en internet]. 1998 Dic ** [citado 18 Jul 2012]; 21 (06). Disponible en:

<http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/1998/sm2106/sm210601hnb.pdf>

32. Vaiz R, Spanó A. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. Rev. Latino-Am. Enfermagem*[serie en internet]. 2004Abr ** [citado 18 Jul 2012]; 12 (spe). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000700020&lng=es&nrm=iso
33. Ramos M, Tristán F. Capítulo I: Breve análisis situacional de la violencia familiar y sexual en el Perú. En: Manual sobre Violencia Familiar y Sexual. 2ed. Lima. Amelia Villanueva Ramirez; 2005. P. 23-27. Disponible en: <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=hA7BDJwrSisC&oi=fnd&pg=PA11&dq=ley+contra+la+violencia+familiar+per%C3%BA&ots=-u3lZ7LHQZ&sig=62X2DBZcGciLABIVbi4Uu2dCvIw#v=onepage&q&f=false>
34. Días A, Jiménez R. Violencia Intrafamiliar. Gaceta Médica de México *[serie en internet]. 2003 Jul-Ago ** [citado 18 Jul 2012]; 139 (04): 354-355 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm034gI.pdf>
35. ORIGEN Biblioteca.utec.edu.sv. [página en internet]. El Salvador. Universidad Tecnológica de El Salvador. c2012. [actualizada 26 Jul 2012; citada 26 Jul 2012]. Disponible en: <http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/auprides/17155/capitulo%202.pdf>
36. Bandura A. Aprendizaje Social frente a comportamientos agresivos. Rev. Med. Lat.*[serie en internet]. 1999 Mar. **[citado 12 Jul 2012]; 120 (08): 555-602. Disponible en: <http://www.wisis.ufg.edu.sv/www.wisis/documentos/TE/362.8292-M722f/362.8292-M722f-CAPITULO%20II.pdf>

37. Delgado E. Seminario sobre violencia de Género para personal de Servicios Sociales Comunitarios. En: Diputación de Cádiz-Igualdad: Módulo I del Seminario sobre violencia de Género para personal de Servicios Sociales Comunitarios. 2009. Cádiz, España. Madrid. 2009. p 9-13. Disponible en:

http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/areas/igualdad/igual_muj/Violencia_G/documts_guiasyotros/INTRODUCCION TEORICA V.G.pdf

38. Collado S, Villanueva L. Violencia Familiar: Una aproximación desde Ginecología y Obstetricia. Ginecol Obstet Méx *[serie en internet]. 2005 ** [citado 18 Jul 2012]; 73: 250-260. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom055f.pdf>

39. Alvarado G, Salvador J, Estrada S, Terrones A. Prevalencia de la Violencia Doméstica en la Ciudad de Durango. Salud Pública Méx *[serie en internet]. 1998 ** [citado 18 Jul 2012]; 40: 481-486. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n6/Y0400604.pdf>

40. Kiely M, El-Mohandes A, El-Khorazaty M, Gantz M. Una intervención integrada para reducir la violencia de pareja en el embarazo: Ensayo aleatorio. Obstet Gynecol. 2010 Feb *[serie en Internet]. 2010 Feb ** [citado 16 Mar 2015]; 115 (2): 273-283. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2917915/>

41. Gartland D, Hemphill S, Hegarty K, Brown S. Violencia en la pareja durante el embarazo y el primer año después del parto. Maternal and Child Health Journal *[serie en Internet]. 2011 Jul ** [citado 16 Mar 2015]; 15 (5): 570-578. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10995-010-0638-z>

42. 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>
43. Agadir Santos S, Marcos Lovisi G, Braga Valence C, Legay L, Abelha L. Violencia doméstica durante la gestación: Un estudio descriptivo en una unidad básica de salud en Río de Janeiro-Brasil. Cad. Saude Colet *[serie en Internet]. 2010 Ago-Jul **[citado 16 Mar 2015]; 18 (4): 93-483. Disponible en: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_483-493.pdf
44. Perales M, May Cripe S, Lam N, Sánchez S, Sánchez E, Willians M. Prevalencia, tipos, y el patrón de violencia del compañero íntimo en mujeres embarazadas en Lima, Perú. SAGE Journals *[serie en Internet]. 2013 Ago **[citado 16 Mar 2015]; 9 (40): 1-22. Disponible en: <http://vaw.sagepub.com/content/15/2/224.short>
45. Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Yancachajlla M, Lam N, Chacón H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública *[serie en Internet]. 2010 Jul-Sep **[citado 16 de Mar 2015]; 30 (3): 379-385. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1726-46342013000300002&script=sci_arttext

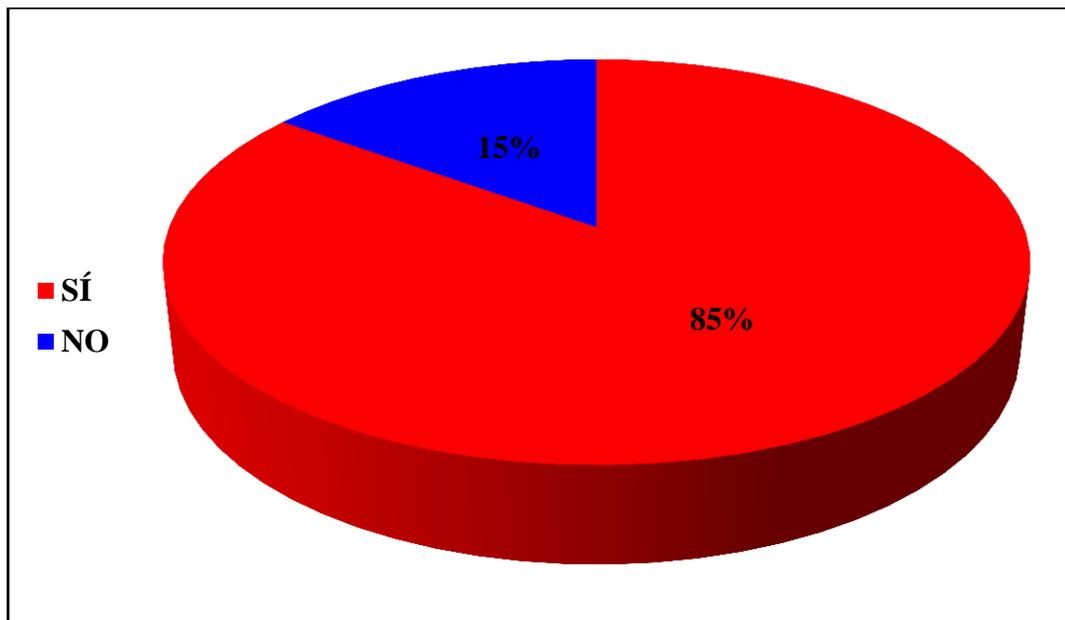
46. Blitchtein D, Reyes E. Factores asociados a la violencia física reciente de pareja hacia la mujer gestante en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública *[serie en Internet]. 2010 Ene-Mar **[citado 16 de Mar 2015]; 29 (1): 35-43. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v29n1/a06v29n1.pdf>
47. MIMDES Perú. [página en internet]. Lima: Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. MIMDES. COOPERACIÓN TÉCNICA BELGA – CTB; c2011 [actualizado 16 Mar 2015; citado 16 Mar 2015]. Disponible en: http://redin.gob.pe/biblio/3ffac1_INVESTIGACION_2011_-_MCCRREA.pdf
48. Mascaró P, García S, Munares O. Violencia basada en género durante el embarazo en zonas urbanas y urbano – marginales de Lima y Callao, 2010. Rev Perú Med Exp Salud Pública *[serie en Internet]. 2012 Abr-Jun **[citado 16 Mar 2015]; 73 (2): 127-133. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v73n2/a08v73n2.pdf>
49. Gúezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en Lima: Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán," Universidad Peruana Cayetano Heredia, [Tesis Doctoral]. Perú. 2007.
50. Rondon 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.

IX. ANEXOS

9.1. Gráficos

Gráfico N° 01

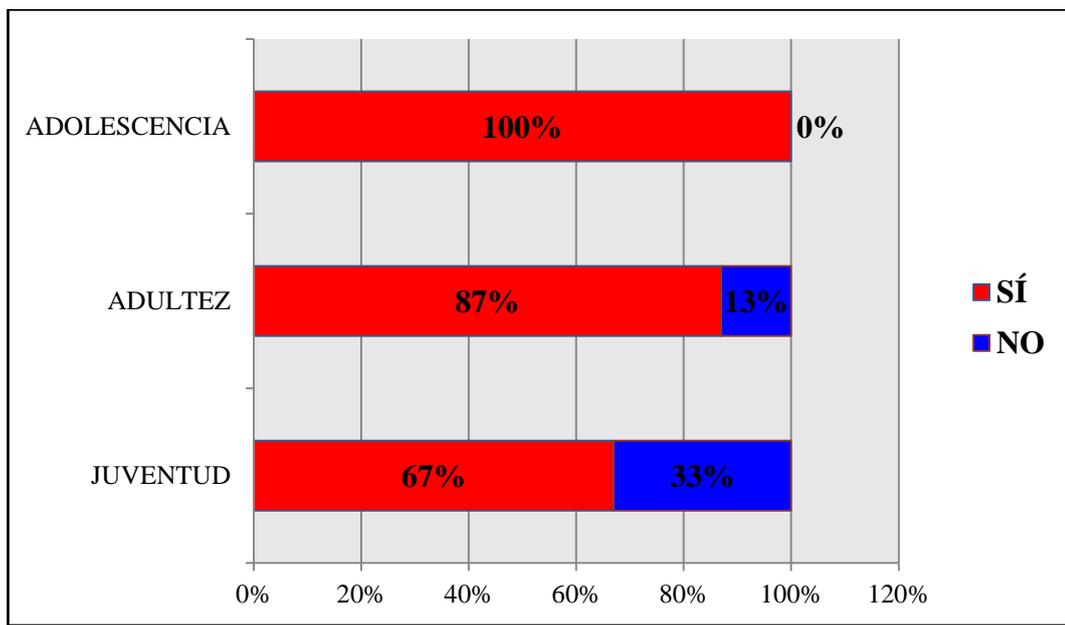
Distribución Porcentual de la Prevalencia de la Violencia en Mujeres Gestantes, que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015.



Fuente: Tabla N° 01.

Gráfico N° 02

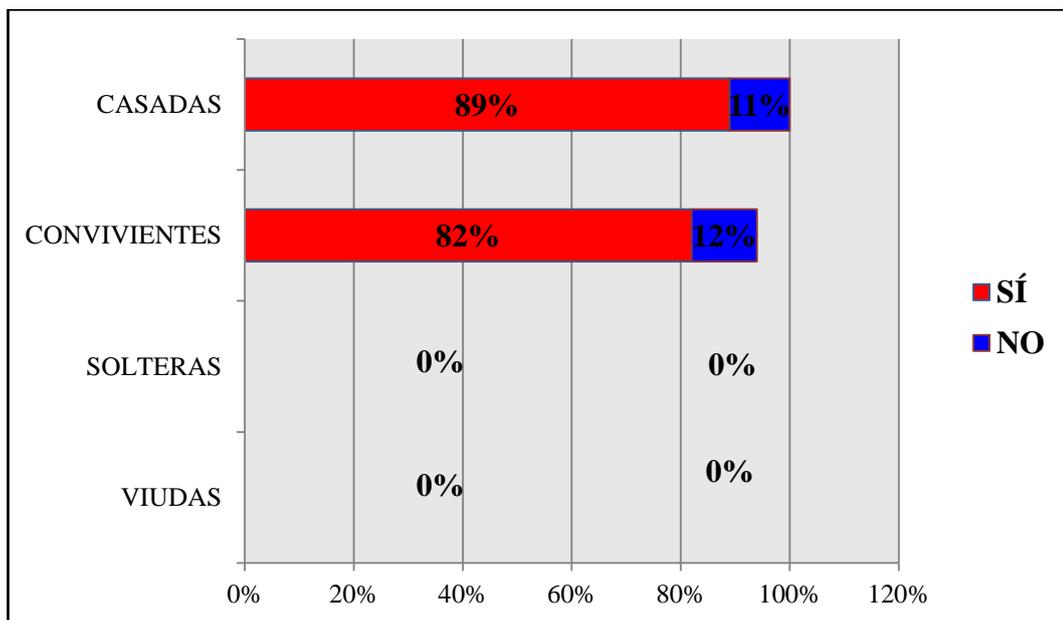
Distribución Porcentual de Prevalencia de la Violencia Según Edad, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015.



Fuente: Tabla N° 02.

Gráfico N° 03

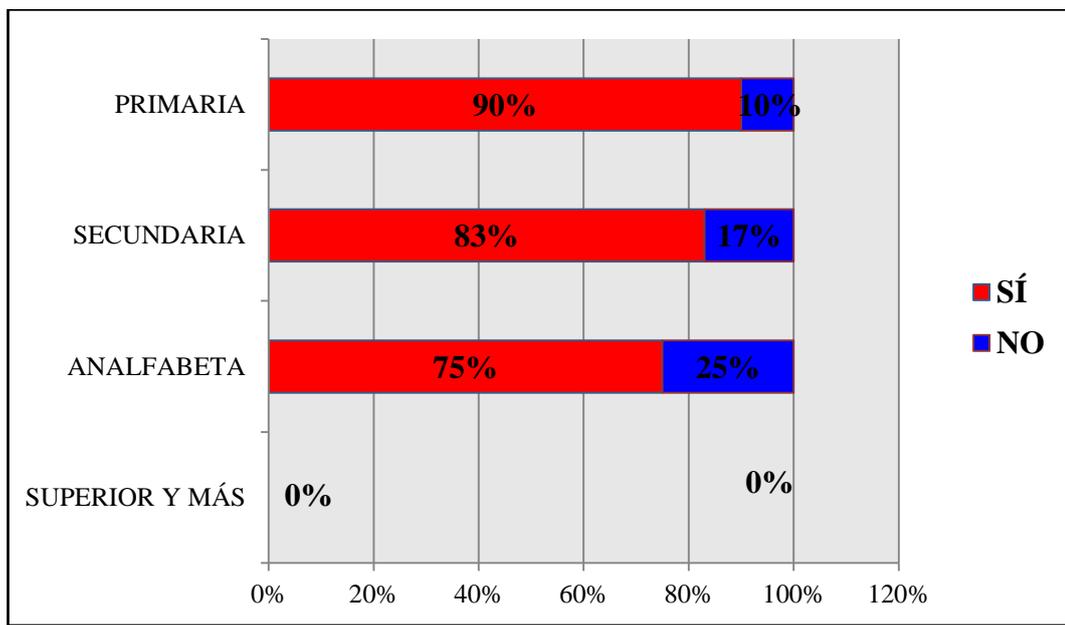
Distribución Porcentual de Prevalencia de la Violencia Según Estado Civil, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015.



Fuente: Tabla N° 03.

Gráfico N° 04

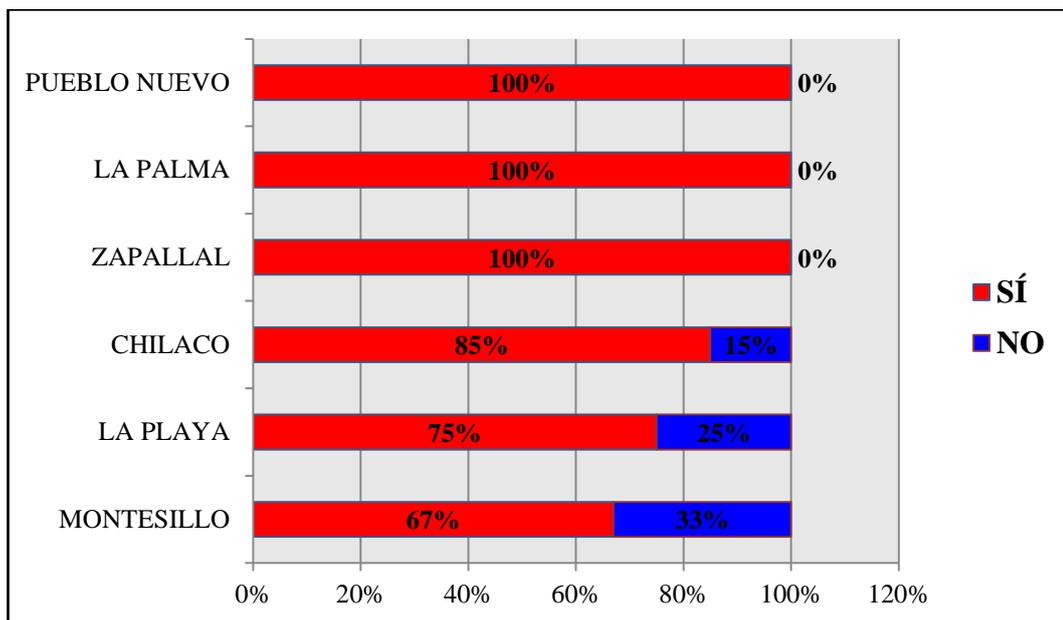
Distribución Porcentual de Prevalencia de la Violencia Según Nivel Educativo, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015.



Fuente: Tabla N° 04.

Gráfico N° 05

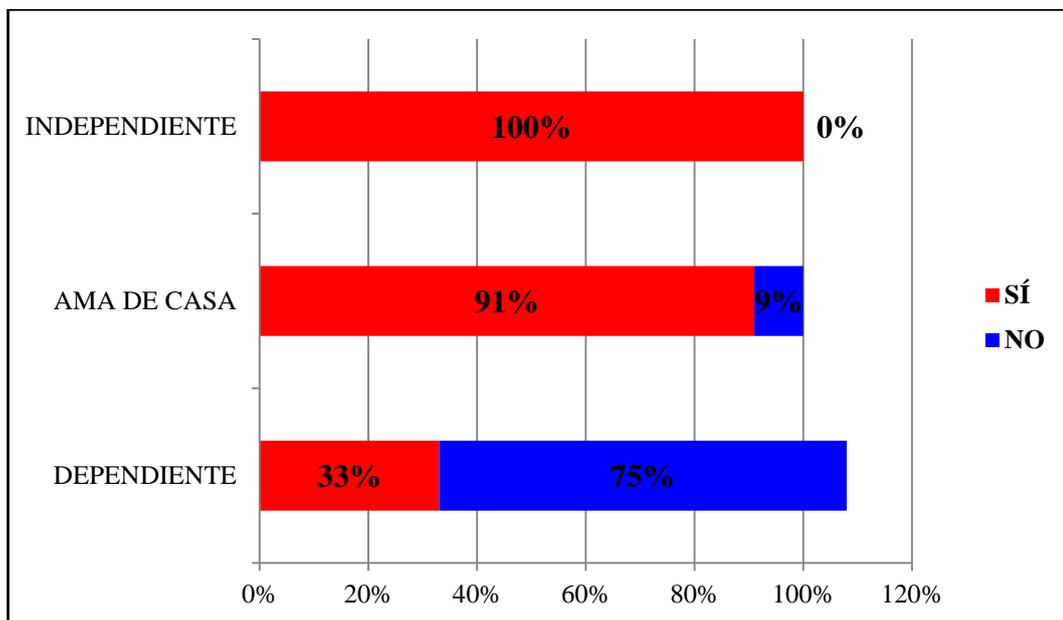
Distribución Porcentual de Prevalencia de la Violencia Según Procedencia, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015.



Fuente: Tabla N° 05.

Gráfico N° 06

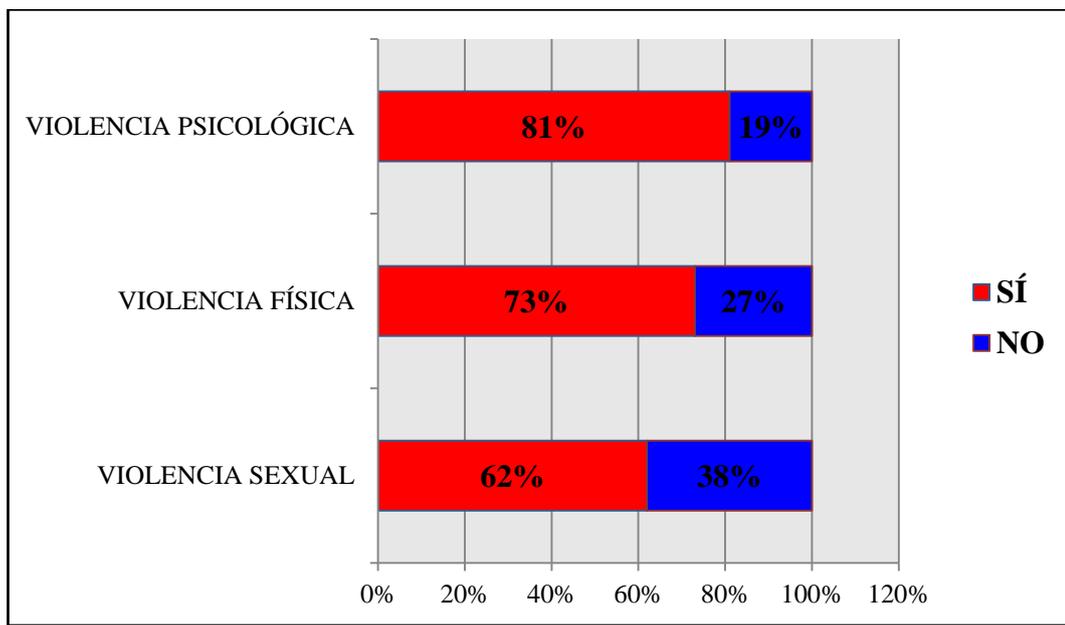
Distribución Porcentual de Prevalencia de la Violencia Según Ocupación, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012 - 2015.



Fuente: Tabla N° 06.

Gráfico N° 07

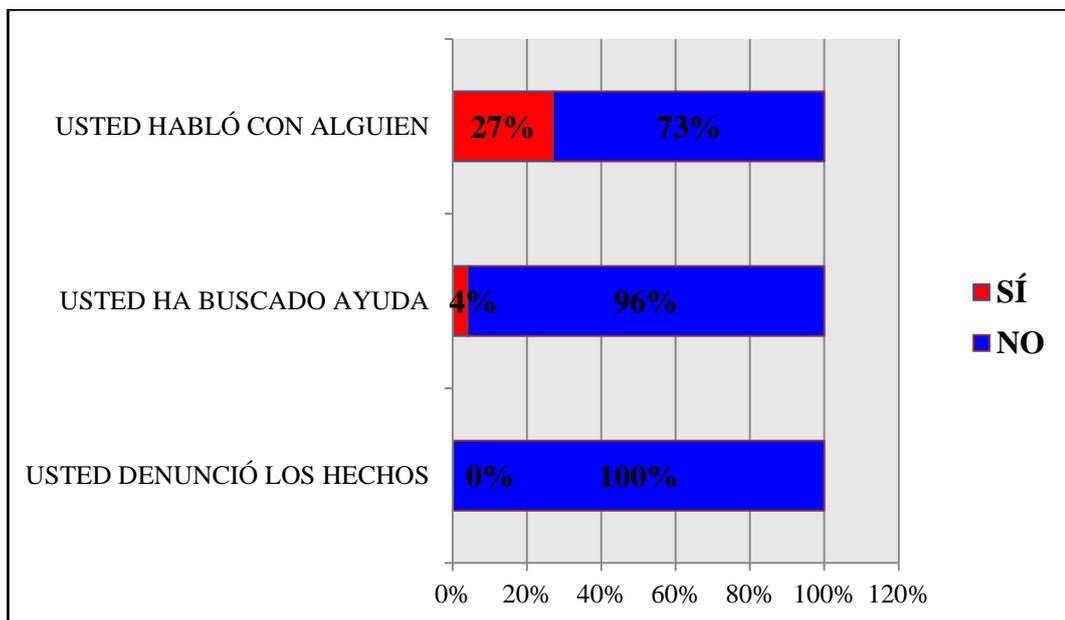
Distribución Porcentual de los Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana durante el período 2012-2015.



Fuente: Tabla N° 07.

Gráfico N° 08

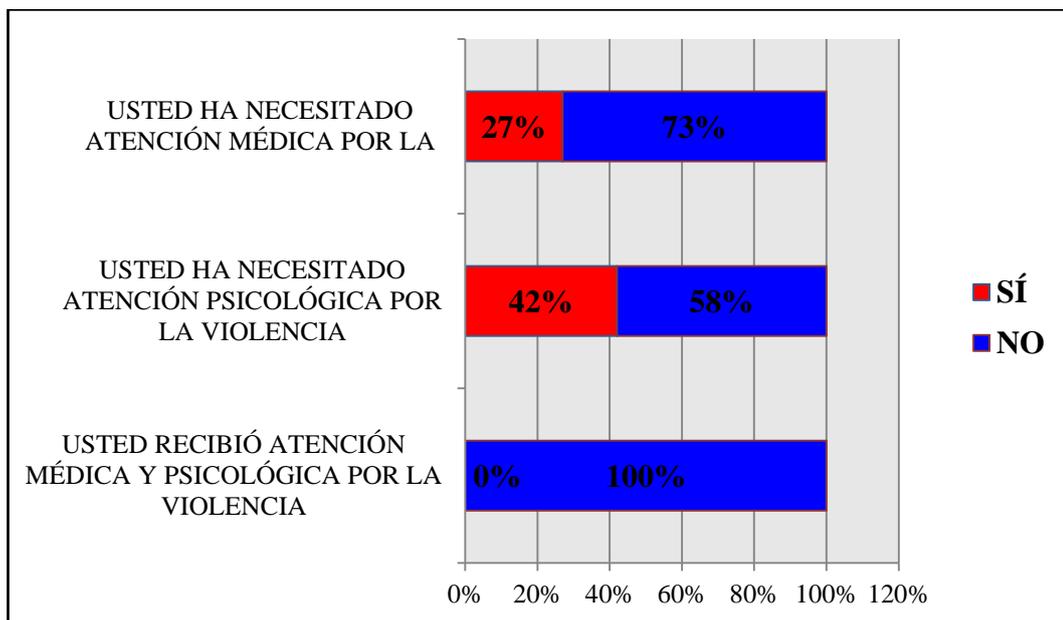
Distribución Porcentual de los Prácticas Asumidas Ante la Violencia Sufrida por Las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados- Provincia de Sullana, durante el período 2012-2015.



Fuente: Tabla N° 08.

Gráfico N° 09

Distribución Porcentual de las Consecuencias de la Violencia en la Vida de las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Chilaco Pelados – Provincia de Sullana, durante el período 2012-2015.



Fuente: Tabla N° 09.

9.2. Mapa

ANEXO 01

MAPA DE LA PROVINCIA DE SULLANA



**UBICACIÓN DEL CASERÍO CHILACO PELADOS EN LA
PROVINCIA DE SULLANA**



Cronograma de actividades

ANEXO 02

ACTIVIDAD Y CRONOLOGÍA DEL PROYECTO

| Actividad | Cronograma de ejecución | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|
| | Mes 1 | | | | Mes 2 | | | | Mes 3 | | | | Mes 4 | | | |
| | 1 o | 2 o | 3 o | 4 o | 1 o | 2 o | 3 o | 4 o | 1 o | 2 o | 3 o | 4 o | 1º | 2 o | 3 o | 4 o |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |

9.3. Financiamiento

ANEXO 03

CUADRO DE PRESUPUESTO – BIENES Y SEVICIOS

| PARTIDA | NOMBRE DE RECURSO | UNIDAD | CANTIDAD | COSTO TOTAL (S/) |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------|--------|----------|------------------|
| BIENES | | | | |
| | Materiales de Escritorio | | | |
| | Papel Bond T A -4 80 gr | Millar | 1 | s/ 30.00 |
| | Lapicero | Un | 2 | s/10.00 |
| | Lápiz | Un | 4 | s/ 5.00 |
| SERVICIOS | | | | |
| | Otros servicios de terceros fotocopiado | | | s/ 150.00 |
| | Otros servicios de terceros impresiones | Un | 2 | s/ 300.00 |
| | Otros servicios de terceros encuadernación y empastado | Un | 8 | s/ 250.00 |
| FUENTE DE FINACIAMIENTO | | | | MONTO |
| Recursos propios | | | | s/ 745.00 |

9.4. ENCUESTA

ANEXO 04

ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA EN EL EMBARAZO

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**

Encuesta adaptada de (Santiago, 2006)

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 | D e s a c u e r d o T o t a l | P o c o D e s a c u e r d o | I n t e r m e d i a | A c u e r d o | T o t a l m e n t e d e A c u e r d o |
|------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | ¿Quién le agrede es su esposo / pareja? | | | | | |
| | ¿Quién le agrede es un familiar varón? | | | | | |
| | ¿Quién le agrede es un familiar mujer? | | | | | |
| | | | | | | |
| 1.- | ¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado? | | | | | |
| | ¿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? | | | | | |
| | | | | | | |
| 2.- | ¿Le ha amenazado con golpearla? | | | | | |
| | ¿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? | | | | | |
| | ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas? | | | | | |
| | ¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad? | | | | | |
| | ¿En ocasiones le llega a tener miedo a su pareja? | | | | | |
| | ¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que salga? | | | | | |
| | ¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que vea a sus amigas/familiares? | | | | | |
| | ¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que trabaje? | | | | | |
| | ¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que | | | | | |

| | | | | | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| | continúe estudiando? | | | | | |
| | ¿Alguna vez su pareja ha destruido cosas que para usted eran muy preciadas? | | | | | |
| | ¿Alguna vez su pareja ha amenazado o maltratado a sus hijos? | | | | | |
| | ¿Alguna vez su pareja ha amenazado o maltratado a otras personas cercanas a usted? | | | | | |
| | | | | | | |
| 3.- | ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales? | | | | | |
| | ¿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? | | | | | |
| | | | | | | |
| 4.- | Estas agresiones se daban antes de su embarazo | | | | | |
| | Estas agresiones se han dado cuando inicio su embarazo | | | | | |
| | Estas agresiones se han dado antes y después del embarazo | | | | | |
| | | | | | | |
| 5.- | Usted ha buscado ayuda | | | | | |
| | Usted hablo con alguien sobre estos hechos | | | | | |
| | Usted denunció estos hechos | | | | | |
| | Usted ha recibido ayuda ante estos hechos | | | | | |
| | | | | | | |
| 6.- | Usted ha necesitado atención médica por la | | | | | |

| | | | | | | |
|--|-----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| | violencia | | | | | |
| | Usted ha necesitado atención psicológica por la violencia | | | | | |
| | Usted recibió atención médica y psicológica | | | | | |

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA SOBRE PERCEPCIONES DE LA VIOLENCIA EN LAS GESTANTES.

1. Considera que una merece ser agredida cuando actúa mal con su pareja ¿por qué?
2. Considera que la mujer debe obedecer a su esposo o pareja ¿por qué?
3. Considera que el hombre está mejor preparado para tomar las decisiones del hogar ¿por qué?
4. Considera que las peleas de mujer y pareja deben quedar en la intimidad ¿por qué?
5. Considera que el esposo o pareja debe corregir a la mujer ¿por qué?
6. Si una mujer es infiel con su pareja el varón está en su derecho agredirla ¿por qué?

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA SOBRE PERCEPCIONES DE LA VIOLENCIA EN LAS GESTANTES, POR EL PERSONAL DE SALUD.

1. Considera que la mujer debe obedecer a su esposo o pareja ¿por qué?
2. Considera que el hombre está mejor preparado para tomar las decisiones del hogar ¿por qué?
3. Considera que las peleas de mujer y pareja deben quedar en la intimidad ¿por qué?
4. Considera que el esposo o pareja debe corregir a la mujer ¿por qué?
5. Si una mujer es infiel con su pareja el varón está en su derecho de agredirla ¿por qué?
6. Considera que una merece ser agredida cuando actúa mal con su pareja ¿por qué?
7. Considera que este es un tema privado que no le corresponde abordar ¿por qué?
8. Considera que está preparado para abordar esta problemática ¿por qué?
9. Que debería hacerse para abordar esta problemática ¿por qué?
10. Qué haría usted para abordar esta problemática ¿por qué?

9.6. Consentimiento Informado

ANEXO 04



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO INVESTIGACION EN GESTANTES

Página 1

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 dela 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: 082527583

Oficina del Dpto. Investigación: 327933