



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA
VIOLENCIA EN MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE
BELLAVISTA DURANTE EL PERIODO 2012-2015”**

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

AUTORA:

SONIA ASTRID CAROLINA AGURTO DIAZ

ASESORA:

MARIA ESPERANZA GARCIA SHIMIZU

SULLANA_ PERU 2015

JURADO EVALUADOR

ANITA ELIZABETH PRECIADO MARCHAN
PRESIDENTA

AUREA LUCIA PANTA BOGGIO
SECRETARIO

SILVIA TERESA CORONADO MORALES
MIEMBRO

MARIA ESPERANZA GARCIA SHIMIZU
ASESORA

AGRADECIMIENTOS

A Dios y la Virgen de Guadalupe
por guíame siempre por el camino
del bien , otorgarme la inteligencia
y sabiduría para poder
culminar mis metas profesionales .

A mis padres Alfredo y Sonia por ser
mi mayor ejemplo de fuerza y lucha
constante del día a día , y siempre ser
incondicionales para mi, por el amor
recibido y su apoyo ellos y mis
hermanos son mi fuerza para salir
adelante.

A la Universidad Católica Los
Ángeles de Chimbote por ser mi
Alma Mater en mi formación
profesional

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general, determinar la prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al centro de salud del distrito de Bellavista provincia de Sullana, durante el periodo 2012_2015. La investigación cuantitativa _ descriptiva, se escogió una muestra de 150 mujeres , a quienes se les aplico un cuestionario de 50 preguntas cerradas. Obteniéndose los siguientes resultados: la prevalencia de violencia fue 51.3%. Las mujeres que sufrieron mayor violencia fueron entre las edades de 26_60 años , mujeres convivientes el 57.1% ,mujeres con nivel de instrucción secundario 53.2% según procedencia las mujeres del distrito de Bellavista 51.2%, mujeres ama de casa 51.7% Violencia física el 84.5% , mujeres que optaron por buscar ayuda son de un 5.2%, y las que necesitaron ayuda por atención psicológica un 5.2%. Se concluye que la prevalencia de violencia en gestantes es de 51.3%.

Palabras Clave: prevalencia, violencia, gestantes

ABSTRACT

The general objective research was to determine the prevalence and factors associated with violence in pregnant women pregnant women who come to the health center in the district of Bellavista province of Sullana, during the period 2012_2015. The descriptive- quantitative investigation was chosen a sample of 150 women's , To whom it applied a questionnaire of 50 closed questions. With the following results: the prevalence of violence was 51.3%. Women who suffered violence were more aged 26_60 years, 57.1% cohabiting women, women with secondary education level according to the origin 53.2% Women 51.2% district Bellavista, women housewife Physical violence 51.7% 84.5% , women who chose to seek help are 5.2%, and who needed help for psychological care 5.2%. We conclude that the prevalence of violence in pregnant women is 51.3%.

Keywords: prevalence, violence, pregnant women

CONTENIDO

1. Hoja de firma del jurado y asesor	ii
2. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria (opcional)	iii
3. Resumen	iv
4. Abstract	v
5. Contenido	vi
6. Índice de tablas	vii
7. Índice de gráficos	ix
I. Introducción	1
II. Revisión de Literatura	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Bases teóricas	25
2.3. Definición operacional de las variables en estudio	29
III. Metodología	35
3.1. Diseño de la investigación	35
3.2. Población y muestra	35
3.3. Técnicas e instrumentos	40
IV. Resultados	54
4.1. Resultados	56
4.2. Análisis de resultados	61
V. Conclusiones	64
Aspectos complementarios	
Referencias bibliográficas	67
Anexo N° 01: Instrumento.	74
Anexo N° 02: Validez y confiabilidad del instrumento	78
Anexo N° 03: Consentimiento informado	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	
Prevalencia de violencia en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	43
Tabla02	45
Prevalencia de la violencia según edad, en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	
Tabla 03:	47
Prevalencia de la violencia según estado civil en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	
Tabla 04:	49
Prevalencia de la violencia según nivel educativo, en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	
Tabla 05:	51
Prevalencia de la violencia según procedencia, en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	

Tabla 06:	
Prevalencia de la violencia según ocupación en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	53
Tabla 07:	
Tipos de violencia más frecuentes en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	55
Tabla 08:	
Prácticas asumidas ante la violencia sufrida por las mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	57
Tabla 09:	
Consecuencias de la violencia en la vida de las mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01:	54
Distribución porcentual de la prevalencia de violencia en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	
Gráfico02:	56
Distribución porcentual de la prevalencia de la violencia según edad, en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	
Gráfico 03:	58
Distribución porcentual de la prevalencia de la violencia según su estado civil en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	
Gráfico 04:	60
Distribución porcentual de la prevalencia de la violencia según su nivel educativo, en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	

Gráfico 05:	62
Distribución porcentual de la prevalencia de la violencia según su procedencia, en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.	
Gráfico 06:	64
Distribución porcentual de la prevalencia de la violencia según ocupación en mujeres gestantes que acuden al centro de salud de Bellavista durante el período 2012_2015.	
Gráfico 07:	66
Distribución porcentual de los tipos de violencia más frecuentes en las mujeres gestantes que acuden al centro de salud de Bellavista durante el período 2012_2015.	
Gráfico 08:	68
Distribución porcentual de las prácticas asumidas ante la violencia sufrida por las mujeres gestantes que acuden centro de salud de Bellavista durante el período 2012_2015.	
Gráfico 09:	70
Distribución porcentual de las consecuencias de la violencia en la vida de las mujeres que acuden al centro de salud de Bellavista durante el período 2012_2015.	

I. INTRODUCCIÓN

La violencia domestica puede ocurrirle a cualquiera: mujeres de todas edades, razas, religiones, educación, niveles de ingresos económicos y en cualquier parte del país. Violencia ha sido un problema ya que, tanto la parte física, psicológica como sexual queda una marca o huella de haber sido maltratada.

Sin embargo esa solo es la expresión de los impulsos por medio de los cuales el agresor pudo descargar su ira y, en ocasiones, esta puede ser la última expresión de su agresión, ya que previamente hubo insultos u omisiones que detonaron las agresiones físicas. En la actualidad es muy común hablar de violencia, los casos y las estadísticas nos muestran números que pueden ser alarmantes pero que parecen ajenos y extraños a nuestra vida cotidiana, es decir, vemos el fenómeno como si fuera algo externo a nosotros y que no nos compete, siendo que estamos inmersos en esta dinámica desde el momento en que nos enteramos que pasa a otros y no ACTUAMOS para cambiar la situación (1).

Por lo tanto podemos decir que la violencia doméstica está siendo considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer. Sin embargo, todavía hay que dividir la totalidad de mujeres afectadas por la violencia en grupos más pequeños para entender la multiplicidad de las causas que la ocasionan. Las mujeres embarazadas víctimas de la violencia constituyen un grupo importante dentro de este tema. La violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas. La violencia hacia las mujeres embarazadas repercute en los recién nacidos, pues conduce al bajo peso al nacer (BPN) y afecta adversamente a cualquier niño en la etapa inicial de la vida, tanto por el incremento de la morbilidad y de la mortalidad como por sus efectos sobre el desarrollo de las capacidades físicas, cognoscitivas y sociales, que pueden limitar considerablemente a los que sobreviven estos episodios (2).

De las 35 mujeres agredidas, (65,7%) manifestaron que la violencia empezó tres años o menos antes de que se iniciara el embarazo y continuó durante el mismo, mientras que en (28,6%) se inició en el primer trimestre del embarazo, cuando el compañero se enteró de la situación. Es importante destacar que (60%) de estas últimas eran adolescentes y solteras. Las 2 restantes (5,7%) refirieron haber sido agredidas cuando un familiar (hermano o padre) se enteró del embarazo; una de esas mujeres era adolescente y la otra adulta, ambas casadas. En estos casos, el abuso fue de tipo psicológico y emocional y se inició a finales del segundo trimestre del embarazo.

Las mujeres agredidas por sus compañeros manifestaron haber sufrido distintos tipos de abuso: predominó el psicológico o emocional (86,9%), caracterizado por humillaciones verbales, gritos, abandono, negación de dinero para las necesidades básicas y amenazas de golpes. El abuso físico (60,9%) consistió en golpes, empujones, cachetadas y mordiscos, mientras que el abuso sexual (52,2%) se caracterizó por obligar a la mujer a realizar el coito. Aproximadamente 61,0% de las mujeres víctimas de la violencia de sus compañeros manifestaron que la mayoría de las veces sucedió bajo los efectos del alcohol y en dos ocasiones también bajo los efectos de la marihuana y la cocaína (3).

La mayoría de las mujeres agredidas explicaron que el compañero les pegaba con los puños y las empujaba violentamente hacia las paredes o contra el piso, aunque también hubo casos en que los golpes fueron propinados con objetos, como fajas, sogas y palos. Ninguna mujer dijo haber sufrido lesiones de gravedad causadas por actos de violencia (4).

De esta problemática no se excluye el distrito de Sullana que cuenta con una población referencial de 262,848 habitantes. Con respecto a la zona de estudio: el

Asentamiento Bellavista con una población de 1552 habitantes, de los cuales 150 son mujeres embarazadas que se atienden en el centro de salud de Bellavista. De estas mujeres el 51.3% se ha detectado que presentan violencia doméstica.

Por lo anteriormente expresado, el problema de investigación es el siguiente: ¿Cuál es la Prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al centro de salud del distrito de Bellavista durante el periodo 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 del distrito de Bellavista, durante el periodo 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 en la vida de las mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, durante el periodo 2012-2015.

Después de esto podemos tener como justificación que la presente investigación determinar si el embarazo es un factor de riesgo o un factor de protección frente a la violencia doméstica y comparar la prevalencia y severidad de la violencia que sufren las mujeres embarazadas antes y durante el embarazo. Además de ser un problema social y de derechos humanos, la violencia contra las mujeres es también un problema de salud pública con graves costos. Se sabe que la violencia contra las mujeres representa la pérdida de hasta una quinta parte de los años de vida saludables en el período reproductivo de las mujeres afectadas. Se sabe también que las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas tienen un riesgo mayor de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos.

La violencia durante el embarazo se inserta de lleno dentro de la salud reproductiva, cuestión que, a su vez, es objeto de particular interés en este momento en el mundo. Hay estudios que muestran que el maltrato a la mujer es un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante el embarazo, sobre este tema considerado de gran importancia por el impacto social, tanto desde las mujeres que sufren este flagelo como de los proveedores de servicios, considerados como actores importantes para su adecuado abordaje, la prevención y para la promoción de conductas saludables, permitiendo contribuir con conocimientos científicos que servirán de base para generar recomendaciones para que los trabajadores de salud, puedan realizar un diagnóstico oportuno y abordaje adecuado de la misma, visualizar las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres en la etapa reproductiva.

Hay estudios que muestran que el maltrato a la mujer es un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante el embarazo, sobre este tema considerado de gran importancia por el impacto social, tanto desde las mujeres que sufren este flagelo como de los proveedores de servicios, considerados como actores importantes para su adecuado abordaje, la prevención y para la promoción de conductas saludables (5).

Por ser un problema social y de derechos humanos, la violencia contra las mujeres es también un problema de salud pública con graves costos. La violencia contra las mujeres embarazadas representa la pérdida de hasta una quinta parte de los años de vida saludables en el período reproductivo de las mujeres afectadas.

Se buscó conocer la situación de la violencia contra las mujeres que acuden a servicios de salud de nuestra región. Para determinar si el embarazo es un factor de riesgo o un factor de protección frente a la violencia doméstica y comparar la prevalencia y severidad de la violencia que sufren las mujeres embarazadas antes y

durante el embarazo. Las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas tienen un riesgo mayor de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos.

Esta investigación permitió contribuir con conocimientos científicos que servirán de base para generar recomendaciones para que los trabajadores de salud, puedan realizar un diagnóstico oportuno y abordaje adecuado de la misma, visualizar las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres en la etapa reproductiva (6).

I. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes

A nivel internacional:

Castro, R México 2010 (7) De acuerdo a la encuesta realizada a una muestra de 468 mujeres atendidas en consulta prenatal en su tercer trimestre de embarazo por los servicios de la Secretaría de Salud del estado de Morelos (México). Se exploró violencia emocional, física y sexual: La prevalencia de violencia total de 130 el 27% de las mujeres tuvieron violencia durante el embarazo no la tuvieron antes del mismo; una proporción equivalente tuvieron violencia antes del embarazo pero no durante el mismo. La severidad de la violencia emocional se incrementó significativamente durante el embarazo (en comparación con el año previo), mientras que la severidad de la violencia física disminuyó. Variables asociadas a la violencia durante el embarazo: violencia en la infancia de la pareja; que la mujer hay presenciado violencia en casa durante su infancia; y violencia en el año previo al embarazo. Se presentan diversos escenarios de riesgo útiles para los prestadores de servicios.

Pámanes, V México, 2011 . (8) De las mujeres, 120 (31.1%) reportaron haber estado expuestas a la violencia psicológica y/o física, y/o sexual por parte de su pareja masculina durante el embarazo actual, el 10% reportaron violencia combinada y 21% violencia aislada. La violencia psicológica fue la más frecuentemente reportada (93% del grupo “había experimentado violencia”). Con relación a la percepción sobre la violencia no había diferencias significativas entre los grupos de mujeres con y sin violencia. Solo alrededor de 20% de las mujeres tenían conocimiento sobre los lugares donde atienden a las víctimas de violencia.

Ramos, Y México 2012. (9) Hubo maltrato fetal por control prenatal inadecuado en 284 (69.7%) pacientes, consumo de drogas en 100 (24.5%) mujeres y violencia física en 23 (5.6%) embarazadas. La combinación de dos o más formas de maltrato fetal ocurrió en 69 mujeres (20.7%). Al comparar el grupo de casos con sus controles se observó que 54% de las adolescentes llevó control prenatal inadecuado y 37.7% de las adultas; 25.6% de las adolescentes consumieron drogas, 16.6% de las adultas; 4.9% de las adolescentes refirieron recibir violencia física y 2.8% de las adultas no. El embarazo en la adolescencia se asoció con maltrato fetal .

Ramos R, Barriga J, Pérez J, MEXICO 2010 (10) Maltrato fetal es cualquier acto que de manera intencional o negligente puede lesionar al embrión o al feto. Se maltrata al feto cuando la embarazada no lleva control prenatal de manera adecuada, consume drogas legales (tabaco, alcohol) o ilegales (marihuana, cocaína, inhalantes u otras sustancias), se induce al aborto, o se maltrata físicamente a la embarazada. La violencia física durante la gestación se registró en 23 casos (5.6%), las adolescentes fueron agredidas en 4.4% y las no adolescentes en 2.1%. El agresor principal fue la pareja sentimental en 11 mujeres (47.8%), la agresión por un hermano en 7 (30.4%) mujeres, por una vecina en 5 (21.7%).

Vega G, Hidalgo D, Toro J. Venezuela 2012 (11). 266 mujeres (66,5 % del total) había sufrido algún tipo de violencia, más de uno en algunos casos, predominando la violencia psicológica (66,25 %), seguida por la violencia física (38,25 %), siendo el grupo erario de la segunda década el más afectado para todos los tipos de violencia. El agresor más frecuente fue la pareja actual de las afectadas por violencia psicológica, física y sexual. En el grupo de embarazadas hubo 61,06 % casos de violencia. Alrededor de la mitad de las encuestadas (52,25 %) conocen los mecanismos de denuncia en caso de ser víctimas de violencia, aunque solo 20,3 % de las agredidas han denunciado alguna situación de violencia.

Tortosa. M. México 2010 .(12) El análisis de 90 entrevistas efectuadas a mujeres que consultaron por VF durante 1996/97 en el servicio de Sicopatología y Salud Mental del Hospital Materno Infantil R. Sardá arrojó los siguientes datos: Las pacientes tenían entre los 18 y 53 años. El grupo que más consultó, fue el comprendido entre los 21 y 30 años (57%). Refirieron violencia física en el 82% de los casos, combinado con abuso sexual el 15%. Si bien sólo el 2% mencionó abuso psicológico exclusivamente, reconocemos en todos los casos de maltrato hacia la mujer, una base de abuso emocional. Al momento de la primera entrevista el 50% estaba embarazada y en su mayoría (65%) cursaba el último trimestre de gestación. El 18,6% eran puérperas. El 24% las mujeres sostuvo que el primer episodio de golpes aconteció durante un embarazo. El 67% de las pacientes tenía entre 1 y tres hijos, el 18% era madre de más de 4 niños. Sólo el 15% no tenía hijos. El 55% de los hijos de estas mujeres sufría algún tipo de abuso, agregado al que por sí mismo padecen al ser testigos de la violencia hacia sus madres.

Castro R, Rique F, Rió de Janeiro 2009 (13) Algunas de las primeras investigaciones de la década pasada reportaban prevalencias superiores al 50% (60% en Chile, según Larráin, 1993; 54% en Costa Rica, según Chacón et al., 1990, apud Heise, 1994; 57% en el área rural de Jalisco, México, según Ramírez & Uribe, 1993; 56% en Guanajuato, México, según Tolbert Romero, 1996). Al paso de los años, quizás como efecto de un mejor diseño de los instrumentos de medición, las prevalencias reportadas se han centrado en un rango que va del 10% al 52% (26% en Colombia, según Klevens 2001; 46% en Guadalajara, México, según Ramírez & Patiño, 1996; 42% en Durango, México, según Alvaro-Zaldívar et al., 1998; y 52% en Nicaragua, según Ellsbergetal., 1999, 2009). Cabe, sin embargo, hacer una crítica general a los estudios de prevalencia.

Muñoz M, Oliva P, CHILE 2012 .(14) De las 146 adolescentes estudiadas el 69,8% tenía como residencia la ciudad de Concepción y el 30,14% la ciudad de Chillán. La edad promedio observada fue de 17_ 14 años. En su mayoría las adolescentes eran solteras con actividad de estudiante y escolaridad media incompleta El 99,3% de las gestantes adolescentes del estudio tuvieron control prenatal durante su gestación siendo importante destacar que el 61,6% de los casos presentó SPP, mientras que sólo el 36,9% presentó SHE, observándose, además, que solamente una de las adolescentes estudiadas presentó ambas patologías. Los estresores psicosociales familiares como enfermos en la familia, violencia intrafamiliar, agresión psicológica familiar y eventos estresantes, se asocian a la presencia de SHE y/o SPP en gestantes adolescentes, siendo el apoyo familiar, un factor protector de esas patologías

Nuñez,H ; Monje,R; Grios,C; Elizondo,A; Rojas, A Panamá 2011 .(15) La mayoría de las mujeres (78,0%) eran costarricenses. Del total de 118 mujeres, 35 (29,7%) estuvieron expuestas a algún tipo de violencia. Noventa y una (77,1%) no sostenían relaciones clandestinas ni esporádicas. En 20 de las 27 que sostenían relaciones clandestinas, el embarazo se había iniciado durante un noviazgo corto; el resto de estas mujeres (cuatro nicaragüenses y tres costarricenses) fueron embarazadas por hombres casados o que vivían en unión libre con otra mujer. Las mujeres no casadas fueron significativamente más agredidas que las casadas Aproximadamente 80,0% de los casos no tenían empleo remunerado y los ingresos mensuales de las que recibían retribución por trabajar tiempo completo .

Las ocupaciones que desempeñaban estas mujeres estaban acorde con su escolaridad; la mitad tenía de uno a seis años de estudio, 22% completaron la primaria y solo 2,5% la secundaria. Las diferencias entre los promedios de ingresos mensuales y los años de estudio de las mujeres agredidas y las no agredidas no fueron significativas.

Marroquìn, M. México 2012..(16) En esta investigación planteamos la forma de que en el artículo 295 de nuestro Código Familiar se adicione un párrafo en el que se siga de oficio el hecho ilícito cuando la mujer embarazada y su producto corren riesgo por maltrato en el ámbito familiar. En esta investigación planteamos que toda mujer embarazada debe ser protegida del maltrato que sufre en el ámbito Familiar, por lo que debe ser adicionando un párrafo en el artículo 295 del Código Familiar para el Estado de Michoacán de Ocampo que proteja a miles de mujeres embarazadas que siendo víctimas de la violencia intrafamiliar no logran tener un embarazo normal ya que corren el riesgo de que no llegara a sobrevivir el producto. Muchas mujeres no se atreven a presentar una querrela contra la persona que las agredió por temor, si se siguiera de oficio este delito que tanta polémica tiene tal vez disminuiría el maltrato que sufren estas personas tanto físico como psicológico.

Vega G, Hidalgo D, Toro J. Venezuela 2012. (17). 266 mujeres (66,5 % del total) había sufrido algún tipo de violencia, más de uno en algunos casos, predominando la violencia psicológica (66,25 %), seguida por la violencia física (38,25 %), siendo el grupo erario de la segunda década el más afectado para todos los tipos de violencia. El agresor más frecuente fue la pareja actual de las afectadas por violencia psicológica, física y sexual. En el grupo de embarazadas hubo 61,06 % casos de violencia. Alrededor de la mitad de las encuestadas (52,25 %) conocen los mecanismos de denuncia en caso de ser víctimas de violencia, aunque solo 20,3 % de las agredidas han denunciado alguna situación de violencia.

Parada, O; Guerra, P; Vázquez, A. 2012. (18) De las 50 mujeres estudiadas, 19 sufrían violencia emocional. Del total de pacientes, 19 (38%) sufrieron violencia emocional (grupo 1) y 31 (62%) no la sufrieron. En el grupo 1 la edad promedio fue de 26 años, con un intervalo de 15 hasta 38 años; en el 2 el promedio fue de 31 años, con un intervalo de 23 a 43 años. De acuerdo con el grupo etario, se clasificaron como sigue: en el grupo 1 de 26 años había siete pacientes (37%) de 15 a 20 años,

dos pacientes (10.5%) de 21 a 25 años, cuatro pacientes (21%) de 26 a 30 años, cinco pacientes (26.3%) de 31 a 35 años y una (5.2%) de más de 36 años.

En el grupo 2 no había ninguna paciente de 15 a 20 años, había cuatro (13%) de 21 a 25 años, 11 (35.4%) de 26 a 30 años, ocho pacientes (25.8%) de 31 a 35 años y ocho mujeres (25.8%) de 36 o más años. La residencia de las pacientes, aclarando que la zona de influencia del hospital es la zona oriente del área metropolitana de la Ciudad de México, tuvo la siguiente distribución: en el grupo 1 había nueve mujeres (47.4%) originarias del Estado de México y 10 (52.4%) del Distrito Federal; en el grupo 2 había tres pacientes (9.4%) del Estado de México y 28 (90.6%) del Distrito Federal.

La edad gestacional se dividió en embarazos de menos de 28 semanas y más de 28 semanas, con la siguiente distribución: en el grupo 1 se encontraron cinco pacientes (26.3%) con menos de 28 semanas y 14 (73.7%) con más de 28 semanas. En el grupo 2 se encontraron ocho pacientes (25.8%) de menos de 28 semanas y 23 (74.2%) de más de 28 semanas. La escolaridad de las pacientes se distribuyó como sigue: en el grupo 1 habían completado la educación primaria 10 mujeres (52.8%), la secundaria cinco (26.3%), la preparatoria tres (15.7%) y la licenciatura una (5.2%); en el grupo 2 terminaron la primaria dos pacientes (6.4%), la secundaria seis (19.5%), la preparatoria 14 (45.1%) y la licenciatura nueve (29%).

En cuanto a la ocupación de las pacientes, en el grupo 1 había 12 mujeres (63.1%) dedicadas a las labores del hogar y siete (36.9%) empleadas, y en el grupo 2 había 10 (32.3%) dedicadas a las labores del hogar y 21 (67.7%) empleadas. Respecto a la ocupación de las parejas de las pacientes, se encontró que en el grupo 1 había tres desempleados (15.7%) y 16 (84.3%) empleados, y en el grupo 2 había un desempleado (3.3%) y 30 (96.7%) empleados.

Tortosa. M. México .2013. (19) El análisis de 90 entrevistas efectuadas a mujeres que consultaron por VF durante 1996/97 en el servicio de Sicopatología y Salud Mental del Hospital Materno Infantil R. Sardá arrojó los siguientes datos: Las pacientes tenían entre los 18 y 53 años.

El grupo que más consultó, fue el comprendido entre los 21 y 30 años (57%). Refirieron violencia física en el 82% de los casos, combinado con abuso sexual el 15%. Si bien sólo el 2% mencionó abuso psicológico exclusivamente, reconocemos en todos los casos de maltrato hacia la mujer, una base de abuso emocional. Al momento de la primera entrevista el 50% estaba embarazada y en su mayoría (65%) cursaba el último trimestre de gestación.

El 18,6% eran puérperas. El 24% las mujeres sostuvo que el primer episodio de golpes aconteció durante un embarazo. El 67% de las pacientes tenía entre 1 y tres hijos, el 18% era madre de más de 4 niños. Sólo el 15% no tenía hijos. El 55% de los hijos de estas mujeres sufría algún tipo de abuso, agregado al que por sí mismo padecen al ser testigos de la violencia hacia sus madres.

Muñoz M, Oliva P, CHILE 2009. (20) De las 146 adolescentes estudiadas el 69,8% tenía como residencia la ciudad de Concepción y el 30,14% la ciudad de Chillán. La edad promedio observada fue de 14 años. En su mayoría las adolescentes eran solteras con actividad de estudiante y escolaridad media incompleta. El 99,3% de las gestantes adolescentes del estudio tuvieron control prenatal durante su gestación siendo importante destacar que el 61,6% de los casos presentó SPP, mientras que sólo el 36,9% presentó SHE, observándose, además, que solamente una de las adolescentes estudiadas presentó ambas patologías. Factores de apoyo psicosocial: El grupo control presentó mayor apoyo familiar (91,4%), de la pareja (75,3%) y de la comunidad escolar (58,9%) durante su embarazo, que el grupo de los casos (67,12%, 65,75% y 35,62 respectivamente). Solo se observó lo contrario en el apoyo de los amigos, en donde los casos presentaron un 93,5% y los controles un 84,9% Factores

psicosociales asociados: La presencia de estresores psicosociales se asoció significativamente a un mayor riesgo de presentar SHE y/o SPP en el embarazo adolescente. Estos fueron: problemas económicos, agresión psicológica familiar, algún evento estresante y/o depresión, enfermedad y/o hospitalización de un familiar, y violencia familiar. El apoyo familiar se asocia significativamente (35)

Los estresores psicosociales familiares como enfermos en la familia, violencia intrafamiliar, agresión psicológica familiar y eventos estresantes, se asocian a la presencia de SHE y/o SPP en gestantes adolescentes, siendo el apoyo familiar, un factor protector de esas patologías.

Castro R , México ,2012 (21). Los factores asociados significativamente a la violencia de pareja en las mujeres embarazadas fueron ser soltera, vivir en unión libre antecedentes de violencia en la infancia, consumo de bebidas alcohólicas en la pareja y presencia de alteraciones emocionales En este estudio se documenta la enorme variabilidad existente en los datos sobre violencia de pareja contra las mujeres al comparar cuatro encuestas nacionales realizadas en México en los últimos años. Existe solo un área donde las encuestas: la prevalencia general de la violencia física. La información relativa a las otras formas de violencia varía entre una encuesta y otra, por lo que no es posible afirmar algo definitivo al respecto. La primera conclusión, por lo tanto, se relaciona con la necesidad de que los encargados de formular políticas públicas interpreten con reserva los datos originados en las diferentes encuestas. Es fundamental conocer los alcances y las limitaciones metodológicas de cada una y, sobre todo, el universo de población que representan. Un error común es la generalización de los resultados, esto es, asumir que los datos representan a todas las mujeres de México, sin tener en cuenta que en ocasiones se trata solo de usuarias de servicios de salud, de un cierto grupo etario o, bien, con alguna característica demográfica (solo mujeres con pareja, por ejemplo).

Vargas. V. Idrovo. A, López. E, Uicab. G, Herrera. M, Balam. M, Hidalgo. E; México 2013. (22) En el estudio participaron en total 545 mujeres, de las cuales 28,81% reportó ser víctima de violencia de pareja actual. Las medianas de edad para cada municipio fueron 32, 30 y 28 años de edad.. La violencia emocional presenta la mayor prevalencia y la violencia física la mayor severidad; donde Guachochi reporta los resultados más altos. Respecto a la prevalencia de violencia por cada ítem, los mayores porcentajes corresponden a la violencia emocional, específicamente a los ítems: Que se ponga celoso o a sospechar de sus amistades y Que la insulte, los cuales representan el 17,06% y el 15,50% respectivamente. En la violencia física, el ítem: Que le aviente un objeto, reporta un 10,83% y en la violencia sexual, el ítem Que la amenace con irse con otra mujer si no accede a tener relaciones con él, con un 4,59%.

Se muestran los resultados de cobertura cruda y efectiva, total y por municipio, para cada una de los tipos de violencia contra la mujer y sus combinaciones. Se observa que la utilización en todos los casos es inferior al 50%. El mayor porcentaje de utilización fue generado por mujeres que sufren violencia sexual, con 25%, del cual sólo el 19,45% tiene cobertura efectiva. Guachochi es el municipio con mayores porcentajes de utilización y calidad en los servicios de salud en los tres tipos de violencia. Por el contrario, en Tizimín se encuentran los porcentajes de utilización más bajos; en el caso de violencia sexual no se utilizan los servicios de salud; y ninguno de los tipos de violencia fue atendido con calidad.

Vieira. L, Ferreira. R, Moreira. G, Gondim. A, Araujo. M, Silva. Brasil 2013 (23) Entre las 939 fichas analizadas, la frecuencia de sobreposición de violencia contra la mujer fue de 73,9% (694). Solamente un tipo de violencia fue experimentado por 245 mujeres (26,1%), distribuidos entre violencia psicológica/moral (85,7%), física (74,9%), negligencia/abandono (18,2%), sexual (13,3%), patrimonial (4,0%) y tortura (2,7%).

La edad promedio de las mujeres víctimas de violencia analizadas fue de 33,26 años. El promedio de edad entre las mujeres víctimas de dos o más tipos de violencia fue de 33,32 años y en el grupo de un tipo de violencia fue de 33,08 años. Las mujeres casadas que tenían edad igual o superior a 30 años, que poseían escolaridad variando de analfabeta a enseñanza fundamental, que eran morenas, que estaban desempleadas, que mantenían relaciones sexuales solo con hombres; que no estaban embarazadas y que no poseían deficiencia, fueron las más frecuentes se observa que la variable escolaridad presentó significancia estadística con el hecho de la mujer ser víctima de dos o más tipos de violencia, por otro lado la situación conyugal, el intervalo de edad, el color, la ocupación, las relaciones sexuales, el estar embarazada y el poseer algún tipo de deficiencia, no presentaron significancia estadística

En el grupo de las mujeres que sufrieron dos o más tipos de violencia, la frecuencia del local de la agresión fue mayor en la residencia (89,9%); la violencia fue recurrente (91,4%); con la participación de un agresor (88,2%); del sexo masculino (97,5%); del compañero íntimo de la víctima (73,8%); y sospecha de consumo de alcohol (66,5%). Entre las mujeres que sufrieron un tipo de violencia, también predominó la residencia (81,6%); la agresión ocurrió otras veces (80,5%); con un agresor participando (89,5%); del sexo masculino (96,6%); compañero íntimo de la víctima (65,8%); y con sospecha de uso de alcohol (57,7%)

Silvana Estefó , Sara Mendoza-Parra. Katia Sáez. Chile 2014 (24) Describir el perfil de las mujeres adscritas al Programa de Violencia, Punta Arenas, Chile, y que han presentado violencia física durante el embarazo. Método: Estudio de abordaje cuantitativo, con diseño descriptivo y retrospectivo. Se entrevistó a 59 mujeres, utilizando el Instrumento de la OMS sobre la violencia contra las mujeres Versión 9.1 para Chile modificado. Resultados: La prevalencia de violencia durante el embarazo fue 28,8%. En su mayoría el agresor fue la pareja y el 52,9% declaró que los golpes o patadas fueron en el abdomen. El 100% presentó violencia

psicológica, física leve y grave y 70,6% violencia sexual. El 58,8% tenía entre 15 a 29 años al momento de vivenciar la violencia, el 35,5% completó la enseñanza media, de religión católica, trabajan fuera del hogar, convivían, tenían tres o más hijos y con estrato socioeconómico medio y medio bajo. Las manifestaciones de violencia que se relacionaron con violencia física en el embarazo fueron la presencia de manifestaciones de violencia física leve: abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla y violencia física grave: golpeado con su puño u otra cosa que pudiera herirla, pateado, arrastrado o dado una golpiza estrangularla a propósito, presencia de lesiones. Los factores que se relacionaron con la presencia de violencia física en el embarazo fueron el nivel educacional de la pareja, condición laboral de la mujer y antecedentes de peleas físicas en la pareja con otros hombres, Conclusión: Los hallazgos obtenidos permiten identificar precozmente a las embarazadas con mayor riesgo de violencia, y permiten ofrecer una intervención oportuna, minimizando las graves consecuencias que tiene para la mujer y los hijos.

Tomás León¹, Marcela Grez, Juan Andrés Prato, Rafael Torres, Sergio Ruiz. Chile 2014 (25) En general, los estudios incluidos en esta revisión confirmaron que la VIF en Chile presenta una alta prevalencia de vida. En población general se reportó un prevalencia de vida de 40,85% (15), 49,3% (16) y 50,3% (10). En servicios de atención pública de salud (APS) se reportó una prevalencia de vida de 42,2% (17), 64% (14), 79% (12) y 86,4% (11). Sólo dos estudios evaluaron la prevalencia de último año de VIF encontrando 22% de prevalencia en APS¹¹ y 14,5% en pacientes embarazadas que consultaron a sus controles de natalidad en APS¹⁷. Seis estudios exploraron la prevalencia de los distintos tipos de violencia, mostrando que el tipo más frecuente es la violencia psicológica, seguida por la violencia física y por último la sexual. Las combinaciones de estas distintas formas de violencia fueron también frecuentes, variando entre 13,2% para la combinación de violencia física y psicológica y 12,5% para la violencia física-psicológica-sexual. Con respecto a los factores de riesgo o protectores, en cuatro estudios se evaluó la relación entre el NSE y VIF. Los resultados mostraron que un nivel socio económico bajo se asoció a una mayor prevalencia de VIF, especialmente en el caso de la

violencia sexual. Urzúa y cols. mostraron que la prevalencia de VIF en el NSE alto era 26,7%, versus 42,8% en los NSE medio-bajo y bajo. Este estudio señaló además que un mayor nivel educacional de ambos integrantes de la pareja se comporta como un factor protector. En la misma línea, Vizcarra mostró que la menor educación se asoció a VIF física. El antecedente de VIF durante la infancia del cónyuge se asoció significativamente a la presencia de violencia psicológica pero no a violencia física ni sexual.

En relación al rol de las redes sociales y familiares se observó que una adecuada red de apoyo se asoció a una disminución de la VIF en el estudio de Urzúa y cols pero no se comportó como factor protector en el estudio de Vizcarra y cols. El estado conyugal por su parte no influyó en la prevalencia de VIF. El consumo de alcohol se asoció a una mayor prevalencia de VIF, tanto el consumo de la mujer como el del marido. Finalmente, la edad de la mujer no mostró relación significativa con la presencia de VIF.

Sancha Ortega, Ma. Isabel . argentina 2015 (26) A la realización de las 79 encuestas encontramos que con respecto al grupo de edad el 40 % de ellas se encontró sin exposición a violencia que pertenecían al grupo de edades de entre 20 a 25 años de edad y 50% con alto grado de exposición. De la misma forma los grupos de entre 31 a 35 años de edad se encontraron un 20 % sin exposición y un 26 % con exposición leve, además de 50% de exposición leve en los grupos de entre 41 a 49 años de edad. Encontrando en el análisis que los grupos con más alto grado de exposición fue el comprendido entre 20 y 25 años y 41 a 49 años de edad. Los grados de violencia intrafamiliar contra la mujer según el cuestionario en esta cohorte de pacientes se mostró con 91% de primer grado, el 6% sin grado de exposición y el 3% con un alto grado de exposición. El tipo de violencia más frecuente fue el emocional con un 27 % seguido violencia económica y física con un 25% y violencia sexual con un 23% . La violencia intrafamiliar en la mujer fue de primer grado en 90% de las pacientes, con violencia en su niñez de 18%, además de trato indiscriminado en la

Sociedad de 15%. Demostrando que la violencia se presenta en cualquier nivel socioeconómico, con una variación porcentual mínima. La percepción de violencia fue elevada y ésta se presentó desde su ámbito familiar, comunitario y social, además con un 100% de exposición por antigua pareja en mujeres con alto grado de exposición.

Carla Pontecorvo, Raul Mejia, Maria Aleman, Alfredo Vidal, Maria Pia Majdalani, Roberto Fayanas, Alicia Fernandez , Eliseo J. Perez Stable Argentina 2014(27) De acuerdo a la Organización de la Salud, en América Latina cerca del 50% de las mujeres sufren violencia doméstica crónica. Se realizó esta investigación con el objetivo de estimar la prevalencia de violencia de adolescentes gestantes en las mujeres que se atienden en el Programa de Medicina Interna General (PMIG) y comparar la frecuencia de detección de VGA bajo diferentes modalidades de encuesta. Se utilizó una muestra consecutiva de mujeres mayores de 18 años de edad que concurren al PMIG y aceptaron participar. Se utilizó la encuesta para detección de VGA desarrollada por la International Planning Parenthood Foundation. La mitad de la población completó la encuesta en forma anónima y a solas, y a la otra mitad el médico tratante le entregó el cuestionario al final de la consulta. Se repartieron 360 encuestas, se recuperaron 270. La edad promedio de la población fue 45.4 años, el 33 % poseía mas de 7 años de educación formal, el 48% no convivía en situación de pareja, el 56% tenía trabajo. Ciento veinte mujeres (44.4%) refirieron haber sufrido algún tipo de violencia en su vida. Ciento ocho informaron violencia psicológica, 53 violencia física y 45 violencia sexual.

A Nivel Nacional:

Lam, N. Lima Perú. 2010 (28) La muestra estuvo conformada por 593 gestantes, con un promedio de edad de 28.6 años (rango 20 - 45). La tabla 1 describe las variables que caracterizan el perfil epidemiológico de la muestra estudiada, 81.1% compartía techo de vivienda con su pareja (casadas/convivientes), 54.8% refirió tener estudios secundarios. Siete de cada diez gestantes (69.1%) se dedicaban exclusivamente a labores domésticas. Un 36.8% era primigesta y 27.2% refirió al menos un antecedente de aborto. El 73.4% refirió haber iniciado su control prenatal en el primer trimestre.

El promedio de edad (32 años), con un rango entre 19 a 62 años y un 44.4% con estudios superiores. Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.836 para EPDS. Estructura multidimensional de dos factores que explica el 54.67% de la varianza. La prevalencia de casos probables de depresión mayor de 34.1%. Según regresión logística, fueron factores asociados independientes para probable depresión mayor: antecedente de aborto ,no planificación de embarazo ,apoyo emocional , apoyo afectivo ,antecedente de violencia La EPDS es un cuestionario confiable y posiblemente válido para ser utilizado en la identificación de sintomatología depresiva y de probables casos de depresión mayor en población gestante de Lima (Perú). El estudio revela una alta prevalencia de casos probables de depresión mayor y encuentra asociaciones significativas en relación a los factores psicosociales referidos por la literatura especializada.

Vera L, Souza M, Monteselli M, Vieira M, Marinho C, Leal C, amazonia 2009.(29) De las 46 notas analizadas, 20 (43,4%) fueron incluidas en la categoría mujeres asesinadas con crueldad, siendo que los contenidos presentaban diversas formas de violencia, sea con el uso de la arma de fuego, con cuchillo, o paliza corporal.

Fueron encontradas 16 (34,8%) notas de periódico revelando que la violencia sexual contra la mujer no tiene edad, ya que se referían a ocurrencias que afectaban a mujeres en diferentes ocasiones de la vida. Fue encontrado en 10 (21,8%) notas de periódicos el registro de que la Ley Maria de la Penha fue aplicada en casos de violencia contra la mujer. La violencia de todos los tipos y gravedad incide en mujeres de diferentes edades. El resultado de la violencia también está asociado al homicidio y ese es realizado con armas de fuego, arma blanca y otros medios. La violencia sexual ocurre contra mujeres que pertenecen a diferentes intervalos de edad y culmina, inclusive, en homicidio. Fue observado que la violencia sexual está asociada a la violencia física y, también a otras amenazas.

Escribens P, PERU 2011. (30) La violencia sexual en el Perú es una problemática de salud pública, que pese a algunos esfuerzos llevados a cabo desde el Estado y la sociedad civil, sigue siendo un problema de gran magnitud. Las cifras dan cuenta de un aumento en el registro de casos de violencia sexual, lo que es positivo ya que mayor número de víctimas estaría denunciando estos hechos.

Según el INEI, en el año 2005 se realizaron 365 consultas por violación sexual en consultorios jurídicos populares, 589 en el año 2006 y 812 en el año 2007. Asimismo, según la estadística de los Centros de Emergencia Mujer (CEM) del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), en el año 2006 se atendió 2803 casos de violencia sexual contra mujeres, mientras que sólo 301 hombres consultaron por este tipo de violencia sufrida. Estas cifras se incrementaron para el año 2007, en el que 3382 mujeres fueron atendidas por situaciones de violencia sexual, mientras que 306 hombres fueron atendidos por esta misma problemática.

Lam.N, Contreras. H, Mori. E, Hinostroza. W, Hinostroza. R, Torrejón. E, Coaquira. E, Hinostroza W. Lima 2010. (32) La muestra estuvo conformada por 593 gestantes, con un promedio de edad de 28.6 años (rango 20 - 45). La Tabla 2 describe las variables que caracteriza el perfil epidemiológico de la muestra estudiada. El 81.1% compartía techo de vivencia con su pareja (casadas/convivientes), el 54.8% refirió tener estudios secundarios. Siete de cada diez gestantes (69.1%) se dedicaban exclusivamente a labores domésticas. 36.8% era primigesta y 27.2% refirió al menos un antecedente de aborto. 73.4% refirió haber iniciado su control prenatal en el primer trimestre. En cuanto a la pareja, fue mayor el promedio de edad (32.11), con un rango entre 19 a 62 años y con estudios superiores 44.4%.

El nivel educativo de la gestante también se relacionó significativamente con sintomatología depresiva, presentando mayores niveles de depresión las gestantes con menor nivel educativo; en cuanto al nivel educativo de la pareja, se encontró que aquellas gestantes cuya pareja contaba con estudios superiores presentaban mayores niveles de depresión según la EPDS en relación a aquellas gestantes cuya pareja sólo presentaba estudios primarios y/o secundario. Significativamente con sintomatología depresiva. El análisis según el punto de corte reveló una prevalencia de probables casos de depresión mayor de 34.1%. Dichos casos no presentaron significativas diferencias según edad de la gestante ni edad de la pareja. pánico y desesperanza) obtuvieron las medias más altas en relación a los componentes del Factor 2 (componente depresiva: risa, disfrute, infelicidad, tristeza, llanto, ideación suicida). El cálculo de las medidas de riesgo (crudo) reveló los siguientes factores de riesgo: antecedente de aborto, no planificación del embarazo y antecedente de violencia. Los factores de protección encontrados fueron: primigesta, adecuado apoyo emocional, adecuada interacción social y adecuado apoyo afectivo. No resultaron significativos ni el desempleo, ni la convivencia. Luego de la aplicación de la regresión logística (OR ajustado), los únicos factores independientes que

permanecieron con significancia fueron: antecedente de aborto, no planificación del embarazo, adecuado apoyo emocional y antecedente de violencia.

López. M. Lima 2010 (33) En el caso de la violencia intrafamiliar, el 42.5% de pacientes refirió haber sido alguna vez abusada emocional o físicamente por su pareja o alguien importante para ella, en comparación con el 40.8%. En cuanto a la violencia física ejercida durante el embarazo se obtuvo que el 4.2% presentaron este tipo de violencia en la misma proporción. Al medir el apoyo social, recibieron apoyo social en un 83.3%, mientras que en las pacientes en un 79.2%. Respecto al nivel de resiliencia evaluado se obtuvo como resultado que fue baja en el 86.7 % de pacientes comparado con las pacientes que también fue baja 66.7%, que muestra una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Marlena. D, Salvatierra. A, San Juan del Lurigancho 2011. (34) El promedio de edad de las puérperas adolescentes fue 12_ 17 años. Del total de participantes, 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta, 50.9% manifiesta estado civil de soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94.8%), seguido de la violencia física (17.2%) y la violencia sexual (8.6%). En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, los cuales fueron: Infección del tracto urinario (37.9%), anemia (34.5%), ruptura prematura de membranas (8.6%), pre eclampsia (8.6%), parto pre término (8.5%), amenaza de aborto (5.2%) y la vía de culminación del embarazo fue en su mayoría parto vaginal. En presencia de violencia intrafamiliar, se obtuvo diferencia significativa para la infección del tracto urinario, anemia y parto pre término. La pre eclampsia fue significativa en el grupo con violencia física. El parto pre término fue el único resultado materno con asociación significativa para los diferentes tipos de violencia intrafamiliar.

Güezmes, A. Palomino, N. Ramos. M Lima 2010 (35). Según la investigación realizada por el CMP Flora Tristán y la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el Perú 26, durante el 2002 la violencia física fue vivida por el 48,4% de mujeres en Lima y 60,9% en Cusco, mientras que la violencia sexual perpetrada por la pareja ha sido experimentada alguna vez por el 22,5% de mujeres en Lima y el 46,6% en Cusco.

Luego de cuatro años podemos observar que las cifras de violencia familiar continúan siendo altas. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004 del Instituto Nacional de Estadística e Informática, el 42% de mujeres han sido agredidas por su esposo o compañero 27; las formas de la agresión varían entre empujones o sacudidas (34,6%), bofetadas o torceduras de brazo (28,5%), golpes con el puño (23,6%) y patadas o arrastres (17,9%) Igualmente, a nivel nacional, las consecuencias de la agresión se dividen entre moretones y dolores (59,4%), heridas, roturas de huesos o dientes (13,6%) Las lesiones que hicieron necesario acudir a un centro de salud ascienden al 14,2% . En Lima, la VII Dirección Territorial de la Policía Nacional recibió 31 088 denuncias de violencia familia. Del total de casos recibidos, el 66% es de violencia física y el 34% de violencia psicológica.

En relación al grado de parentesco del agresor: en el 30% de denuncias el 42% fue el conviviente, el 30% fue el esposo, el 8% fue el ex conviviente, el 5% el ex esposo y 15% sin especificar. Sobre la ocupación de las mujeres víctimas de violencia, que acudieron a los servicios policiales a denunciar los hechos, el 39% está abocada a labores domésticas; el 18% es comerciante, el 16% realiza trabajos de mando medio, el 10% es profesional, el 9% se dedica a labores informales, el 4% es estudiante y el 1% es miembro de la policía, además de 4% de otras ocupaciones.

De las denuncias registradas en las siete Comisarías de la Mujer de Lima: Lima, Villa El Salvador, Callao, Canto Rey, Independencia, Collique y Sede MIMDES– se

registran las siguientes cifras: 51% por violencia física, 46% por violencia psicológica y 3% por violencia sexual. La violencia familiar y sexual dirigida hacia menores de edad afecta principalmente a las mujeres, quienes –según las cifras– continúan siendo las víctimas más frecuentes de estos hechos, sobre todo aquellas que se encuentran entre los doce diecisiete años de edad.

Carbonell. S. Lima 2011. (36) 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.

Hans Contreras-Pulache¹, Elizabeth Mori-Quispe¹, Willy D. Hinostroza-Camposano Maribel Yancachajlla-Apaza , Nelly Lam-Figueroa , Horacio Chacón-Torric Lima 2011 (37) Determinar las características de la violencia durante el embarazo en adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, Perú. Materiales y métodos. Estudio transversal 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 en 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.. La violencia durante el embarazo adolescente no es un hecho aislado, sino que es altamente frecuente en cualquiera de sus formas.

2.2. Bases teóricas de la investigación:

La violencia contra la mujer es un problema generalizado en todas las sociedades. Es una violación de los derechos humanos de la mujer y es también un problema de salud pública. Tiene consecuencias en todos los aspectos de la vida de la mujer, incluida su salud, y aumenta el riesgo de muchas enfermedades físicas y mentales y de muerte. La violencia se basa y perpetúa en múltiples tipos de desigualdad: fundamentalmente, en la desigualdad entre hombres y mujeres, pero también en la desigualdad económica tanto entre países como dentro de cada país. Es perpetrada sobre todo por los hombres, sea cual sea el sexo de la víctima. Las mujeres y las niñas sufren la violencia ejercida sobre todo por hombres a los que conocen y en el contexto de la propia familia. En la mayoría de los casos, la violencia forma parte de los comportamientos de control que desarrolla sobre la mujer su compañero o ex-compañero. Por tanto, es esencial conocer el papel que desempeña el desigual equilibrio de poder entre mujeres y hombres en sus relaciones y en la sociedad en lo que concierne a la perpetuación de la violencia, así como identificar las formas en que puede modificarse (38).

La Declaración de las Naciones Unidas sobre Erradicación de la Violencia Contra las Mujeres, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1993, proporciona un marco amplio y útil para definir la violencia contra la mujer, aunque para fines concretos como, por ejemplo, el monitoreo del problema, se necesitan definiciones operativas más específicas. En dicha declaración se define esta forma de violencia

como “cualquier acto de violencia basada en el género que produzca o pueda producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada”. (39)

Marco legal:

La violencia contra la mujer es mucho más que un problema de salud pública; se trata de una infracción de los derechos humanos de la mujer, por ejemplo, del derecho a la integridad corporal. También afecta a su capacidad de ejercer otros derechos humanos, como el de alcanzar los mayores niveles posibles de salud, o los derechos sexuales o reproductivos. Las muchas formas de discriminación que la mujer sufre en la sociedad refuerzan y condonan la violencia. Muchos países todavía no han ratificado las convenciones sobre derechos humanos como la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, que proporciona el marco para la revisión de las leyes que comenzarán a apoyar la reducción de las desigualdades existentes entre mujeres y hombres y otros problemas como el de la violencia contra la mujer (40).

La necesidad de reforzar la seguridad jurídica en la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo ha sido enfatizada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en su sentencia de 20 de marzo de 2007 en la que se afirma, por un lado, que «en este tipo de situaciones las previsiones legales deben, en primer lugar y ante todo, asegurar la claridad de la posición jurídica de la mujer embarazada» y, por otro lado, que «una vez que el legislador decide permitir el aborto, no debe estructurar su marco legal de modo que se limiten las posibilidades reales de obtenerlo». En una sociedad libre, pluralista y abierta, corresponde al legislador, dentro del marco de opciones que la Constitución deja abierto, desarrollar los derechos fundamentales de acuerdo con los valores dominantes y las necesidades de cada momento histórico.

La experiencia acumulada en la aplicación del marco legal vigente, el avance del reconocimiento social y jurídico de la autonomía de las mujeres tanto en el ámbito público como en su vida privada, así como la tendencia normativa imperante en los países de nuestro entorno, abogan por una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo presidida por la claridad en donde queden adecuadamente garantizadas tanto la autonomía de las mujeres, como la eficaz protección de la vida prenatal como bien jurídico.

Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Resolución 1607/2008, de 16 abril, reafirmó el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo y en ese contexto, a que la decisión última de recurrir o no a un aborto corresponda a la mujer interesada y, en consecuencia, ha invitado a los Estados miembros a despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables.(41)

Modelo de salud pública:

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

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

“A nivel global, la carga a la salud que representa el maltrato a la mujer entre las mujeres de 15 a 44 años, es comparable con la carga que representan otros factores de riesgo y enfermedades de interés mundial, entre las que se incluyen el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis, la sepsis durante el nacimiento, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares”. (42)

La amenaza de violencia tiene implicaciones en la salud sexual y reproductiva de la mujer. La violencia limita la capacidad de las mujeres para prevenir embarazos no deseados, y en caso de haberlos, la mujer no se cuida y no asiste a las consultas de control pre y post-natal. Por otro lado, limita su capacidad para cuidarse de enfermedades por infecciones sexualmente transmisibles (incluyendo el VIH), ya sea porque no puede negarse a tener relaciones sexuales o porque es incapaz de pedirle a su pareja que se proteja con el uso del condón (28).

Perspectiva de Género

La socialización, la cual es un complejo proceso en donde factores multicausales se superponen y moldean nuestras historias personales y colectivas. A través de la vida, las personas adquirimos habilidades y limitaciones que tienen que ver con la conformación de nuestra identidad en sociedades, que son, por sí mismas, sistemas de control determinantes de lo que somos o lo que hacemos. A través de estos procesos socializantes, interiorizamos también el género, que es conformado socialmente. En este proceso de reconocer la realidad a través de la socialización, se incluye, desde luego, el aprendizaje de los significados sociales y de los valores que nos sirven como referencia (Martin-Baró, 1995). Con una lógica contrastante, numerosos estudios en medicina y otras ciencias han utilizado el argumento del papel de la biología, en la determinación de las diferencias entre hombres y mujeres. Este determinismo biológico ha traído, como consecuencia, teorías que ocultan la historicidad del aprendizaje de las diferencias entre los géneros y que han omitido el elemento de mayor importancia en el análisis de la familia: el concepto de poder.

Además, muy poco de la experiencia femenina se encuentra plasmada en la ciencia actual, y cuando las interpretaciones sobre la familia no toman en cuenta que en su seno se distribuyen papeles; ocurren dinámicas de violencia dictadas por el género, la edad y el poder; con lo cual el abordaje, la efectividad del mismo, las políticas de intervención y de prevención suelen equivocarse (Batres, 1996). Es aquí en donde me quiero referir a los conceptos género, perspectiva de género, análisis de género, enfoque de género y otros, que son parte de mi marco teórico bajo el cual desarrollo este trabajo (43).

2.3 Bases Conceptuales:

Además de ser un problema social y de derechos humanos, la violencia contra las mujeres es también un problema de salud pública con graves costos. Se sabe que la violencia contra las mujeres representa la pérdida de hasta una quinta parte de los años de vida saludables en el período reproductivo de las mujeres afectadas. La percepción de las causas y consecuencias de la violencia y los efectos de estas concepciones, conocimientos, percepciones y vivencias afectan la interacción entre ellos en los servicios de salud y dificultan la atención. En el caso de los prestadores, que son el objeto de este artículo, el análisis de los datos permitió revelar diferencias importantes en sus discursos y en las motivaciones que orientan sus prácticas.(44)Se sabe también que las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas tienen un riesgo mayor de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos. La violencia durante el embarazo se inserta de lleno dentro de la salud reproductiva, cuestión que, a su vez, es objeto de particular interés en este momento en el mundo (23).

Las clasificaciones más comunes de la violencia doméstica se han hecho según el tipo de violencia y la identidad de su víctima o víctimas. La violencia doméstica

puede ser física, psicológica o sexual. La violencia física, el tipo más obvio de violencia doméstica, incluye el hecho de abofetear, empujar, estrangular, patear, golpear. La percepción de las causas y consecuencias de la violencia y los efectos de estas concepciones, conocimientos, percepciones y vivencias afectan la interacción entre ellos en los servicios de salud y dificultan la atención. En el caso de los prestadores, que son el objeto de este artículo, el análisis de los datos permitió revelar diferencias importantes en sus discursos y en las motivaciones que orientan sus prácticas. Se sabe también que las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas tienen un riesgo mayor de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos. La violencia durante el embarazo se inserta de lleno dentro de la salud reproductiva, cuestión que, a su vez, es objeto de particular interés en este momento en el mundo.

En el contexto de violencia doméstica contra mujeres, la violencia psicológica es más común que la violencia física; ocurre cuando un individuo es víctima de insultos frecuentes, es amenazado, sus posesiones personales son destruidas o es sujeto de amenazas o gritos, como un medio predominante para lograr someterlo o como una manera de resolver conflictos (25).

La violencia se puede categorizar según distintas variables: los individuos que sufren la violencia (mujeres, niños, hombres jóvenes, ancianos, incapacitados), los agentes de violencia (pandillas, narcotraficantes, jóvenes, muchedumbres), la naturaleza de la agresión (psicológica, física o sexual), el motivo (político, racial, económico, instrumental, emocional, etc.) y la relación entre la persona que sufre la violencia y la persona que la comete (parientes, amigos, conocidos o desconocidos). Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas, su salud y la de sus hijos y se extienden, además, al conjunto de la sociedad. Por otra parte, existen muchas formas de autoperpetuación de la violencia, por lo que depende de la desigualdad y, a su vez, perpetúa dicha desigualdad. Por ejemplo, la violencia doméstica se asocia a la pobreza, pero también

perpetúa la pobreza a través de la reducción de las oportunidades que puede tener la mujer de trabajar fuera de casa, de su movilidad y acceso a la información y de la escolarización de sus hijos.

Ejerce su impacto en la capacidad de la mujer para cuidar de sí misma y de sus hijos y se asocia a conductas autodestructivas, como el abuso de drogas o alcohol. Además, la violencia influye de forma determinante en los sentimientos de amor propio, autonomía y capacidad para sentir y actuar con independencia y capacidad como mujer.

Los factores que contribuyen a generar esta dificultad de percepción y atención de la violencia son de diversa índole y abarcan niveles tanto micro como macro sociales. Entre los primeros, se ubican los factores de tipo personal que se ponen en juego en la interacción entre los agentes involucrados, que en este caso son el personal de los servicios y las usuarias de los mismos (26).

Entre los factores macro sociales, los más prominentes son los aspectos culturales y sociales derivados del sistema de sexo-género dominante y de las representaciones sociales a él vinculadas –se ha llamado la atención sobre el hecho de que los profesionales de salud son, ante todo, personas, y que, como tales, comparten los mismo valores culturales y a veces viven los mismos niveles de violencia que aquellas pacientes a quienes deben tratar y dar apoyo. Y finalmente, los factores de tipo político e institucional relacionados con la manera en que el problema es definido en el espacio público y tratado en el proceso del diseño de programas y políticas (25).

Tipos de violencia

Violencia física

Es decir los golpes en los cuales queda una marca o huella de haber sido maltratada-, sin embargo esa solo es la expresión de los impulsos por medio de los cuales el agresor pudo descargar su ira y, en ocasiones, esta puede ser la última expresión de su agresión, ya que previamente hubo insultos u omisiones que detonaron las agresiones físicas. En la actualidad es muy común hablar de violencia, los casos y las estadísticas nos muestran números que pueden ser alarmantes pero que parecen ajenos y extraños a nuestra vida cotidiana, es decir, vemos el fenómeno como si fuera algo externo a nosotros y que no nos compete, siendo que estamos inmersos en esta dinámica desde el momento en que nos enteramos que pasa a otros y no actuamos para cambiar la situación. No toda la violencia sufrida por las mujeres embarazadas lleva a la pérdida del embarazo. Sin embargo, las investigaciones muestran que el tipo de violencia física habitual sufrida por las mujeres puede cambiar durante el embarazo: en vez de recibir golpes en la cabeza, ellas sufren golpizas dirigidas al abdomen, los genitales o el pecho. Esto explica el hecho de que en algunos estudios se vean tasas más altas de aborto espontáneo entre las mujeres que han sido maltratadas (tanto física como psicológicamente), que entre las que no han sido maltratadas.

La violencia psicológica:

El maltrato psicológico es uno de los más poderosos y constantes y es tan poco perceptible, que su repercusión es mucho mayor que el maltrato físico. El objetivo es humillar y mostrar una situación de mayor poder y control en el otro, no hay un golpe, solamente actitudes y palabras que hieren profundamente al individuo hasta lastimar su autoestima. Incluye amenazas de daño, violencia física o sexual y abandono; intimidación; humillación; insultos y críticas constantes; acusaciones;

atribución de culpa; hacer caso omiso de la persona, no prestar suficiente atención a las necesidades de la víctima o ridiculizar dichas necesidades; controlar lo que la víctima puede o no puede hacer; negar las necesidades básicas (tales como comida, albergue y atención médica) y privación de la libertad. Inicia con pequeños disgustos de pareja, en donde cada uno de los eventos traen consigo una carga emocional que puede repercutir no solo en el estado de ánimo de los participantes, sino en la relación misma, la cual se va deteriorando al generar un nivel de tensión cada vez mayor en el día a día.

Violencia Sexual:

Es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital. es la solicitud de cualquier acto o comportamiento de contenido sexual, para sí o para un tercero, o el procurar cualquier tipo de acercamiento sexual no deseado, que realice un hombre - con conocimiento de que es ofensivo para la víctima-, prevaleciendo de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, o con ocasión de relaciones derivadas del ejercicio profesional, y con la amenaza expresa o tácita de causarle a la mujer un daño relacionado con las legítimas expectativas que ésta pueda tener en el ámbito de dicha relación.

Violencia domestica durante la gestación:

La violencia doméstica es muy común; es una tragedia personal y un problema enorme para la salud pública. El índice de maltratos físicos sufridos por parte de la pareja sentimental es similar entre las mujeres latinas y las de otros grupos de la población, sin embargo, las mujeres latinas sufren un mayor índice de violaciones por parte de sus compañeros.

No hay un perfil “típico” de mujeres maltratadas. La violencia doméstica no discrimina: mujeres de todas las edades, razas, religiones, nacionalidades, historiales educativos, orientaciones sexuales y grupos socioeconómicos pueden ser víctimas del abuso. La violencia doméstica también puede abarcar comportamientos que causen daños psicológicos o intentos de mantener el poder y el control a través de la intimidación o coerción. Los insultos, humillaciones, críticas constantes, intentos de aislar a la mujer de sus amigos o familia, celos extremos, restricción de la libertad personal, control exagerado de las finanzas familiares y amenazas de daño físico, son todos indicadores de una relación abusiva. Si una persona está bajo el control de su pareja y vive amedrentada, es víctima de violencia doméstica. El abuso emocional en sí mismo puede dejar cicatrices profundas y debilitantes. No es necesario que el abuso se dé cada día de cada semana para que pueda ser clasificado como violencia doméstica (47).

III. METODOLOGÍA.

3.1 Diseño de investigación

No experimental de corte transversal

Tipo de investigación

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

Nivel de investigación

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

3.2. Población y muestra

Población.

La población o universo de estudio estuvo conformada por las 1552 mujeres gestantes que residían en el distrito de Bellavista provincia de Sullana.

Muestra.

Por ser una población pequeña se consideró al 100% de la población de mujeres gestantes equivalente a 150 gestantes

Unidad de análisis.

Las unidades de análisis fueron cada una de las mujeres de 15 años y mas , que residían en el distrito de Bellavista la selección de cada unidad se realizo en el Centro de Salud del distrito de Bellavista, provincia de Sullana

Criterios de Inclusión y Exclusión

- ✓ Gestante que acudan a servicios seleccionados
- ✓ Participación voluntaria de la usuaria
- ✓ Radiquen en los lugares seleccionados

3.3 Definición y operacionalización de variables

-PREVALENCIA DE VIOLENCIA: Numero de casos de violencia en mujeres en edad fértil, en la población de Bellavista

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

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

-VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: referidas a:

_Edad: comprendida entre 15_49 años cumplidos

_Estado civil: condición marital actual

- Soltera
- Casada
- Conviviente
- Viuda
-

_Procedencia: lugar donde radica

_Nivel educativo: referidos al grado de estudios alcanzados

- *Primaria

- Secundaria
- *superior completa
- *superior incompleta

_Ocupación

- ama de casa
- independiente
- dependiente

_Ingresos económicos:

- *no tiene ingresos
- *gana menos que la pareja
- *gana mas que la pareja
- *gana igual que la pareja

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

- *físicas
- *psicológicas
- *sexuales

Operacionalizacion de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENCIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	DIFINICION OPERACIONAL
Prevalencia Violencia Embarazo	Prevalencia de Periodo	Prevalencia en el embarazo : Prevalencia antes del embarazo	número de casos reportados en el periodo de investigación referidos como antes y durante del embarazo	Normal	Si presenta No presenta
Gestantes	Periodo desde inicia al termino del embarazo	Etapa del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre • Segundo trimestre • Tercer trimestre 	Ordinal	Si presenta No presenta
		Paridad	Primer embarazo Segundo a mas embarazo		Si presenta No presenta
Violencia	Actos de agresión física , psicológica o sexual contra la mujer	Tipos de violencia	Violencia física Violencia sexual Violencia psicológica	Nominal	Si presenta No presenta
		Efectos de la violencia	Física Sicologico Sociales	Nominal	Si presenta No presenta
		Practicass frente a la violencia	Búsqueda de ayuda Hablo de los hechos Denuncio hechos	Nominal	Adecuado Inadecuado

	Edad	Adolescencia :12-18 Juventud 19-25años Adultez 26-60 años	Nominal		
Variables sociodemográficas	Precedencia	Lugar donde radica			
	Estado civil	Condición marital actual	nominal		Soltera conviviente
	Paridad	*Numero de embarazos al periodo de investigación *Abortos *Hijos de compromiso anterior			Casada
					Separada
	Nivel educativo	Primaria Secundaria Superior incompleta Superior completa			Primigesta
Multigesta					
Ocupación	Ama de casa Independiente Dependiente	1 2 a mas			
					Si No
					Si No

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas

La técnica que se utilizó fue la encuesta. Para la parte cuantitativa

Instrumentos

Instrumento recolector de datos: El instrumento recolector de datos es 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 salud. Es un cuestionario de preguntas cerradas, que se compone de una primera parte referente a las variables bio socio demográfico que podrían tener relación con el fenómeno en estudio y preguntas sobre aspectos de violencia, según el modelo empleado el instrumento fue sometido a validación de expertos y prueba piloto.

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

6.7 Plan de análisis

Procedimiento de los datos: los datos arrojados por instrumento recolector fueron ingresados en una hoja Excel, posteriormente procesados en el programa estadístico SPSS 19. Se realizó el análisis descriptivo mediante tablas de doble entrada.

6.9 PRINCIPIOS ÉTICOS

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 de las mujeres gestantes que aceptaron participar en el estudio asegurando confidencialidad y anonimato

IV. RESULTADOS:

TABLA N° 01

Prevalencia de Violencia en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud del Distrito de Bellavista, Durante el Periodo 2012-2015

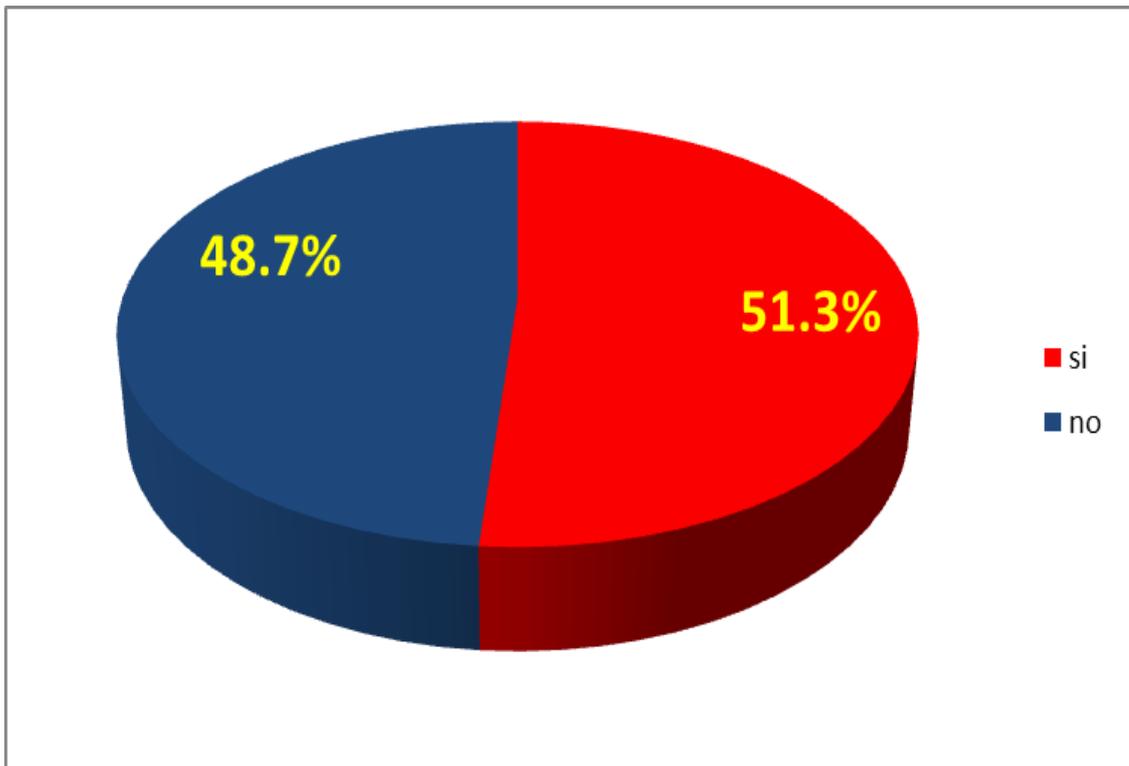
VIOLENCIA	TOTAL	
	N°	%
SI	77	51.3%
NO	73	48.7%
TOTAL	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a periodo 2012_2015

La Tabla 01, Muestra que la prevalencia de violencia en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Bellavista, fue de 51.3%

GRÁFICO N° 01:

Distribución Porcentual de Prevalencia de Violencia en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud Bellavista Durante el Período 2012_2015.



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02:

Prevalencia de Violencia Según Edad, en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012 - 2015.

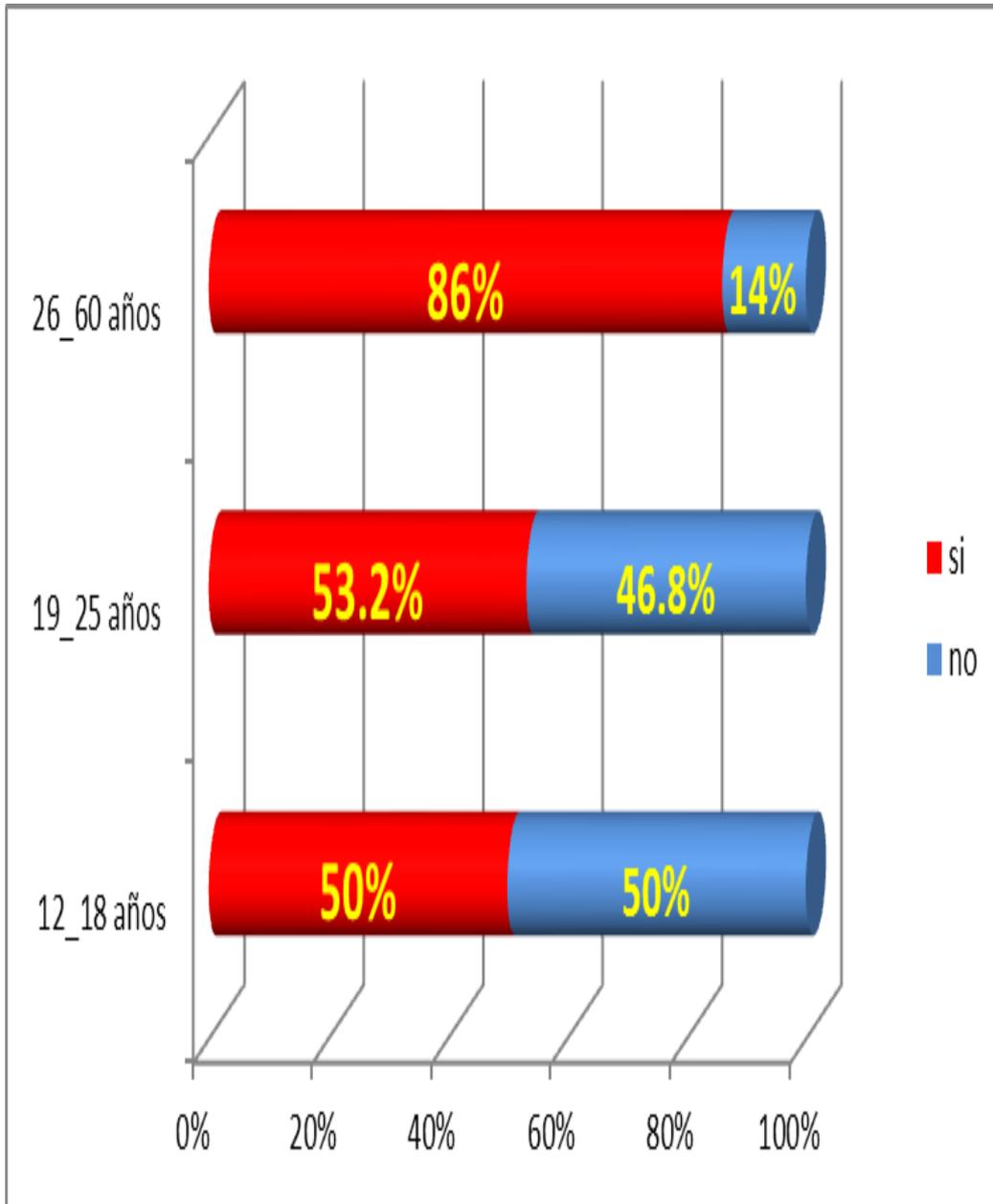
EDAD	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
12 – 18 años	7	50%	1	50%	8	100%
19-25 años	59	53.2%	52	46.8%	111	100%
26-60 años	11	86%	20	14%	31	100%
Total	77	51.3%	73	48.7%	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a gestante en el periodo 2012_2015

La Tabla 02, muestra que la Prevalencia de Violencia según edad en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Bellavista fue de 53.2% entre el grupo de 19 a 25 años, 86% en el grupo de 26 a 60 años.

GRÁFICO 02:

Distribución Porcentual de la Prevalencia de Violencia Según Edad en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012_2013.



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 03

Prevalencia de Violencia Según Estado Civil en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012_2015.

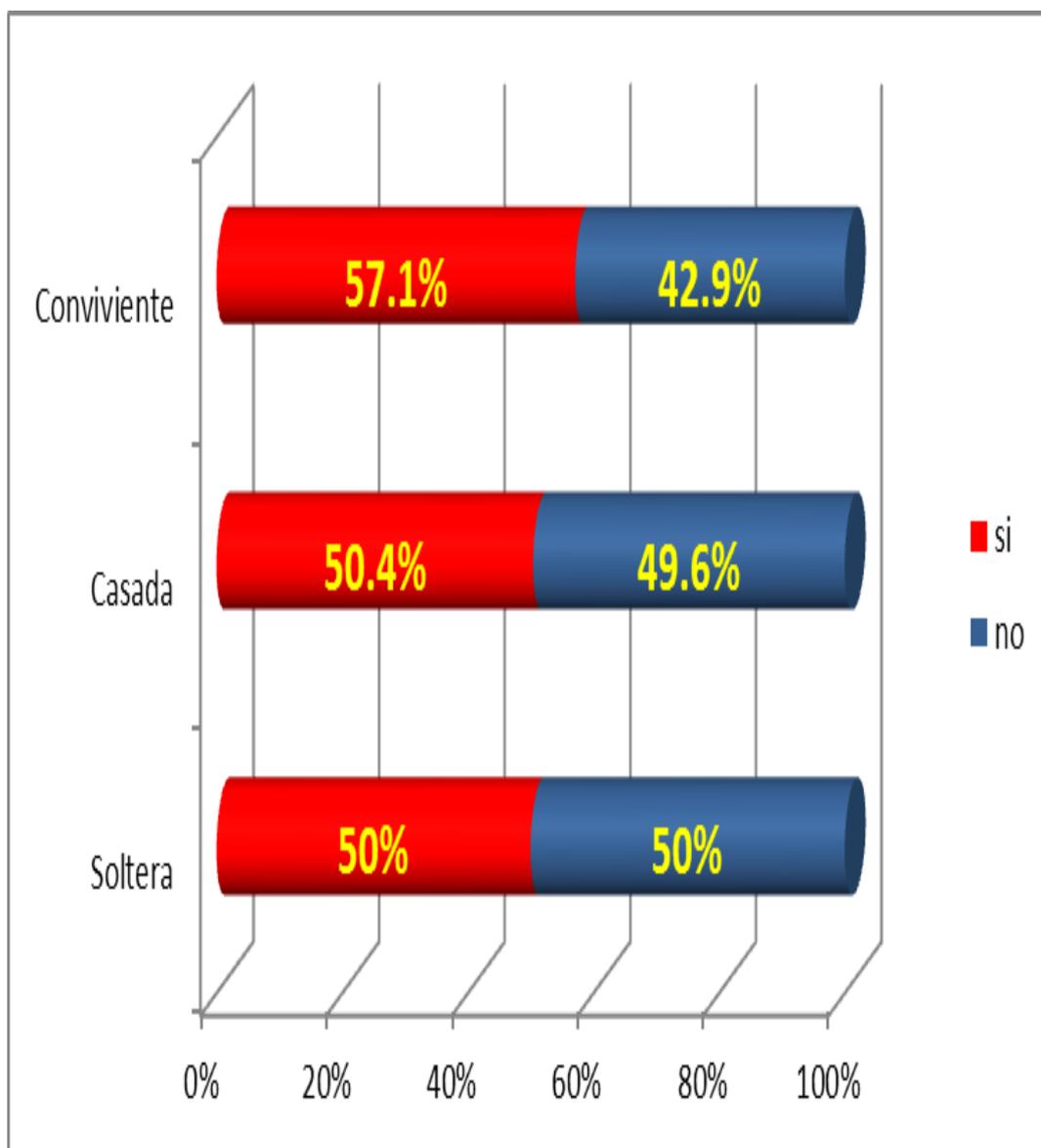
ESTADO CIVIL						
	SI	%	NO	%	TOTAL	
Soltera	1	50%	1	50%	2	100%
Casada	64	50.4%	63	49.6%	127	100%
Conviviente	12	57.1%	9	42.9%	21	100%
Total	77	51.3%	73	48.7%	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a gestante periodo 2012-2015

La Tabla 03, Muestra que la Prevalencia de la Violencia según Estado Civil en Mujeres Gestantes que acudieron al Centro de Salud de Bellavista fue en el grupo de gestantes solteras 50%, casada 50.4%, conviviente 57.1%.

GRÁFICO 03:

Distribución Porcentual de Prevalencia de Violencia Según Estado Civil en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012_2015



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N° 04

Prevalencia de Violencia Según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012-2015.

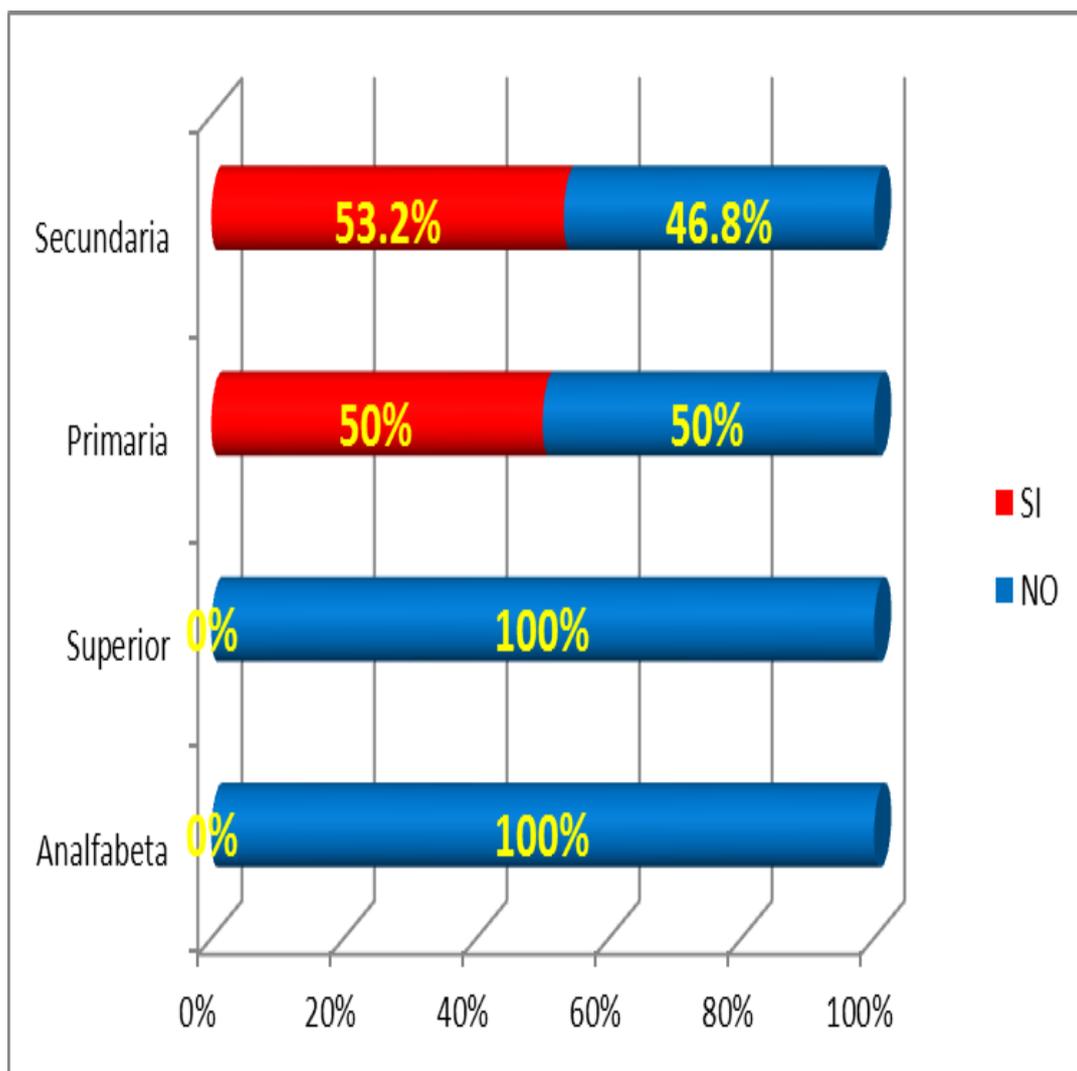
NIVEL EDUCATIVO	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Analfabeta	0	0%	1	100%	1	100%
Primaria	2	50%	2	50%	4	100%
Secundaria	75	53.2%	66	46.8%	141	100%
Superior	0	0%	4	100%	4	100%
TOTAL	77	51.3%	73	48.7%	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a gestante periodo 2012_2015

La Tabla 04 , Muestra que la Prevalencia de Violencia según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes en el Centro de Salud de Bellavista fue de: 53.2 % entre las mujeres con educación secundaria y 50% entre las de nivel primario.

GRÁFICO 04:

Distribución Porcentual de Prevalencia de Violencia Según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012_2015.



Fuente: Tabla N° 04

TABLA N°06

Prevalencia de Violencia Según Procedencia en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012_2015

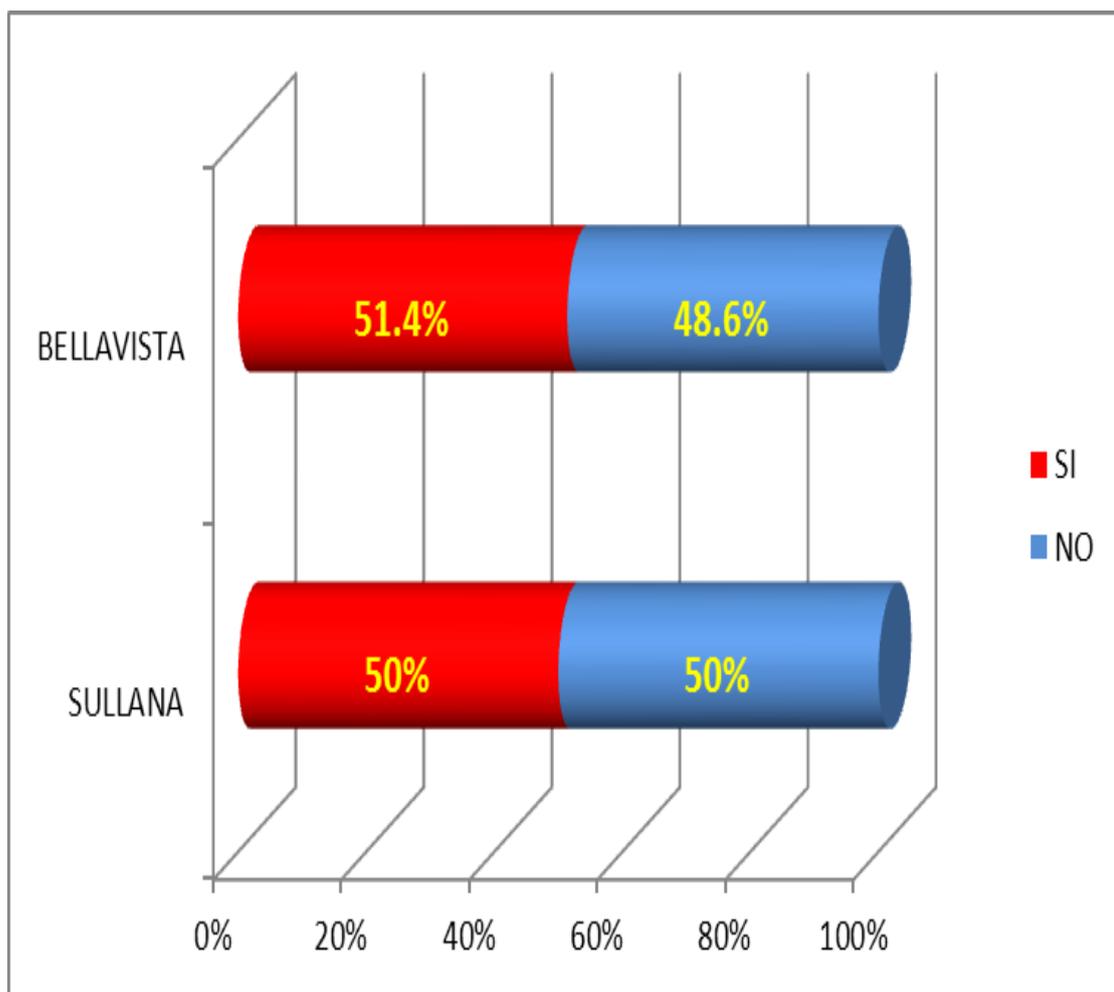
PROCEDENCIA	SI	%	NO	%	TOTAL	
Bellavista	76	51.4%	72	48.6%	148	100%
Sullana	1	50%	1	50%	2	100%
TOTAL	77	51.3%	73	48.7%	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a gestante periodo 2012_2015

La tabla N°05 Muestra la prevalencia de violencia según procedencia obteniéndose similar resultado entre las gestantes procedentes de Bellavista con 51.4% y 50% para las procedentes de Sullana.

GRÁFICO 05:

Distribución Porcentual de la Prevalencia de Violencia Según Procedencia en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012_2015.



Fuente: Tabla N°05

TABLA N°06

Prevalencia de Violencia Según su Ocupación en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012_2015.

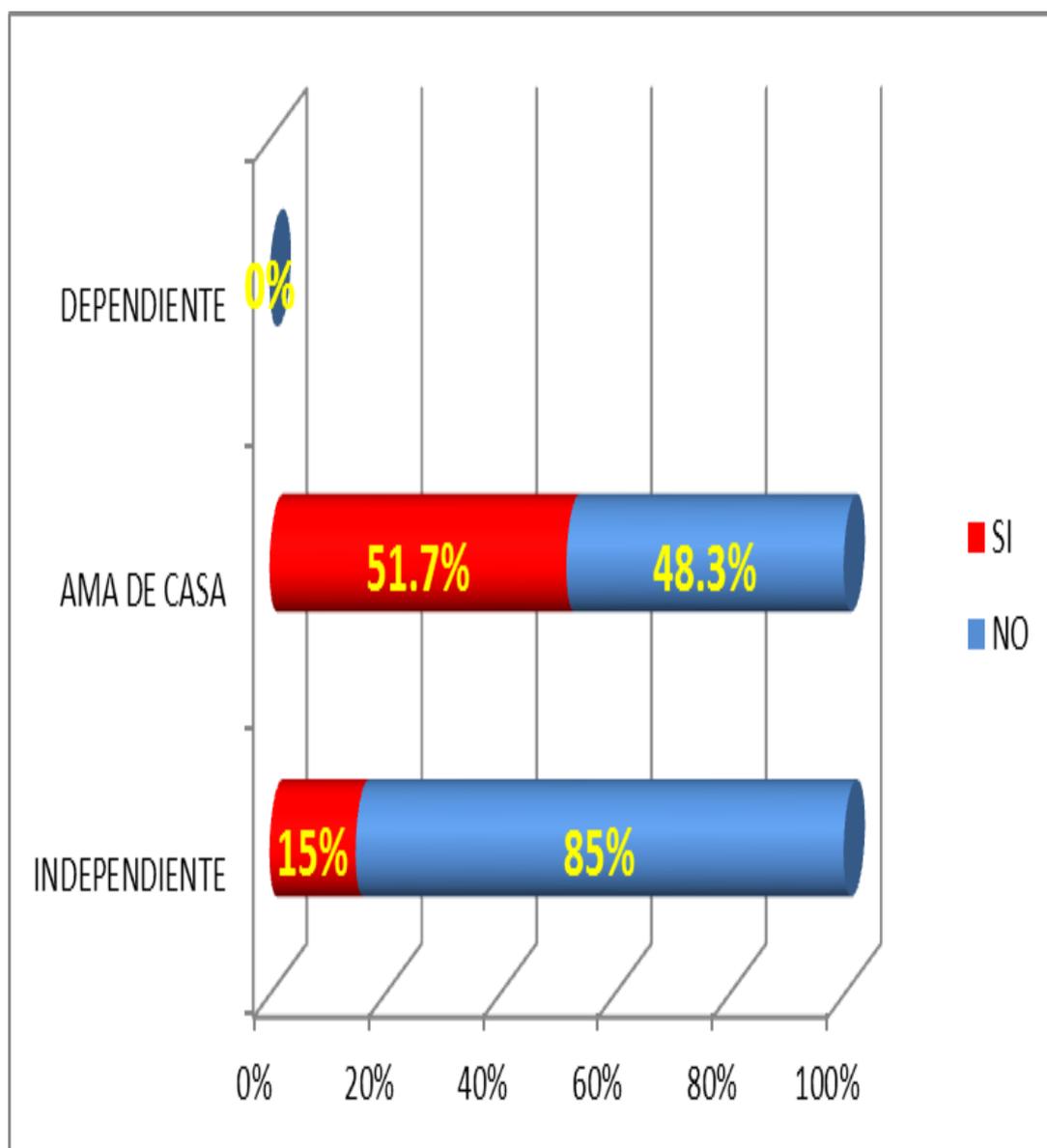
OCUPACION	SI	%	NO	%	TOTAL	
Ama de casa	76	51.7%	71	48.3%	147	100%
Dependiente	0	0%	0	0%	0	100%
Independiente	1	15%	2	85%	3	100%
TOTAL	77	51.3%	73	48.7%	150	100%

Fuente: Encuesta aplicada a gestante en el periodo 2012_2015

TABLA N° 06 :En el Centro de Salud de Bellavista la prevalencia de violencia según ocupación de las gestantes fue entre las ama de casa 51.7%, independientes 15%.

GRÁFICO 06:

Distribución Porcentual de la Prevalencia de Violencia Según Ocupación en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012_2015.



Fuente : Tabla N° 06

TABLA N°07

Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012_2015

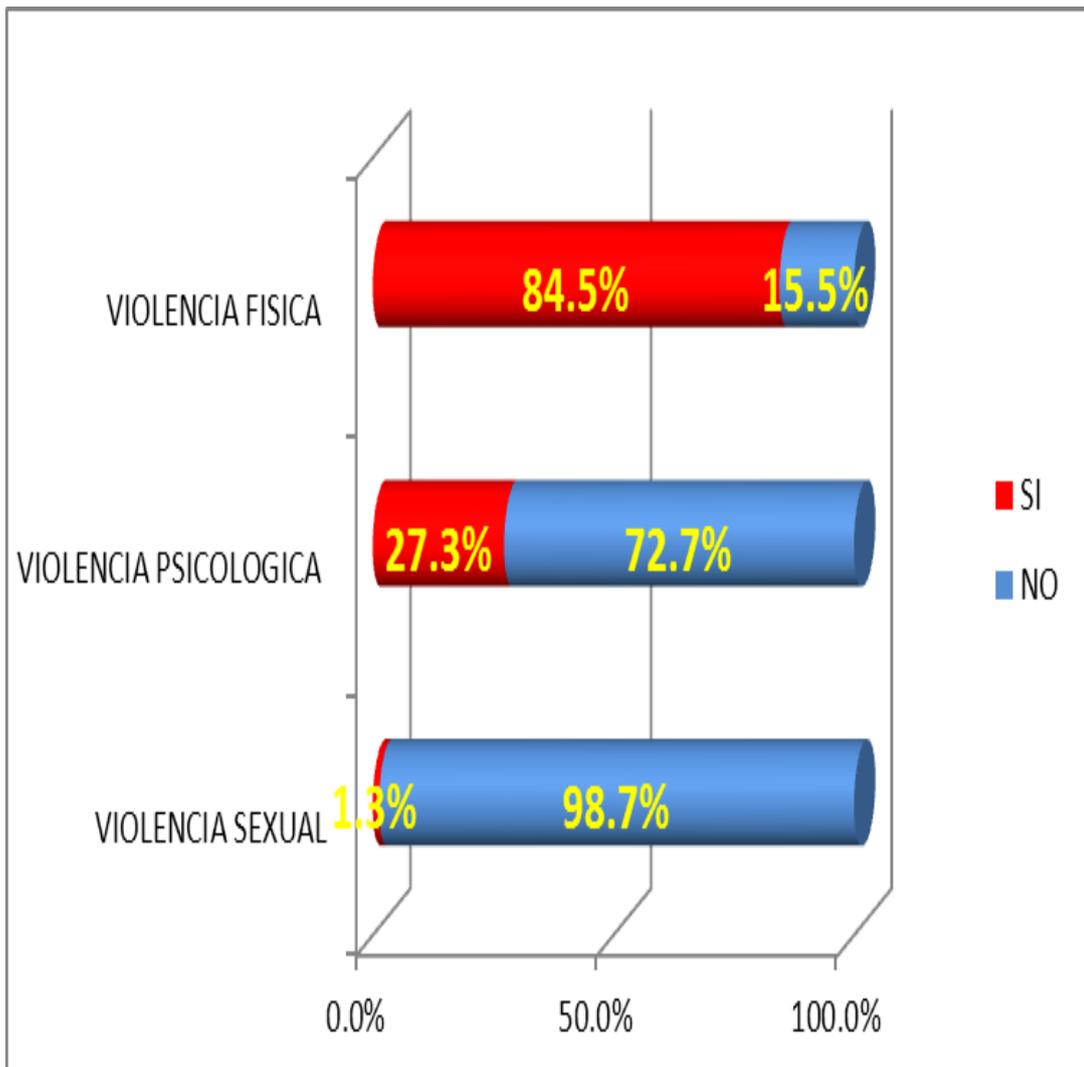
TIPOS DE VIOLENCIA	SI	%	NO	%	TOTAL	
Violencia Física	65	84.5%	12	15.5%	77	100%
Violencia Psicológica	21	27.3%	56	72.7%	77	100 %
Violencia Sexual	1	1.3%	76	98.7%	77	100%

Fuente: Encuesta aplicada a gestante periodo 2012_2015

Tabla N° 06 En el Centro de Salud de Bellavista el porcentaje de tipos de violencia familiar que sufren las gestantes es violencia física: 84.5%, violencia psicológica 27.3%, violencia sexual 1.3%.

GRÁFICO 07:

Distribución Porcentual de los Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que Acuden a Servicios de Salud que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012_2015.



Fuente: Tabla N° 07

TABLA N°08

Practicas Asumidas Ante la Violencia en la Vida de las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista durante el período 2012_2015.

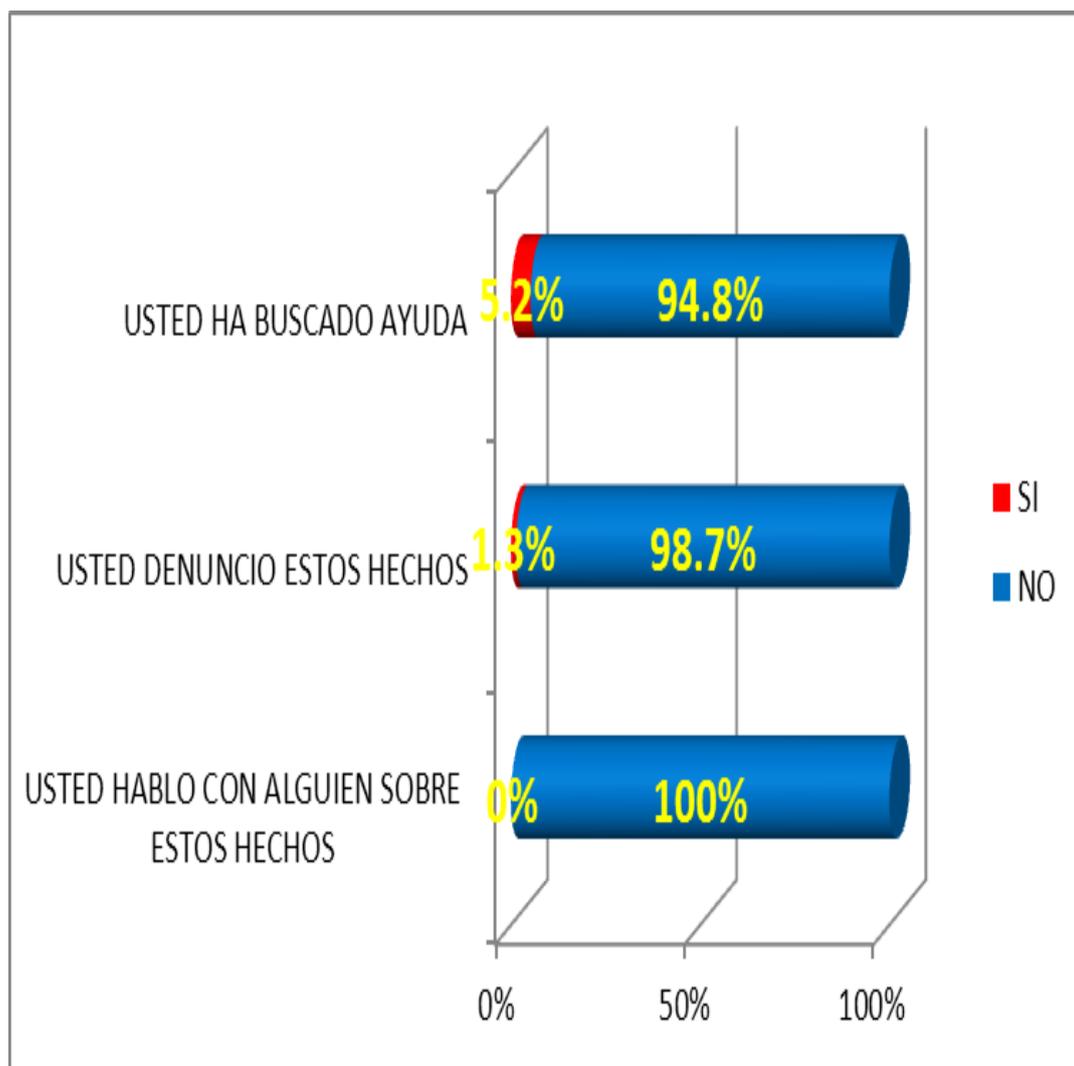
Practicas asumidas ante la Violencia en la Vida de las Mujeres gestantes	SI	%	NO	%	TOTAL	
*Usted ha buscado ayuda	4	5.2%	73	94.8%	77	100%
*Usted hablo con alguien sobre estos hechos	0	0%	77	100%	77	100%
*Usted denunció estos hechos	1	1.3%	76	98.7%	77	100%

Fuente: Encuesta aplicada a gestante en el periodo 2012_2015

Tabla n°08 En el Centro de Salud de Bellavista el 100% de las gestantes no hablan sobre estos hechos, solo un 5.2% de ellas pidieron ayuda y 1.3% denunció los actos de violencia.

GRÁFICO 08:

Distribución Porcentual de las Practicas Asumidas ante Violencia en la Vida de las Mujeres que Acuden al Centro de Salud de Bellavista Durante el Período 2012_2015.



Fuente: Encuesta aplicada a gestantes en el periodo 2012_2015

TABLA N°09

Consecuencias de la Violencia en la Vida de las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista , Durante el Periodo el 2012_2015

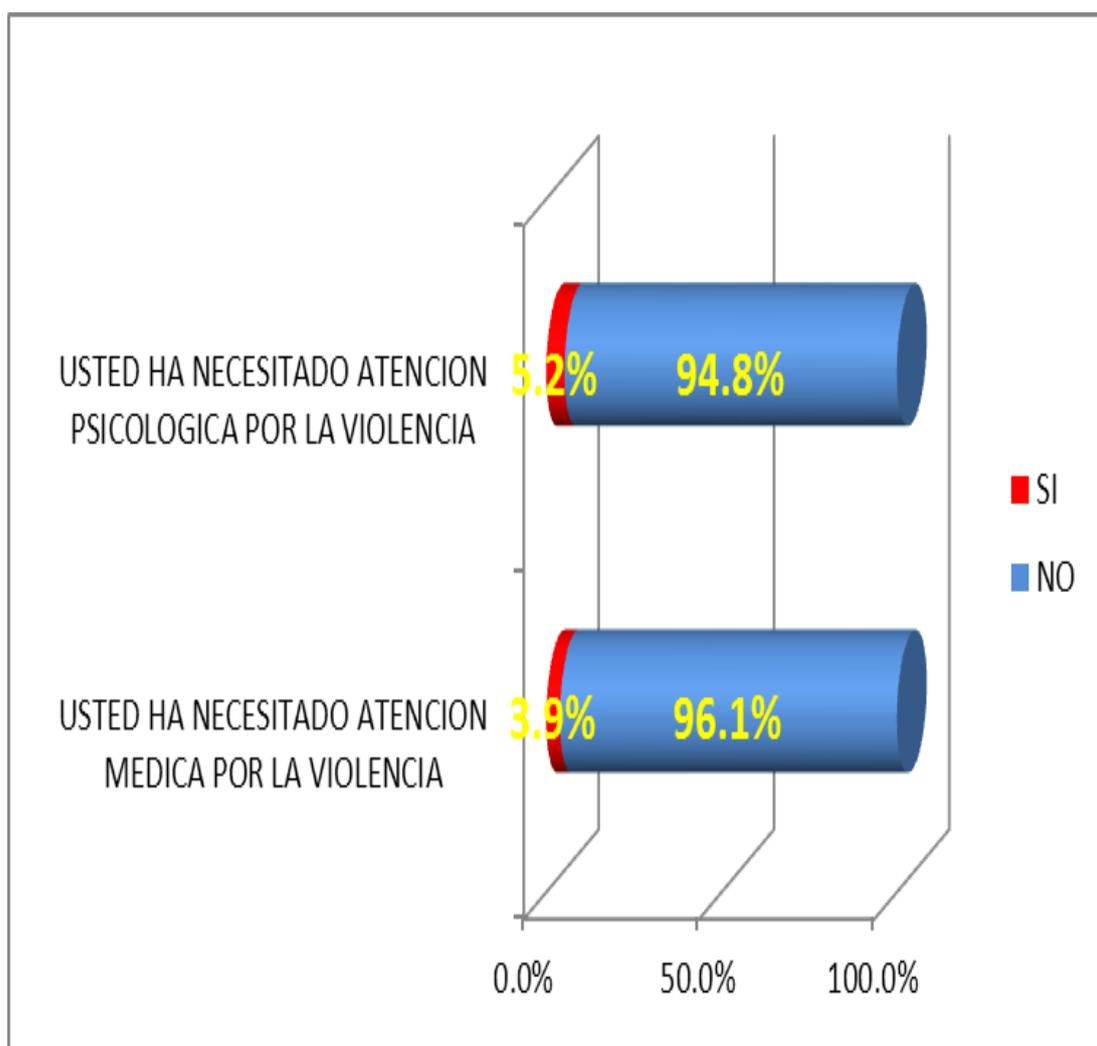
Consecuencias de la violencia en la vida De las mujeres	SI	%	NO	%	TOTAL	
*Usted ha necesitado atención médica Por la violencia	3	3.9%	74	96.1%	77	100%
*Usted ha necesitado atención Psicológica por la violencia	4	5.2%	73	94.8%	77	100%

Fuente: Encuesta aplicada a gestante en el periodo 2012_2015

Tabla N°09: Podemos observar que la mujeres gestantes que refieren haber necesitado atención medica es 3.9% , y ayuda psicológica 5.2 %

GRÁFICO N° 09 :

Distribución Porcentual de las Consecuencias de la Violencia en la Vida de las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Bellavista , durante el periodo 2012_2015



Fuente : tabla N°09

4.2 Análisis de resultados.

Además de ser un problema social y de derechos humanos, la violencia contra las mujeres es también un problema de salud pública con graves costos. Se sabe que la violencia contra las mujeres embarazadas representa la pérdida de hasta una parte de los embarazos. Se sabe también que las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas tienen un riesgo mayor de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes en comparación con aquellas que son violentadas por desconocidos. La violencia durante el embarazo se inserta de lleno dentro de la salud reproductiva, cuestión que, a su vez, es objeto de particular interés en este momento en el mundo.

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

En la actualidad es muy común hablar de violencia, los casos y las estadísticas nos muestran números que pueden ser alarmantes pero que parecen ajenos y extraños a nuestra vida cotidiana, es decir, vemos el fenómeno como si fuera algo externo a nosotros y que no nos compete, siendo que estamos inmersos en esta dinámica desde el momento en que nos enteramos que pasa a otros y no actuamos para cambiar la situación. La violencia durante el embarazo se inserta de lleno dentro de la salud reproductiva, cuestión que, a su vez, es objeto de particular interés en este momento en el mundo. En el presente informe se presentan los principales resultados de una investigación, que tiene como objetivo central determinar si durante el embarazo la violencia se incrementa o disminuye, así como identificar los principales factores sociales.

A continuación se a realizado comparaciones con antecedentes internacionales, nacionales . En el centro de salud de la prevalencia de violencia en gestantes fue de 51.3%.

Según Castro, R.México. 2010: La prevalencia de violencia total de 130 el 27% de las mujeres tuvieron violencia durante el embarazo , en el centro de salud del distrito de Bellavista de 150 mujeres gestantes encuestadas sufrieron violencia el 51.3%.

Segun su edad los autores Parada, O; Guerra, P; Vázquez, nos dicen que . En el grupo 2 no había ninguna paciente de 15 a 20 años, había cuatro (13%) de 21a 25 años, 11 (35.4%) de 26 a 30 años, ocho pacientes (25.8%) de 31 a 35 años y ocho mujeres (25.8%) de 36 o más años , y en centro de salud de Bellavista del distrito Sullana de el mayor porcentaje de mujeres gestantes violentadas estan entre las edades de (26_60 años).

De acuerdo a su ocupación de las mujeres que sufren violència este autor nos dice que Parada, O; Guerra, P; Vázquez, A. 2012. En cuanto a la ocupación de las pacientes, en el grupo 1 había 12 mujeres (63.1%) dedicadas a las labores del hogar y siete (36.9%) empleadas, y en el grupo 2 había 10 (32.3%) dedicadas a las labores del hogar y 21 (67.7%) empleadas. Respecto a la ocupación de las parejas de las pacientes, se encontró que había tres desempleados (15.7%) y 16 (84.3%) empleados. Y a nivel nacional los autores Torrejón. E, Coaquira. E, Hinostroza W. Lima 2010.Siete de cada diez gestantes (69.1%) se dedicaban exclusivamente a labores domésticas. Y en el centro de Salud de Bellavista del Distrito de Sullana el mayor porcentaje de mujeres gestantes violentadas que sufren violencia son la ama de casa con 51.7 %. Y a nivel nacional esta Güezmes, A. Palomino, N. Ramos. M Lima 2010 Según la investigación realizada por el CMP Flora Tristán y la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el Perú 26, durante el 2002 la violencia vivida por el 48,4% de mujeres en Lima y 60,9% en Cusco, perpetrada por la pareja ha sido experimentada alguna vez por el 22,5% de mujeres en Lima y el 46,6% en

Cusco. Y en el centro de salud de Bellavista del distrito de Sullana según su procedencia es de Bellavista es de 51.4%

Panamés de México nos refiere los tipos de violencia , física en el 82% de los casos, combinado con abuso sexual el 15%. Si bien sólo el 2% mencionó abuso psicológico exclusivamente, reconocemos en todos los casos de maltrato hacia la mujer, una base de abuso emocional. Al momento de la primera entrevista el 50% estaba embarazada y en su mayoría (65%) cursaba el último trimestre de gestación. Mientras que en Perú Marlena , Salvatierra de San Juan de Lurigancho no dice que las mujeres sufren de violencia psicológico el 94.8% , física 17.2% y el sexual 8.6% . En el centro de salud de bellavista Según en los tipos de violencia física, psicológica y sexual, el mayor porcentaje esta en el tipo de violencia física con un 84.5%.

De manera general, la prevalencia de las mujeres embarazadas que sufrieron violencia fue de 51.3% de 150 entrevistadas que se atienden en el centro de Salud del distrito Bellavista provincia Sullana entre el año 2012-2015. En el centro de Bellavista provincia de Sullana las mujeres que han sufrido violencia según edad el mayor porcentaje es de un 86% en el grupo de 26 a 60 años, según su estado civil es de casada 50.4%, y su nivel educativo secundaria con el 53.2 %, procedencia es de Bellavista con 51.4% , y su ocupación las ama de casa 51.7%, Según en los tipos de violencia física, psicológica y sexual, el mayor porcentaje esta en el tipo de violencia física con un 84.5%. Practicas asumidas ante la violencia en la vida de las mujeres gestantes , jamás buscaron ayuda con un 94.8% y mujeres que hablaron de los de los hechos es un 0% y las que denunciaron los hechos el 1.3%. Consecuencias de la violencia en la vida de las mujeres que sufren violencia , han necesitado atención medica el 3.9% y la que necesitaron atención psicológica 5.2%.

V. CONCLUSIONES

De manera general, la prevalencia de las mujeres embarazadas que sufrieron violencia fue de 51.3% de 150 entrevistadas que se atienden en el centro de Salud del distrito Bellavista provincia Sullana entre el año 2012-2015.

En el centro de Bellavista provincia de Sullana las mujeres que han sufrido violencia según edad el mayor porcentaje es de un 86% en el grupo de 26 a 60 años, según su estado civil es de casada 50.4%, y su nivel educativo secundaria con el 53.2% , procedencia es de Bellavista con 51.4% , y su ocupación las ama de casa 51.7%,

Según en los tipos de violencia física, psicológica y sexual , el mayor porcentaje esta en el tipo de violencia física con un 84.5%.

Prácticas asumidas ante la violencia en la vida de las mujeres gestantes , jamás buscaron ayuda con un 94.8% y mujeres que hablaron de los hechos es un 0% y las que denunciaron los hechos el 1.3%.

Consecuencias de la violencia en la vida de las mujeres que sufren violencia , han necesitado atención médica el 3.9% y la que necesitaron atención psicológica 5.2%.

Recomendaciones

- 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.

- 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', grupos de mujeres y ministerios públicos) para favorecer la intervención multisectorial.

- Se sugiere que los resultados del estudio sean llevados a todos los centros de salud a fin de que se tomen las acciones correspondientes, donde se propone elaborar proyectos de apoyo a las mujeres maltratadas y brindar ayuda en todos los aspectos también psicológica donde se incluya: charlas, para la concientización de la mujeres maltratadas, que conozcan y hagan respetar sus derechos y enseñarles a valorarse, a ser independientes. Debe habilitar una sección solo para mujeres que sufren maltrato para brindarles la atención adecuada y saber o capacitar al profesional para que reconozca o realice un tamizaje de violencia a todas las mujeres que llegan a sus controles prenatales.

- 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 gestantes

Referencias bibliográficas:

1.-Castro,R. Ruiz,A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Rev Saúde Pública.[serie en Internet]. 2004 Enr.[citado 21 Jun 2012]. 38(1).62-70. Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18453.pdf>

2.-Nuñez,H ; Monje,R; Grios,C; Elizondo,A; Rojas, A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo. Panam Salud Publica.*[serie en Internet] 2012 Feb [citado 04 jul 2012] ; 14(2) ; 85-100. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n2/a01v14n2.pdf>

3.- Castro,R; Riquer,F; investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina; artículo de investigación.[serie en Internet] . [citado 04 jul 2012]; 135- 200.

Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14913.pdf>

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

Disponible en:

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

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

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342003000600007&script=sci_arttext

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

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Sinaloa/sinmeta20_2.pdf#page=226

7.-Ramos,Y Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. Ginecol Obstet Mex.[serie en Internet] 2010 Jul [citado 04 jul 2012]; 77(7):311-600 Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom097b.pdf>

8.-Lam,N Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Revista Peruana de Epidemiología. .[serie en Internet] 2010 Dic [citado 04 jul 2012]; 14(3) 193-200 Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2031/203119676005.pdf>

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

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

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

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

11.-Marroquín, M. la violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer Embarazada y su producto. Repositorio Institucional de tesis digitales. [serie en Internet] 2012. Feb. [Citado 04 jul 2012];1, 300-315 Disponible en:

<http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/handle/123456789/2642>

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

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

13.- Parada, O; Guerra, P; Vázquez, A. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. Rev Esp Méd Quir. [serie en Internet] 2012 Ene; [citado 04 jul 2012]; 17(1):39-43 Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq121i.pdf>

14.- Vega G, Hidalgo D, Toro J. Violencia basada en género desde la Perspectiva médica, Rev Obstet Ginecol, [serie en Internet] 2011. Jun; [Citado 04 jul 2012] 71(2):88-97 Disponible en:

<http://www.sogvzla.org/ROGV/2011Vol71N2.pdf#page=20>

15.-Tortosa. M, la violencia esta en auge. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [serie en Internet] 2010. Jun; [Citado 04 jul 2012] 21:97-192 Disponible en:

http://scholar.google.es/scholar?start=20&q=violencia+en+mujeres+gestantes&hl=es&as_sdt=0

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

http://mail.demus.org.pe/publicacion/44c_proyecto%20vida%20mujeresconflictoarmado.pdf

17.- Tortosa. M, la violencia esta en auge. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [serie en Internet] 2011. Jun; [Citado 04 jul 2012] 21:97-192 Disponible en:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/es_07.pdf

18.-Castro R,Cacique I , Violencia de pareja contra las mujeres en México: una comparación entre encuestas recientes , Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México [SERIE INTERNET] , Jun 2013 ; [Citado 04 jul 2012] 87; 44-98 , disponible

http://www.cepal.cl/publicaciones/xml/1/36501/lcg2405-P_2.pdf

19_Muñoz M, Oliva P , los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente , rev chil obstet ginecol, [serie internet],Mar 2010 ; [Citado 04 jul 2012] 74(5): 281 – 285, disponible en :

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

20.-Moreno,C. Violencia contra la mujer. Genero y equidad en la salud.[serie en Internet] jun 2010 [citado 24 Jul 2012] 3 (4); 36 -41; disponible en :

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

22.-Herrero, C; Agoff, C, Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de saludante la violencia contra las mujeres en México; salud pública de México; [serie en Internet] 2011; May, [citado 24 Jul 2012] 48(1) 259-267 disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31382.pdf>

23.-Carbonell. S. Violencia de género durante la gestación y su repercusión en el parto y el recién nacido. Hospital María Auxiliadora. Rev Per Obst Enf Lima. [Serie en Internet] Jun. 2010.[Citado 04 jul 2012];5, 1-28 Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rpoe/v5n1/a06v5n1.pdf>

24.-Cuevas, S; Blanco, Y; Juárez, C; Palma, O; Vásquez, R; Violencia y embarazo en usuarias del sector salud. Salud publica de México [serie en Internet] 2010 Agst [citado 04 Jul 2012] ; 48(1); 239-655. Disponible en:
<http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v48s2/31380.pdf>

25- Mendez, P; hernandez, M; Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico. Salud Pública de México.[serie en Internet] 2010 .Nov[citado 04 jul 2012]; 45(1), 14-60 Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342003000600007&script=sci_arttext

26.-Castillo,A calidad en el servicio de intervención para la atención integral de las mujeres; Líneas de Investigación Género y derecho. .[serie en Internet] 2010 Fbr [citado 04 jul 2012]; 1 . 273-295 Disponible en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Sinaloa/sinmeta20_2.pdf#page=226

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

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

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

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

29.-Moreno,C. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. [Serie en Internet] jun 2010 [citado 24 Jul 2012] 3 (4); 36 -41; disponible en:

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

30_ Silvana Estefó A. MSc1a, Sara Mendoza-Parra. MSc, PhD2a, Katia Sáez; Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile. [Serie en Internet] oct 2014 [citado 12 oct 2014] 5 (79) 54_68 disponible en :

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000500007>

31_ Grez,b, Juan Andrés Prato, Rafael Torres, Sergio Ruiz ; Violencia intrafamiliar en Chile y su impacto en la salud ; [Serie en Internet] agos 2014 ; [citado 18 agost 2014] 5 (8) 125_138 disponible en :

<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000800009>

32_ Alfredo Vidal1, MariaPia Majdalani1, Roberto Fayanas1, Alicia Fernandez , Eliseo J ; Violencia doméstica contra la mujer. Una encuesta en consultorios

atención primaria ; [Serie en Internet] nov 2014 , [citado 18 agosto 2014] 5 (8)
155_168 disponible en :

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S002576802004000600003&script=sci_artt
ext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S002576802004000600003&script=sci_artt
ext)

9.2 ENCUESTA

ANEXOS N°01:

ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA EN EL EMBARAZO

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

ENCUESTA ADAPTADA

Nº ITEMS	SI	NO
1) ¿Alguien le pegó?		
2) ¿Quién le pegó Fue su esposo/pareja?		
3) ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?		
4) ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?		
5) ¿Se ha puesto a golpear o patear la pared o mueble?		
6) ¿Le ha pateado?		
7) ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?		
8) ¿Le ha amenazado con golpearla?		
9) ¿Le ha golpeado con el cinturón u objeto doméstico?		
10) ¿Le ha empujado intencionalmente?		
11) ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?		
12) ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?		
13) ¿Le ha hecho sentir miedo de él?		
14) ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?		
15) ¿Le ha amenazado con matarla, matarse o matar a los niños?		
16) ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?		
17) ¿Le ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete?		
18) ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?		
19) ¿Le ha destruido alguna de sus cosas?		
20) ¿Le ha rebajado o menospreciado?		
21) ¿Le ha torcido el brazo?		
22) ¿Le ha controlado con no darle dinero o quitárselo?		
23) ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?		
24) ¿Le ha insultado?		
25) ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?		

26) ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?		
27) ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?		
28) ¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?		
29) ¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?		
30) ¿Ha sido maltratada por su esposo/pareja alguna vez?		
31) ¿Alguna vez su pareja ha destruido cosas que para usted eran muy preciadas?32) ¿Alguna vez su pareja ha amenazado o maltratado a sus hijos		
33) ¿Alguna vez su pareja ha amenazado o maltratado a otras personas cercanas a usted?		
34) ¿Alguna vez su pareja la ha forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no quería?		
35) ¿La obliga a llevar a cabo prácticas sexuales que la hacen sentir incómoda?		
36) ¿En ocasiones le llega a tener miedo a su pareja?		
37) ¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que salga,		
38) ¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que vea a sus amigas/familiares,		
39) ¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que trabaje		
40) ¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que continúe estudiando?		
41) Estas agresiones se daban antes de su embarazo		
42) Estas agresiones se han dado cuando inicio su embarazo		
43) Estas agresiones se han dado antes y después del embarazo		
44) Usted ha buscado ayuda		
45) Usted hablo con alguien sobre estos hechos		
46) Usted denunció estos hechos		

47) Usted ha recibido ayuda ante estos hechos		
48) Usted ha necesitado atención medica por la violencia		
49) Usted ha necesitado atención sicológica por la violencia		
50) Usted recibió atención médica y sicológica		

ANEXO 02

9.6. Consentimiento informado



Consentimiento Informado Investigación en Gestantes

Señora gestante

Presente.-

De mi mayor consideración:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma de la gestante

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

Atentamente,

Fecha: _____

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE



MARIA E. GARCIA SHIMIZU
DOCENTE TUTORA DE INVESTIGACION

Cualquier consulta, queja o comentario, sírvase llamar a los siguientes números:

Docente Investigador Tutor

Maria Esperanza Garcia Shimizu

teléfono: 962527583

Oficina del Dpto. Investigación: 327933

ANEXO 03

CUADRO DE PRESUPUESTO – BIENES Y SEVICIOS

PARTIDA	NOMBRE DE RECURSO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (S/
1.6.2.1 BIENES				
5.3.11.49	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
1.6.2.2. SERVICIOS				
5.3.11.39	Otros servicios de terceros fotocopiado			s/ 150.00
5.3.11.39	Otros servicios de terceros impresiones	Un	2	s/ 300.00
5.3.11.39	Otros servicios de terceros encuadernación y empastado	Un	8	s/ 250.00
FUENTE DE FINANCIAMIENTO				MONTO
Recursos propios				s/ 745.00

9.3 Mapa

ANEXO 04

MAPA DE LA PROVINCIA DE SULLANA



UBICACIÓN DEL DISTRITO DE BELLAVISTA PROVINCIA DE SULLNA

