



**UNIVERSIDAD CÁTOLICA LOS ÁNGELES
DE CHIMBOTE**

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

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA
VIOLENCIA EN MUJERES GESTANTES QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD DE QUERECOTILLO,
PROVINCIA DE SULLANA DURANTE EL PERIODO
2013-2015”**

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

AUTOR (A):

MAYTE YURITZA CAÑOLA MEDINA

ASESOR (A):

LIC. OBST. MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU

SULLANA– PERÚ

2015

JURADO EVALUADOR

ANITA ELIZABETH PRECIADO MARCHÁN
PRESIDENTA

AUREA LUCÍA PANTA BOGGIO
SECRETARIA

SILVIA TERESA CORONADO MORALES
MIEMBRO

MARÍA ESPERANZA GARCÍA SHIMIZU
ASESORA

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por estar siempre presente en mi vida, por darme las fuerzas necesarias para seguir adelante.

A mi familia, por su motivación constante por el amor recibido y su apoyo ellos son mi fuerza para salir adelante.

A la Obst. María E. García Shimizu, mi docente Asesora, por su constante apoyo en proceso de investigación desarrollado.

A la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, en especial a la dirección de la escuela de Obstetricia por la oportunidad que me dieron para formarme como profesional de la Salud.

Y para esas mujeres que llevan una vida de violencia familiar para que tengan fuerza y valentía para salir adelante y no permitan el maltrato.

DEDICATORIA

A Dios por ser mi inspiración,
partícipe de mis logros y
enseñarme a ser mejor ser
humano.

A mi padre por ser mi sostén
Y mi amor eterno.

Al ángel de mi vida Carmen
Medina por enseñarme a no
rendirme nunca y luchar por
mis sueños, por ser mi
motivo a seguir adelante.

A ustedes por ser parte de mi
vida y dibujar una sonrisa que
quedará en el recuerdo de mi
historia.

A Jhonatan por su apoyo
Incondicional.

RESUMEN

La violencia doméstica es considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer. La violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro dos vidas.

La investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acudieron al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015. Se realizó un estudio cuantitativo. La muestra fueron 130 gestantes, a quienes se les aplicó un cuestionario de 50 preguntas cerradas. La prevalencia de violencia en gestantes fue de 20%. Según edad la mayor prevalencia fueron: gestantes jóvenes 32.1%; gestantes convivientes 36.8% y viudas 50%, educación secundaria 25.3%, según procedencia Querecotillo 100%, de ocupación, amas de casa 26.7%. . Violencia física, psicológica y sexual 100%. El 11.5% habló con alguien sobre los hechos. Recibieron atención médica y psicológica el 50%, han necesitado atención médica el 23,1% y han necesitado atención psicológica el 15.4%. Finalmente, concluye que la prevalencia de violencia en gestantes fue 20%.

Palabras clave: Violencia, gestantes, prevalencia

,

ABSTRACT

The domestic violence is being considered as one of the most serious threats to the health of the women. Domestic violence during pregnancy is an aggression that endangers not only one but two lives. The investigation was to determine which was the prevalence of the factors associated with violence in pregnant women, who was attended in the Health Center of Querecotillo , during the period 2013 2015. We performed a quantitative study. It was chose a sample of 130 pregnant women, who answered a questionnaire of 50 closed questions. The 20% of pregnant women have suffered violence. According to the most prevalent age were 32.1% young pregnant; pregnant women living together 36.8%, and widows 50%, education secondary 25.3%, by origin Querecotillo 100%, occupying 26.7% housewives. Physical, psychological and sexual violence 100%, 11.5 % did speak to anyone about the facts. They received medical and psychological care 50%, they have needed medical care 23.1%, and they have needed psychological care 15.4%. Finally we conclude that the prevalence of violence on pregnant women was 20%.

Keywords: violence, pregnant women, prevalence.

CONTENIDO

1.- Hoja del Jurado Evaluador	iv
2.- Hoja de agradecimientos	v
3.- Hoja de dedicatoria	vi
4.- Resumen	vii
5.- Abstract	viii
6.- Contenido	ix
7.- Índice de tablas	x
8.-Índice de gráficos	xi
I.- Introducción	14
II.- Revisión de la Literatura	19
2.1. Antecedentes	19
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Bases conceptuales	36
III. – Metodología	40
3.1. Tipo y nivel de la investigación	40
3.2. Diseño de investigación	40
3.3. Población y muestra	40
3.4. Unidad de análisis	39
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	39
IV. - Resultados	50
4.1. Análisis de resultados	68
V.- Conclusiones	71
VI.- Recomendaciones	72
VI.- Referencias Bibliográficas	73
VII. - Anexos	80
7.1. Encuesta	80
7.2. Consentimiento Informado	84
7.3. Financiamiento	86
7.4. Cronograma de Actividades	87
7.5. Mapa	88

ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01:	50
Prevalencia de la Violencia en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	
Tabla 02:	52
Prevalencia de la Violencia según Edad, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	
Tabla 03:	54
Prevalencia de la Violencia según su Estado Civil en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	
Tabla 04:	56
Prevalencia de la Violencia según su Nivel Educativo en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	
Tabla 05:	58
Prevalencia de la Violencia según su Procedencia en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	
Tabla 06:	60
Prevalencia de la Violencia según Ocupación en Mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	

Tabla 07:	
Tipos de Violencia más frecuentes en las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015	62
Tabla 08:	
Prácticas asumidas ante la Violencia Sufrida por las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	64
Tabla 09:	66
Consecuencias de la Violencia en la vida de las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Distribución Porcentual de la Violencia en Mujeres Gestantes que acuden al Centro Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	51
Gráfico 02: Distribución Porcentual de la Violencia según Edad, en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	53
Gráfico 03: Distribución Porcentual de la Violencia según Estado Civil en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	55
Gráfico04: Distribución Porcentual de la Violencia según Nivel Educativo, en Mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015	57
Gráfico 05: Distribución porcentual de la Violencia según Procedencia en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	59

Gráfico 06:	61
Distribución Porcentual de la Violencia según su Ocupación en Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	
Gráfico 07:	63
Distribución Porcentual de los Tipos de Violencia más frecuentes en las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015	
Gráfico 08:	65
Distribución Porcentual Prácticas Asumidas ante la Violencia sufrida por las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	
Gráfico 09:	67
Distribución Porcentual de Consecuencias de la Violencia en la Vida de las Mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.	

I. INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es definida como: cualquier acto de violencia basada en género que produce o puede producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer. (1)

La violencia hacia las mujeres es un problema poco reconocido por los diferentes sectores vinculados con la salud humana, los de la salud, educación y trabajo, entre otros e insuficientemente valorado como una prioridad de la salud pública.

A pesar de que es una causa importante y frecuente de morbilidad y mortalidad femeninas y de que puede representar la pérdida de uno de cada cinco días de vida saludable entre mujeres en edad reproductiva. (1)

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. (1)

Este tipo de violencia se caracteriza por un patrón de conducta coercitiva hacia las mujeres que abarca el abuso físico (golpes, quemaduras, mordeduras, heridas con arma blanca o de fuego), el abuso psicológico y emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono, negligencia). (1)

Y el abuso sexual, el cual consiste en forzar física o psicológicamente a la mujer a la relación sexual o a una conducta sexual de determinado tipo. La violencia hacia una mujer embarazada puede tener graves consecuencias para la madre y el feto. La violencia física o sexual que conlleva traumatismos abdominales puede provocar, según el tiempo de gestación, la pérdida del feto, el parto prematuro o bajo peso en el recién nacido. (1)

De las 35 mujeres que sufrieron actos de violencia, (94,3 %) recibieron el maltrato de su pareja, una de su hermano mayor y la otra de su padre, es decir, todas fueron agredidas por hombres. (1)

EL estudio realizado en México señala que 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.

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. (1)

En el 2002 se registraron 82018 denuncias por maltrato a la mujer, interpuestas a nivel nacional y 35 casos de femicidio. En el 2004 hubo 100 casos de femicidio. Además el 51% de mujeres entrevistadas en Lima y 69% en Cusco reportaron haber sufrido alguna vez violencia física o sexual por parte de su pareja. Durante el embarazo el 14.8% en Lima y 27.6% en Cusco fueron víctimas de violencia física. En Lima el 49% y en Cusco el 61% informó, mediante entrevista, que en algún momento de su vida sufrieron actos de violencia física por parte de sus parejas. Asimismo el 51% de las mujeres de Lima padecieron actos de violencia física o sexual de parte de sus parejas. El porcentaje de mujeres víctimas de violencia física en por lo menos un embarazo fue 15% en Lima. En el orden de violencia en las Américas, el Perú se encuentra en el lugar 12. (2)

Según la Encuestas de Demografía y Salud (ENDES) en su versión del 2004 identificó que el 42% de las mujeres alguna vez han sido agredidas; sin embargo, las mujeres embarazadas son el grupo que se encuentra en situación de mayor riesgo ya que afecta a dos seres, pudiendo ocasionar mayor riesgo de abortos espontáneos y productos de bajo peso. (2)

La violencia contra las mujeres embarazadas también está asociado al parto pre término y este a su vez ocasiona mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en el recién nacido, debido principalmente a la inmadurez pulmonar y a la posibilidad de hemorragias cerebrales. (2)

Por ser la violencia considerado como problema de salud mental es responsabilidad primaria de la familia y del Estado velar por la recuperación, rehabilitación y promoción de la salud mental de las personas; además que la violencia contra la mujer está reconocida como una violación a los derechos humanos.

De esta problemática no se excluye el distrito de Querecotillo provincia de Sullana que cuenta con una población referencial de 25,449 habitantes. Con respecto a la zona de estudio: De Querecotillo sin sus caseríos cuenta con una población de 4, 686 habitantes, de los cuales 543 son mujeres embarazadas que se atienden en el Centro de salud de Querecotillo. De estas mujeres el 63% se ha detectado que presentan violencia doméstica. Por ello, el abordaje de los conocimientos en los derechos de la mujer, consecuencias del maltrato y actitudes que se deberían tomar en Querecotillo, el cual permitirá identificar la violencia familiar y ayudar a las Gestantes que encuentren alternativas para enfrenar esta problemática.

Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación fue determinar: ¿Cuál es la Prevalencia y factores asociados a la Violencia en mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud del distrito de Querecotillo Provincia de Sullana durante el periodo 2013-2015?

Para dar respuesta al problema, se ha planteado el siguiente objetivo general:

Determinar la Prevalencia y Factores asociados a la Violencia en mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo de la Provincia de Sullana durante el período 2013_2015.

Para poder conseguir el objetivo general, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

1. Estimar la Prevalencia de la Violencia en mujeres Gestantes que acuden al Centro de salud de Querecotillo de la provincia de Sullana durante el período 2013_2015.
2. Estimar la Prevalencia de la Violencia según Edad, estado Civil y Nivel Educativo, Procedencia y Ocupación en mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo de la Provincia de Sullana durante el período 2013 - 2015.
3. Describir los tipos de Violencia más frecuentes en las mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud de Querecotillo de la Provincia de Sullana durante el período 2013 - 2015.
4. Identificar cuáles son las prácticas asumidas ante la Violencia sufrida por las mujeres Gestantes que acuden al Centro de Salud del Distrito de Querecotillo de la Provincia de Sullana durante el período 2013 - 2015.
5. Determinar las Consecuencias de la Violencia en la vida de las mujeres que acuden al Centro de Salud del Distrito de Querecotillo de la Provincia de Sullana durante el período 2013 - 2015.

16

Finalmente, la investigación se **justifica** con la situación sobre la violencia contra las mujeres gestante que acuden al centro de salud del Distrito de Querecotillo; así como determinar los factores relacionados con esta problemática. Un aporte importante es la metodología de su abordaje desde el paradigma cuantitativo, buscando conocer sobre este tema considerado de gran importancia por el impacto social, tanto desde las mujeres que sufren este flagelo importante 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, visibilizar las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres en la etapa reproductiva.

Por lo tanto la presente investigación permitirá sugerir a los decisores e instituciones interesadas elaboren estrategias, proyectos de prevención o políticas de intervención a cargo de profesionales especializados en el tema de la sexualidad y salud mental. Así mismo promover la toma de conciencia de la importancia de gozar de una buena salud tanto física como mental.

Se realizó un estudio cuantitativo. La **muestra fueron 130 gestantes, a quienes se les aplicó un cuestionario de 50 preguntas cerradas. La prevalencia de violencia en gestantes fue de 20%**. Según edad la mayor prevalencia fueron: gestantes adolescentes 15.4%; gestantes convivientes 36.8% y viudas 50%, educación secundaria 25.3%, según procedencia Querecotillo 100%, de ocupación amas de casa 26.7%. . Violencia física, psicológica y sexual 100%. El 96.1% no habló con alguien sobre los hechos. Recibieron atención médica y psicológica el 50%, han necesitado atención médica el 23,1% y han necesitado atención psicológica el 15.4%.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Antecedentes

A nivel Internacional:

Gabriela Vega, Dinora Hidalgo, Judith Toro Merlo 2011, Venezuela (3), investigaron sobre la prevalencia de la violencia de género durante el embarazo, obteniendo los siguientes resultados: Del total de la muestra, 266 mujeres gestantes (66,5 %) había sufrido algún tipo de violencia durante la gestación, más de uno en algunos casos, predominando la violencia psicológica (66,25 %), seguida por la violencia física (38,25 %), siendo el grupo etario de la segunda década el más afectado para todos los tipos de violencia. El agresor más frecuente fue la pareja actual de las afectadas por violencia psicológica, física y sexual. Alrededor de la mitad de las encuestadas (52,25 %) conocen los mecanismos de denuncia en caso de ser víctimas de violencia, aunque solo 20,3 % de las agredidas han denunciado alguna situación de violencia. La violencia de género es un problema de salud pública a nivel mundial, y Venezuela no escapa de esta realidad, determinando mediante esta investigación que la mayoría de las mujeres sufren algún maltrato a lo largo de su vida, recordando que 3 de cada 5 mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia durante la gestación.

Suárez J, Gutiérrez M, Lorenzo B; 2012 Cuba (4). Las defunciones maternas en la provincia ha sido estables oscilando entre 1 y 5 MM anuales durante el decenio, en 2004 y 2010 no se registraron MM. El total de MM directas e indirectas resultó en 22 en relación con las 533 reportadas en todo el país. La edad más representada fue los 36 años (4 MM, 16,6 %). En las adolescentes como grupo riesgo se produjeron dos muertes 8,3 % y 8 mujeres mayores de 35 años, 36,8 %. Entre ambos grupos de edades se produjo el 45,1 % de los fallecimientos. Entre las principales causas los trastornos hemorrágicos 6, como causa fundamental de MM directa, y las afecciones cardiovasculares 6, que son las principales afecciones que inciden en el territorio, seguidos del embolismo de líquido amniótico, el embarazo ectópico y la enfermedad

tromboembólica.

En el decenio en estudio se ha mantenido una estabilidad en la incidencia de MM en el territorio y en 2 de esos años no se reportó ninguna. Las causas de muerte fueron: la hemorragia y las afecciones cardiovasculares, así como otras asociadas al embarazo.

Perez P, barrera A, García S; 2008 Colombia (5). Determinar la prevalencia del riesgo biopsicosocial prenatal de las gestantes que asistieron a control prenatal durante el 2008 en los hospitales de Tenjo, Guatavita y el centro de Salud de Guasca. El número de maternas fue de 412, se excluyó un 30% de las historias Se evaluaron 62 lactantes. La prevalencia del riesgo biopsicosocial alto fue de 8,7%. Hubo asociación significativa entre alto riesgo con edad (\geq a 35 años $p < 0.001$) y estado civil (casadas $p < 0.006$). La escala abreviada del desarrollo detectó un 50% de lactantes en nivel MEDIO y un 29% en ALERTA. La pérdida de información causó un sesgo diferencial en la prevalencia y mostró persistencia del tercer retraso del plan de choque.

Gualpa E, Sigüenza C; 2012 Ecuador (6). Se registraron 400 mujeres embarazadas, con una media de edad de 28,2 años, casadas 69,5%, residentes en el área urbana 79,5%, de ocupación empleada privada 54,3%, Multigesta 51,7% y con una edad gestacional entre 25-36 semanas 46,8%.- La falta de conocimiento del control prenatal se observó en 24,6% de las embarazadas; la deficiencia de información sobre vacunas 47,8%, ejercicios 64,8%, viajes 56%, cuidados dentales 44,8% e higiene personal 16,8%. Un 41,8% desconocía la cefalea como signo de alarma, al igual que la hinchazón en los pies 35,8%. Se encontró 4% esperaba a ver si ceden los signos de alarma. El 1,3% está en desacuerdo sobre las enfermedades genéticas, y las relaciones sexuales 5%. Las prácticas no son eficientes, un 5,8% no acude a control prenatal de manera puntual, el 39,3% no ha recibido inmunizaciones, 74,8% no realiza ejercicio físico, 6,8% no recibe suplementos nutricionales o vitaminas, 46,3% no recibe atención odontológica. Las prácticas de las embarazadas

acerca del control prenatal son deficientes y no tienen relación con los conocimientos, mientras que las actitudes son adecuadas.

Cepeda A Morales F, Henales M, Méndez S; 2011; México (7) Estudio de cohorte de 250 pacientes (125 sin violencia y 125 con violencia). Se calculan riesgos relativos. La violencia física incrementa en dos veces el riesgo de obtener recién nacidos de peso bajo (IC al 95% de 1.086 a 3.956) y cinco veces las toxicomanías (IC al 95% de 1.811 a 14.447). También se documentó la asociación con óbitos y trauma abdominal (residuos tipificados). La violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, trauma abdominal y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas).

Cuevas, S; Blanco, Y; Juárez, C; Palma, O; Vásquez, R; 2006 México (8). Señalo que del total de mujeres, 250 (13%) informaron haber sufrido violencia (física, psicológica, sexual y económica) durante alguno de sus embarazos; una de cada tres refirió haber recibido golpes en el abdomen durante el embarazo. En la mayor parte de los casos (91.4%) el agresor fue el cónyuge. Las variables que se asociaron positivamente con violencia en algún embarazo fueron: a) nivel de escolaridad de la mujer: las analfabetas, comparadas con las mujeres que tenían escolaridad superior a primaria completa, presentaron la asociación.

Más fuerte (RM 2.2; IC 95:% 1.1, 4.4); b) antecedentes de violencia en la niñez (RM 3.2; IC 95% 1.9, 5.4); c) antecedentes de abuso sexual antes de los 15 años (RM 2.4, IC95% 1.3, 4.4) y d) consumo diario de alcohol por la pareja (RM 6.5; IC 95% 3.3, 12.9). Conclusión. Los resultados de este estudio muestran que la violencia durante el embarazo es un hecho frecuente en contextos de alta marginación, además de que su expresión tiende a ser más severa. Los resultados sustentan la necesidad de seguir estudiando el problema de la violencia en el embarazo en México, además de identificarlo durante el proceso de atención prenatal a mujeres violentadas.

Ochoa J, 2014, Ecuador (9). La actividad sexual temprana en la adolescencia está relacionada a múltiples factores y a una pobre planificación familiar, en donde se puede incrementar la tasa de fecundidad y el riesgo a contraer enfermedades de transmisión sexual. (3) Objetivo: Determinar la prevalencia de Embarazo en Adolescentes y factores asociados en la comunidad de “Centro Parroquial” de la parroquia Tarqui Mayo-Octubre 2014. Metodología: Se trató de una investigación cuantitativa - descriptiva, de corte transversal. El método utilizado para la recolección de datos fue la encuesta personalizada a un universo de 68 adolescentes. Se utilizó el programa SPSS versión 15.0 para la tabulación de los datos recogidos, con medidas de frecuencia y porcentaje.

Alemán M, Vernaz D, Tilli G, Mazur V, Sammartino B, Marconi A, Pannia K, Antman J. Argentina (10) La justificación del presente estudio se basa en la consideración de la violencia basada en género (VBG) como un problema de salud pública y del sector salud como un espacio privilegiado para su detección. La VBG es todo acto o amenaza de tal que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer.

Nacionales

Lam, N; 2010. Lima, Perú. (11)

Cita Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.836 para EPDS. Estructura multidimensional de dos factores que explica el 54.67% de la varianza. La prevalencia de casos probables de depresión mayor de 34.1%. Según regresión logística, fueron factores asociados independientes para probable depresión mayor: antecedente de aborto (OR=1.71;IC95%:1.15-2.54; p<0.01), no planificación de embarazo (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66; p<0.01), apoyo emocional (OR:0.45; IC95%: 0.26-0.78; p<0.01), apoyo afectivo (OR: 0.29; IC95%: 0.19-0.43; p<0.05), antecedente de violencia

(OR:3.96; IC95%: 2.68-5.85; $p<0.01$). 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 psico sociales referidos por la literatura especializada.

Luquin A; Miranda A, Perú; (12). Determinar la violencia de género durante la gestación y su repercusión en el parto y el recién nacido en el Hospital María Auxiliadora en el mes de marzo de 2009. Material y método: una muestra de 152 puérperas atendidas de parto. Se empleó la entrevista mediante cuestionario semiestructurado, la historia clínica perinatal y el partograma. El muestreo fue no probabilístico, por fines o criterios especiales. El diseño fue descriptivo, experimental y transversal. Resultados: el 25,3% de las mujeres manifestó haber padecido algún tipo de violencia. La principal fue la física (49%) y casi sin diferencia la psicológica (45%). El principal autor de la violencia fue la pareja (61%), quien ejerció en su mayoría violencia física (41%). Para quienes fueron afectadas por esta última, el parto fue vaginal (31%), cesárea (18%); parto normal (25%) y prolongado (22%), no trabajo de parto (2%). Al explorarse las características del recién nacido para las mujeres afectadas por violencia física, 29% no cursó con sufrimiento fetal, 14% tuvieron bradicardia y 6% taquicardia; 32% presentaron un Apgar normal; 13%, depresión severa, y 4%, depresión moderada. Conclusión: la violencia durante el embarazo es frecuente; su expresión tiende a ser más severa y se asocia con resultados adversos, siendo imperiosa la necesidad de su identificación rutinaria en los servicios de Ginecología y Obstetricia y proveer a las mujeres de asistencia médica y social. Además, se sustenta la necesidad de seguir estudiando el problema y profundizar la investigación.

Pacora P, Lima 2010 (13). La violencia por la pareja contra la mujer ocurre aproximadamente en el 60% de las mujeres no gestantes. En el embarazo la violencia física perpetrada por la pareja llega al 15% en Lima y 28% en Cusco. Por lo tanto, la violencia por la pareja es más frecuente que cualquier complicación obstétrica en el Perú y debe ser identificada en el embarazo. Estas mujeres se caracterizan por ser solteras, tener bajo nivel de educación, iniciar la atención prenatal tardíamente o no tener atención prenatal, abusar de sustancias tóxicas, presentar depresión, hiperémesis, hipertensión arterial, parto prematuro, muerte fetal, aborto, infecciones recurrentes, hemorragia por vía vaginal, restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacer y parto distócico.

Mascaro P, García- S y Munares Ó. Lima 2010. (14) Entre los años 2007 y 2010, se aplicó una entrevista estructurada a 3 971 mujeres de zonas urbanas y urbano-marginales de Lima y Callao. Se incluyó mujeres residentes de la zona, excluyéndose aquellas con problemas psicológicos evidentes y problemas del habla. Los datos fueron analizados con estadísticas descriptivas y con el estadístico chi cuadrado, significativo a un nivel $p < 0,05$.

Regionales

Vela, E 2007(15). Esta investigación contribuirá proporcionando información relevante sobre las vivencias de las adolescentes embarazadas, puérperas, los familiares que influyen en las decisiones y entorno comunitario sobre los cuidados, así como las acciones que toman ante situaciones que podrían poner en peligro sus vidas, con lo cual se tendría elementos técnicos para el diseño de estrategias y toma de decisiones que contribuyan a reducir la morbi - mortalidad materna en éste grupo etéreo teniendo en cuenta las características propias de nuestra DISA sobre todo enfatizando la reducción de la demora en la identificación de señales de peligro y en la búsqueda de atención como factores que pueden abordarse desde la prevención y promoción de la salud.

Las evidencias señalan que existen diversas razones por las que las mujeres adolescentes no acceden a servicios de salud adecuados que garanticen una maternidad segura y saludable entre ello la existencia de creencias y conductas que se constituyen en factores de riesgo por lo que las mujeres durante la etapa reproductiva están expuestas a mayor riesgo de morir o enfermar, en nuestra sub. Región explorar estos factores permitirá a quienes toman decisiones contar con información relevante para el diseño de estrategias locales diferenciadas de acuerdo a los contextos ya sea del ámbito urbano marginal o rural, de manera que permitan enfrentar estos riesgos así como facilitar los procesos de auto cuidado y fortalecimiento de redes comunitarias para mejorar la salud de las mujeres adolescentes y sus familias, en razón de ello el estudio pretende explorar estos aspectos en dos zonas diferenciadas una del ámbito urbano Sullana, donde podríamos encontrar situaciones que pueden diferenciarse del ámbito rural (cercado de la ciudad de Ayabaca). Más aun teniendo en cuenta que existe consenso internacional sobre la importancia de factores para reducir la mortalidad materna: entre ellos se señalan : la reducción de las inequidades entre géneros; mejorar el estado nutricional de las mujeres; mejorar el acceso de las niñas a la educación; brindar atención profesional durante el parto; crear sistemas eficaces de derivación; asegurar atención materna para todas las mujeres; desarrollar planificación a nivel de distrito y participación comunitaria; y usar indicadores de proceso.

Ana Güezmes, Nancy Palomino, Miguel Ramos 2007, Piura (16). Realizaron una investigación junto a dos diarios importantes a nivel nacional y local: “La República” y “Comercio”. Estas fuentes fueron elegidas teniendo en cuenta criterios tales como la cobertura, la forma de abordar la noticia y su grado de detalle respecto a la violencia, los resultados obtenidos en su mayoría reflejan una actitud discriminatoria a la mujer frente a la violencia y que representa en su grado de total vulnerabilidad que afecta de manera psicológica, física y sexual más aún cuando la mujer se encuentra en la etapa de gestación. De la muestra de 265 mujeres que han sido víctimas de algún tipo de violencia, el 58% de víctimas se encontraba entre los 17 y 34 años de edad. En tanto que el 17% tiene entre 35 y 52 años, mientras que un 10%

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

Bases Teóricas de la Investigación:

Prevalencia de la Violencia dentro de la sociedad

La violencia en la pareja sigue siendo un problema social y cultural que a menudo se considera “normal”, incluso entre las mujeres que han sido maltratadas, y que con frecuencia es “invisible” para las personas que rodean a la víctima. Hasta años recientes, la “invisibilidad y normalidad” del tema no habían permitido generar una respuesta adecuada. Múltiples elementos contribuyen a esta negativa y aceptación e involucran tanto factores personales, incluyendo aquellos vinculados con la relación de cada pareja, como características institucionales, sociales y culturales de la sociedad mexicana en general.

La violencia contra la mujer es una práctica social considerada como incluyente del ejercicio del poder en contextos sociales asimétricos que dañan la integridad de la mujer y fomentan su subordinación y control por parte del hombre. Dicha violencia incluye acciones y omisiones que son tanto reales como simbólicas. Sin embargo, otros aspectos y problemas relacionados con la agresión física entre miembros de una pareja, incluida la agresión de las mujeres hacia sus parejas del sexo masculino, aún no se entienden por completo.

Según Valdez Santiago (2004), los intentos por evitar y controlar la violencia doméstica en Perú aumentaron significativamente durante el periodo 1976–2001, ocasionando la introducción de reglamentos en distintos sectores y dando lugar a la creación de programas nacionales, reformas jurídicas en códigos civiles y penales e incluso la aprobación de leyes específicas. (Campbell 1985; Koss 1990, Ellsberg 1997)

Controversias y dilemas actuales

¿Es la violencia contra las mujeres un problema de salud, o un factor de riesgo para la salud?

En el modelo biomédico, la violencia suele clasificarse como una lesión intencionada, incluida a veces junto a las enfermedades no transmisibles.

Sin embargo, cuando se desarrolla un sistema para conceptualizar las causas y las consecuencias de la violencia, es importante considerar la distinta naturaleza y patrones de violencia que sufren con mayor frecuencia los hombres, las mujeres y los niños.

Es bien conocido que los hombres suelen experimentar la violencia física ejercida por otros hombres (extraños o conocidos) y, fundamentalmente, fuera del contexto familiar. Las lesiones físicas o la muerte son los resultados más frecuentes. Por el contrario, la mayor parte de la violencia sufrida por mujeres y niñas procede de hombres a los que conocen y a menudo ejercida en el seno de la familia y el hogar. Esta violencia puede tener dimensiones físicas, sexuales o psicológicas, puede prolongarse durante años y puede aumentar en intensidad con el tiempo. Muchas veces, las lesiones físicas no son los resultados más importantes, e incluso pueden no producirse a consecuencia de ella. Sin embargo, la violencia puede tener otras importantes consecuencias negativas para la salud, como son las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados, la depresión y otros numerosos problemas mentales, trastornos gastrointestinales y diversas alteraciones psicosomáticas ya comentadas en la sección sobre consecuencias para la salud.

Aunque las lesiones físicas pueden servir como indicador adecuado para medir la violencia entre hombres, no proporcionan un marco lo bastante amplio para describir y conocer otras muchas formas de violencia, como los malos tratos a los niños, la violencia doméstica y sexual contra la mujer y los malos tratos a los ancianos. Evidentemente, importa reconocer que la violencia es una causa de lesiones, pero la valoración exclusiva de estas limita el conocimiento de las muchas formas de violencia existentes y de sus múltiples consecuencias para la salud.

La mejor forma de conceptualizar la violencia contra la mujer es como un factor de riesgo para la mala salud, ya que sus consecuencias se traducen en una gama de resultados finales en la salud de la mujer. De este modo, será posible comprender con mayor claridad sus múltiples consecuencias para la salud, las sinergias que existen entre ellas y los posibles beneficios que pueden obtenerse con los distintos tipos de actividades preventivas.

Asimismo, podrán vislumbrarse los varios canales posibles del sistema de salud a través de los cuales pueden identificarse a las mujeres que necesitan ayuda, no solo en los departamentos de accidentes o urgencias sino también, por ejemplo, en servicios psiquiátricos, consultas prenatales y clínicas para enfermedades de transmisión sexual.

Un enfoque exclusivo en las lesiones puede contribuir, inadvertidamente, a impedir un conocimiento pleno del impacto de la violencia en la salud y la vida de la mujer. Con frecuencia se ignoran las profundas consecuencias de la violencia en la salud mental de la mujer. La fuerte asociación entre la historia de abusos domésticos y el desarrollo de problemas psiquiátricos, sobre todo depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático está bien documentada.

En algunos países, sobre todo en América Latina, la consideración penal del acto de violencia como delito y su persecución por la justicia dependen del tipo y de la gravedad de la lesión física. La investigación efectuada en Querecotillo demostró que los hombres aprenden a modificar su comportamiento con el fin de adaptarlo a la ley - por ejemplo, golpeando en lugares normalmente ocultos (Richter 1994).

Definición y medición

No existe una definición de la violencia contra la mujer aceptada universalmente. Algunos defenderían una definición amplia que incluyera todos los actos u omisiones peligrosos para la mujer o que contribuyan a subordinarla. Se incluiría así lo que a veces se ha denominado “violencia estructural”, por ejemplo, la pobreza y un acceso desigual a los servicios de salud y a la educación. El beneficio de una definición

abierta es que sitúa a la violencia basada en el género en un contexto social más amplio y permite a las partes interesadas prestar atención a la mayoría de las violaciones de los derechos humanos de la mujer, agrupándolas bajo la rúbrica de la violencia contra ella. El inconveniente es que, con la adopción de significados muy amplios, la definición pierde su poder descriptivo. En una consulta a expertos realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llegó al acuerdo de que es preferible incluir los diversos aspectos de la violencia estructural en el marco de la discriminación de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General en 1993 y presentada al comienzo de este trabajo, proporciona un marco conceptual y de defensa útil, pero para facilitar la investigación, la vigilancia y el monitoreo se necesitarían definiciones operativas más concretas.

La aplicabilidad transcultural de las definiciones es uno de los aspectos que surgen en el contexto de los estudios internacionales. Los antropólogos y defensores de la salud de la mujer señalan las dificultades de hacer clasificaciones internacionales, ya que los conceptos de qué es lo que constituye violencia contra la mujer son muy variables de unas culturas a otras.

Como los sistemas de clasificación universal no pueden abarcar por completo toda la diversidad existente entre las culturas, es necesario utilizarlos con precaución. En todas las sociedades hay formas de violencia que son toleradas o, a veces, incluso estimuladas por las normas y las costumbres sociales. Tanto si están socialmente tolerados como si no lo están, es necesario registrar estos actos y sus efectos sobre la salud y las vidas de las mujeres. Tratar tan solo las formas culturalmente inaceptables de violencia implica no cubrir el espectro completo de las necesidades de la mujer.

Los investigadores han superado parcialmente este punto centrándose en la medición de comportamientos o actos específicos y en sus efectos sobre el bienestar físico, sexual y emocional de la mujer. (Prasad 1999)

Conocimientos limitados y falta de recursos para la investigación

Como se demuestra en esta revisión, la mayoría de los trabajos publicados sobre la violencia contra la mujer proceden de las regiones del Perú, especialmente del norte. Aunque están apareciendo varios estudios sobre la prevalencia de la violencia doméstica contra la mujer realizada en ciudades rurales, los datos sobre dichas ciudades siguen siendo escasos. Es necesario disponer de datos de prevalencia e incidencia que sean comparables entre unas culturas y otras y comenzar a descubrir los factores, tanto determinantes como protectores, que operan en cada contexto. Esta investigación es esencial para mejorar nuestro conocimiento de la magnitud y de la naturaleza del problema, proporcionar directrices para el desarrollo de intervenciones y poder monitorear su impacto. También aportarán una base de datos sobre la que se podrá deducir las tendencias y los patrones.

El Estudio Multinacional sobre la Salud de la Mujer y la Violencia Doméstica, coordinado por la OMS, pretende llenar esta laguna mediante el desarrollo de metodologías para medir la violencia contra la mujer y las consecuencias en su salud a través de las culturas, poniendo en práctica esta investigación en seis regiones.

El protocolo y el cuestionario utilizados se basan en la experiencia de muchos investigadores preocupados especialmente por los aspectos metodológicos y éticos.

También, es necesario estudiar las intervenciones: diferenciar lo útil de lo que no lo es en los distintos ámbitos y lo que es sostenible y factible cuando los recursos son escasos. Aunque se dispone de fondos para apoyar la investigación médica encaminada a identificar los tratamientos o curaciones de las enfermedades específicas, parece haber menor interés por apoyar la investigación encaminada a identificar la intervención o el conjunto de intervenciones efectivas en un tema como el de la violencia contra la mujer. Ello obliga a plantear la cuestión de la forma en que se distribuyen los recursos, quién establece las agendas de investigación y hasta qué punto se integran genuinamente en ellas los aspectos relacionados con la equidad entre géneros. Una investigación bien diseñada y orientada a la acción puede ser, en sí misma, una intervención ya que, entre otras cosas, amplía la conciencia sobre el

problema e inicia la discusión pública y la colaboración entre los sectores. Con el fin de establecer cuál es la respuesta más eficiente y con mejor relación costo-efectividad, sobre todo cuando los recursos son escasos, es necesario apoyar este tipo de investigaciones. (García Moreno, C)

Enfoque médico o de salud pública

Comprensiblemente, el núcleo de muchos de los esfuerzos de organizaciones de mujeres y de otros tipos consiste en responder a las necesidades de las mujeres que sufren abusos. Sin embargo, el tratamiento de las víctimas de la violencia es solo una parte de la solución. Es clara la necesidad de responder a cada mujer, individualmente, que sufre violencia, lo que, además puede servir para evitar la reaparición de la violencia o sus posteriores consecuencias para la salud, la muerte o la discapacidad. Sin embargo, es necesario prestar una atención igual o incluso mayor a la búsqueda de estrategias para la prevención primaria.

El enfoque de salud pública se centra en la prevención e insiste en la Oportunidad para la intervención precoz. Su base científica consiste en el análisis social de la salud y en un trabajo multidisciplinario, todo ello esencial para tratar el problema de la violencia contra la mujer. El trabajo a desarrollar en este campo ha de basarse en datos fidedignos que describan la magnitud y la naturaleza del problema, los factores de riesgo y de protección y una evaluación de las intervenciones según su efectividad, viabilidad y reproducibilidad.

Las estrategias de prevención necesitan un contexto específico y han de estar dirigidas hacia los factores de riesgo concretos más importantes en cada situación. Las intervenciones destinadas a cambiar las normas y los valores sociales que discriminan a la mujer y que condonan, por ejemplo, el castigo físico de la mujer por parte de sus maridos, son elementos importantes de la prevención. En algunos lugares se han iniciado “Campañas de Tolerancia Cero”, que utilizan los medios de comunicación y otros canales informativos y educativos para promover una cultura que no tolere la violencia contra la mujer o los niños. Otro enfoque consiste en el uso de “sanciones” por la comunidad, como forma de disuadir al hombre de la violencia

contra la mujer. Ejemplos como golpear cazuelas alrededor de la casa de un hombre que abusa de la mujer en la selva, “vigilante de barrio” o tocar silbatos en Perú y otras estrategias para identificar y avergonzar al abusador son formas creativas de diseñar sanciones. En muchas situaciones son más eficaces que el recurso a sanciones formales de tipo policial o judicial, que a menudo pueden volverse contra la mujer.

Nunca es fácil lograr un cambio de comportamiento y, además, es un proceso largo, como puede atestiguar cualquiera que haya intentado un cambio, por pequeño que sea. Sin embargo, cada vez se dispone de un mayor número de datos sobre el campo de comportamiento en relación con la prevención del VIH/sida y del consumo de tabaco, aspectos en los que la salud pública y la promoción de la salud han trabajado conjuntamente para lograr el cambio. Las personas que trabajan para prevenir la violencia contra la mujer han de apoyarse en estos conocimientos y aplicarlos al cambio de actitud, de valores y de creencias que son la base sobre la que se perpetúa la violencia contra la mujer. También resulta difícil medir el impacto de muchas de estas estrategias preventivas. Hasta el momento, solo se dispone de algunas evaluaciones sobre la efectividad de estos programas, por lo que es esencial que todo programa de intervención integre el monitoreo y la evaluación en su diseño.

Modelos limitados para las intervenciones

Los modelos para las intervenciones proceden en su mayor parte del mundo desarrollado y, en muchos casos, se copian de forma inadecuada en ambientes en los que no se dan las condiciones necesarias para que resulten efectivos. Por ejemplo, la recomendación para la detección sistemática de las mujeres en los centros sanitarios, muy útil en países que disponen de servicios de referencia y en los que los médicos saben cómo enfrentarse a la violencia, puede resultar inútil o incluso perjudicial en otros entornos. Además, se dispone de datos escasos o nulos sobre los que se pueden basar estas recomendaciones. Por tanto, en lugar de hacer amplias recomendaciones globales, es necesario hacer una valoración crítica de las pruebas relativas a la efectividad de toda intervención propuesta y considerar si es o no adecuada y sostenible en ambientes distintos.

Es necesario definir mejor el papel que ha de desempeñar el sector salud, tanto en la prevención como en la respuesta a las necesidades de las que sobreviven a la violencia. Este sector puede no ser el más adecuado para iniciar el trabajo en este campo en todos los contextos. Se necesitan con urgencia análisis contextuales específicos para probar las estrategias e identificar la mejor adaptada a cada lugar. En cuanto a la atención, es importante alcanzar un delicado equilibrio entre el estímulo a la participación del sector salud, sin, al mismo tiempo, medicalizar el problema. Los sesgos de género inherentes al sistema de salud pueden resultar obstáculos para una respuesta adecuada y será necesario corregirlos para lograr la respuesta correcta a las necesidades de cada mujer individual en cada momento.

Falta de Multisectorialita

Se acepta que la respuesta a la violencia contra la mujer debe ser multisectorial y que ha de estar bien coordinada. Sin embargo, persiste el hecho de que la entrada suele hacerse a través de un sector determinado y son aún pocos los ejemplos en los que el abordaje multisectorial haya sido puesto en práctica de forma satisfactoria. Es necesario disponer de modelos piloto de una respuesta integrada a la violencia contra la mujer, documentar su efectividad y conocer los obstáculos a los que pueden enfrentarse. Actualmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) están ensayando uno de estos modelos de respuesta integrada en el ámbito comunitario en América Latina. Este modelo trata de crear redes comunitarias coordinadas en las que el sistema de salud, el sistema legal, la policía, las iglesias, las organizaciones no gubernamentales y otros grupos de base comunitaria se reúnan periódicamente para diseñar y poner en práctica respuestas coordinadas a la violencia doméstica. En el nivel nacional, busca promover la promulgación de leyes y políticas que refuercen la capacidad institucional para responder de manera efectiva a la violencia doméstica. También fomenta los vínculos con los medios de comunicación para enfrentarse a las actitudes y creencias sociales que dan a los hombres el derecho de controlar la conducta de la mujer y comunicar, al mismo tiempo, que la violencia es inaceptable. Para valorar su

reproducibilidad en otras regiones, estos modelos piloto han de ser cuidadosamente monitoreados.

Medicina forense: intersección entre los sistemas de salud y legal

Hay que afrontar aspectos específicos en los que la respuesta del sector salud a las necesidades de la mujer es claramente inadecuada, como sucede con el sistema de medicina forense. En muchos países, el sistema médico, sobre todo los forenses, actúan como barreras cuando la mujer trata de acceder al sistema legal, En muchos casos, según el sistema legal, solo los médicos forenses pueden aportar pruebas durante un juicio, aun cuando su número sea reducido. Incluso cuando hay muchos médicos forenses, las mujeres pueden encontrarse ante obstáculos como la falta de tiempo y dinero, la falta de información, el lenguaje y otros. Una mujer de una zona rural que ha sido violada y que desearía comenzar una acción legal contra el violador tiene muy pocas probabilidades de poder aportar las pruebas necesarias. Incluso, aunque todos los médicos pudieran contribuir con los indicios necesarios, la mayoría de ellos no saben recoger correctamente las pruebas, sin que ello suponga una nueva victimización de la mujer. También ocurre que no desean verse envueltos en un juicio. La falta de un servicio de calidad adecuada que proporcione atención y que recoja las pruebas en casos de violación y agresión sexual u otras formas de agresión afecta desproporcionadamente a las mujeres, constituyéndose en otra dimensión de la falta de equidad en la provisión de servicios de salud.

Marco de derechos legales y humanos

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 violencia 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 violencia 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.

Consecuencias de la Violencia: Un Problema Relacionado Con Género y Equidad en la Salud.

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

Mala salud y muerte

La violencia contra la mujer, especialmente la violencia doméstica y el abuso sexual, conlleva muchas consecuencias negativas para la salud que se resumen en la Figura 1. Entre ellas se encuentran: lesiones (que oscilan desde cortes y hematomas a lesiones graves que causan incapacidad permanente, como la pérdida de audición), enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, embarazo no deseado, problemas ginecológicos, dolor pélvico crónico asociado a veces a enfermedad inflamatoria pélvica, hipertensión, depresión, trastornos por ansiedad, trastorno por estrés postraumático, cefaleas, síndrome de colon irritable y diversas manifestaciones psicósomáticas.

Se admite con frecuencia cada vez mayor que la violencia es causa de lesiones en la mujer, pero su impacto en la salud mental y la salud sexual y reproductiva femeninas es menos conocido. La relación sexual forzada, sea con la pareja o con un extraño,

puede provocar un embarazo no deseado o una infección venérea, incluido el VIH/sida. La violencia o el temor a ella también pueden afectar de manera indirecta a la salud sexual y reproductiva, ya que influyen en la capacidad de la mujer para negociar el sexo seguro, incluido el uso de condones y de la anticoncepción. Datos procedentes de Perú demuestran que cada año se producen más de 32.000 embarazos como consecuencia de violaciones, la mayoría de ellos en adolescentes; 50% de ellos acaban en aborto y 5,9%, en la cesión del recién nacido en adopción (Holmes et al. 1996). La literatura referente a la asociación entre violencia y trastornos de salud mental crece de día en día.

La violencia también se produce durante el embarazo, por lo que sus consecuencias afectan no solo a la mujer, sino también al feto o al recién nacido. Una revisión de los estudios efectuados en Perú demostró una prevalencia de abusos durante el embarazo que oscilaba entre 0,9 y 20%, con una tasa de prevalencia en la mayoría de estos estudios de 4 a 8,3%. La violencia durante el embarazo se asocia a abortos, muerte fetal, parto prematuro y muerte y lesiones.

2.2. Bases Conceptuales de la Investigación

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.

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

puede ser física, psicológica o sexual. La violencia física, el tipo más obvio de violencia doméstica, incluye el hecho de abofetear, empujar, estrangular, patear, golpear, doblar el brazo, causar quemaduras intencionalmente, retener a alguien contra su voluntad o herir a esa persona con un cuchillo u otro objeto. 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.

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 auto perpetuación 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.

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.

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.

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.(Herrero, C; Agoff, C)

Tipos de Violencia:

Física: Este tipo de violencia comprende cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de la mujer, tales como: bofetadas, golpes, palizas, heridas, fracturas, quemaduras.

Sexual: Ocurre siempre que se imponga a la mujer una relación sexual contra su voluntad.

Psíquica: Comprende amenazas, humillaciones, insultos, intimidación, exigencia de obediencia, tratar de convencer a la víctima de que ella es culpable de cualquier problema, asustarla, vigilarla. **Abuso verbal:** (insultos, celos).

Emocional: (Intimidación, asustar a la víctima).

Económico: (Aislar a la víctima económicamente, retirándole el dinero y las tarjetas de crédito). (Ruíz I)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación

Se realizó un estudio cuantitativo.

3.2. Diseño de la Investigación

El diseño del estudio es, no experimental de corte transversal.

El nivel, es descriptivo simple.

3.3. Población y Muestra

La población: O universo de estudio estuvo conformada por 480 gestantes que acudieron al servicio de Gineco obstetricia asignada a establecimientos de salud y personal de servicios de Gineco obstetricia del centro de salud de Querecotillo provincia de Sullana.

Muestra: El tamaño de la muestra para la parte cuantitativa es de 130 gestantes, se ha estimado mediante el programa Epi data 3.1 con un nivel de confianza de 95% y proporción esperada de 60% quedando conformada por usuarias que acudan a los servicios en el período de tres meses.

3.4. Unidad de análisis: Unidad de observación

Se consideró como sujetos de estudio a las mujeres de 13 años a 45 años, en la etapa de gestación usuarias de los servicios públicos de salud de primer y segundo niveles de atención que soliciten el servicio obstétrico, independientemente de motivo de su consulta, y que serán seleccionadas de forma intencional

3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

Mujeres gestantes que acudieron al centro de salud de Querecotillo provincia de Sullana que no padezcan enfermedad mental.

Consentimiento informado.

Exclusión:

Usuaris que no acepten participar en la investigación, usuarias que posean problemas de salud mental.

Operacionalización de las variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Prevalencia violencia Embarazo violencia Características sociodemográficas	prevalencia de periodo	Prevalencia en el embarazo: Prevalencia antes del embarazo	- Número de casos reportados en el periodo de investigación referidos como antes y durante el embarazo	nominal	Si presenta No presenta
Gestantes	periodo desde inicio al termino el embarazo	Etapa del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> •Primer trimestre •Segundo trimestre •Tercer trimestre 	ordinal	Si presenta No presenta
		Paridad	<ul style="list-style-type: none"> •Primer embarazo •Segundo a mas embarazos 		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
		Severidad de la violencia	Grave Moderada	ordinal	Si presenta No presenta

		Efectos de la violencia	<ul style="list-style-type: none"> •Físicos •Sicológicos •sociales 	nominal	Si presenta No presenta
		Actitud frente a la violencia	<ul style="list-style-type: none"> •búsqueda de ayuda 	nominal	Adecuada inadecuada
percepciones		Personal de salud	Opiniones Creencias	cualitativas	discurso
		Gestante	Opiniones Creencias		discurso
Variables sociodemográficas		Edad	Años cumplidos	nominal	
		Procedencia	Lugar donde radica		
		Estado civil	Condición marital actual	nominal	Soltera Conviviente Casada Separada
		Paridad	Número de embarazos al periodo de investigación Abortos Hijos de compromiso anterior		Primigesta Multigesta 1 2 a mas Si no

		Nivel educativo	Primaria Secundaria Superior incompleta Superior completa	Si no
		ocupación	- ama de casa - independiente - dependiente	Si no
		ingreso económico	no tiene ingreso personal gana menos que la pareja gana igual que la pareja gana más que la pareja	

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnica:

La técnica que se utilizó fue la encuesta.

Instrumentos:

Instrumento recolector de datos: El instrumento recolector de datos fue el cuestionario que se confeccionó por Paravic y col. (2000), adaptado a la situación por la autora Lic. María García Shimizu, que se aplicó en la consulta de los servicios de Gineco obstetricia. Es un cuestionario de preguntas cerradas, que se compuso de una primera parte referente a las variables bio socio demográfico que podrán tener relación con el fenómeno en estudio y preguntas sobre aspectos de violencia, según el modelo empleado y, una segunda parte, que recolectó, 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.

Aspectos éticos de la investigación: Se solicitó la autorización de la dirección del establecimiento de Atención Primaria para llevar a cabo la investigación, para la aplicación del instrumento de investigación a los usuarios. Previa recolección de datos, se solicitó el consentimiento informado a las gestantes que acepten participar en el estudio asegurando confidencialidad y anonimato.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,984	,983	33

Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
1.1 LE HAN SACUDIDO ZARANDEADO O JALONEADO	1,19	,726	97
1.2. LE HAN GOLPEADO CON PUÑO O MANO	1,12	,582	97
1.3 LE HA GOLPEADO CON CINTURON U OBJETO DOMESTICO	1,14	,559	97
1,4 ¿Le ha empujado intencionalmente?	1,12	,505	97
¿Le ha pateado?	1,03	,226	97
¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?	1,06	,348	97
¿Le ha torcido el brazo?	1,01	,102	97
¿Le ha disparado con una pistola o rifle?	1,03	,305	97
¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?	1,02	,203	97
¿le han amenazado con golpearla?	1,15	,618	97
¿Se ha puesto a golpear o patear la pared o mueble?	1,06	,317	97
¿le ha hecho sentir miedo de el?	1,15	,682	97
¿le ha amenazado con pistola o rifle?	1,01	,102	97
¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?	1,11	,538	97
¿Le ha insultado?	1,11	,430	97
¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	1,10	,395	97
¿Le ha destruido alguna de sus cosas?	1,13	,513	97
¿Le ha rebajado o menospreciado?	1,14	,577	97
¿Le ha controlado con no darle dinero o quitárselo?	1,13	,552	97
¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas	1,12	,545	97
¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad	1,14	,612	97
¿En ocasiones le llega a tener miedo a su pareja?	1,13	,552	97
¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que salga,	1,14	,577	97
¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que vea a sus amigos/familiares,	1,14	,577	97
¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que trabaje	1,13	,552	97
¿Alguna vez su pareja ha destruido cosas que para usted eran muy preciadas	1,11	,476	97
¿Alguna vez su pareja ha amenazado o maltratado a sus hijos	1,05	,265	97

¿Alguna vez su pareja ha amenazado o maltratado a otras personas cercanas a usted	1,04	,247	97
3.- ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?	1,12	,582	97
¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	1,11	,518	97
¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales	1,13	,589	97
¿Alguna vez su pareja la ha forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no quería	1,13	,589	97
¿La obliga a llevar a cabo prácticas sexuales que la hacen sentir incomoda	1,10	,510	97

3.5 PLAN DE ANÁLISIS

Procesamiento de los datos: Los datos arrojados por el instrumento recolecta fueron ingresados en una hoja Excel, posteriormente fueron procesados en el programa estadístico SPSS 19.

Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizaron tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentando gráficos estadísticos: histogramas y graficas circulares.

6.8. Matriz de Consistencia:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA				
			TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	INSTRUMENTOS	PLAN DE ANALISIS
<p>Enunciado:</p> <p>¿Cuál es la Prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al centro de salud de Querecotillo provincia de Sullana durante el periodo 2013-2015?.</p>	<p><u>Objetivo general:</u></p> <p>Determinar cuál es la prevalencia y factores asociados a la violencia en mujeres gestantes que acuden al centro de salud de Querecotillo provincia de Sullana durante el periodo 2013-2015.</p> <p><u>Objetivos específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimar la prevalencia de la violencia en gestantes que acuden al centro de salud de Querecotillo provincia de Sullana durante el periodo 2013-2015. • Estimar la prevalencia de la violencia según edad, estado civil y nivel educativo, procedencia y ocupación en mujeres gestantes que acuden al centro de salud de Querecotillo 	<p>Prevalencia Violencia en el embarazo</p> <p>Tipos de violencia</p> <p>Efectos de la violencia</p>	<p><u>TIPO:</u></p> <p>Investigación cuantitativa.</p> <p><u>NIVEL:</u></p> <p>Estudio Descriptivo</p>	<p>No experiment al transversal</p> <p><u>Esquema:</u></p> <p>M</p> <p>↑ x</p> <p>↑</p>	<p><u>Población:</u></p> <p>480</p> <p><u>Muestra:</u></p> <p>130</p>	<p>Se utilizó la técnica de encuesta</p>	<p>Procesamiento de los datos: Los datos arrojados por el instrumento recolector fueron procesados en el programa estadístico SPSS 19.</p>

	<p>provincia de Sullana durante el periodo 2013-2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir los tipos de violencia más frecuentes en las mujeres gestantes que acuden al centro de salud de Querecotillo provincia de Sullana durante el periodo 2013-2015. • Identificar cuáles son las prácticas asumidas ante la violencia sufrida por las mujeres gestantes que acuden al centro de salud de Querecotillo provincia de Sullana durante el periodo 2013-2015. • Determinar las consecuencias de la violencia en la vida de las mujeres que acuden al centro de salud de Querecotillo provincia de Sullana durante el periodo 2013-2015. 			<p>O</p> <p>M: gestantes de 13 a 45 años</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

PRINCIPIOS ÉTICOS

Aspectos bioéticos 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 solicitara el consentimiento informado a las gestantes que acepten participar en el estudio asegurando confidencialidad y anonimato.

V. RESULTADOS

TABLA N° 01

Prevalencia de la Violencia en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo Durante el Período 2013_2015.

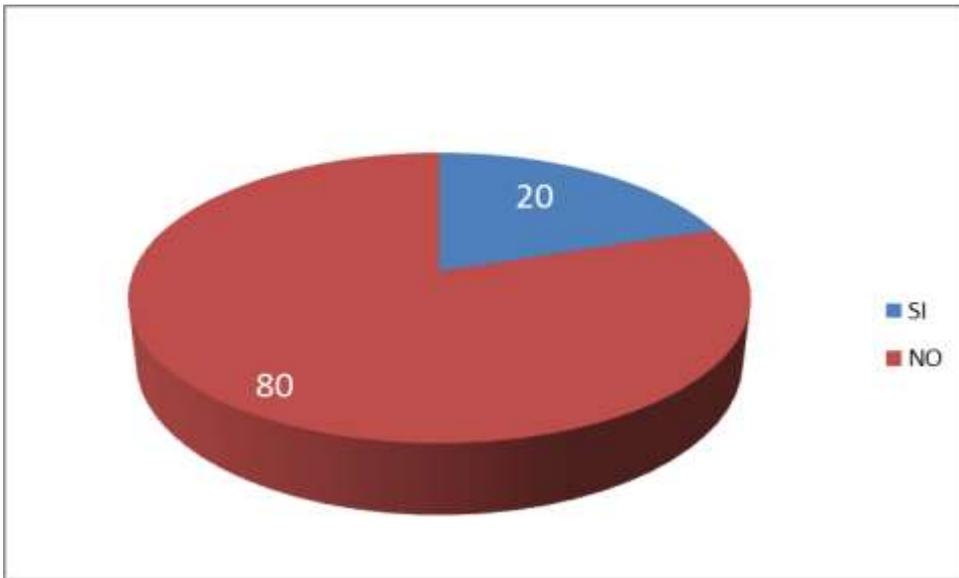
VIOLENCIA	TOTAL	
	N°	%
SI	26	20%
NO	104	80%
TOTAL	130	100%

Fuente: Encuesta aplicada a mujeres gestantes el 2013.

En la tabla N° 01 podemos observar que el 20% de mujeres gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo han sufrido violencia.

GRÁFICO N° 01

Distribución Porcentual de Violencia en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo Durante el Período 2013_2015.



Fuente: tabla N° 01.

TABLA N° 02

Prevalencia de Violencia según edad, en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo Durante el Período 2013_2015.

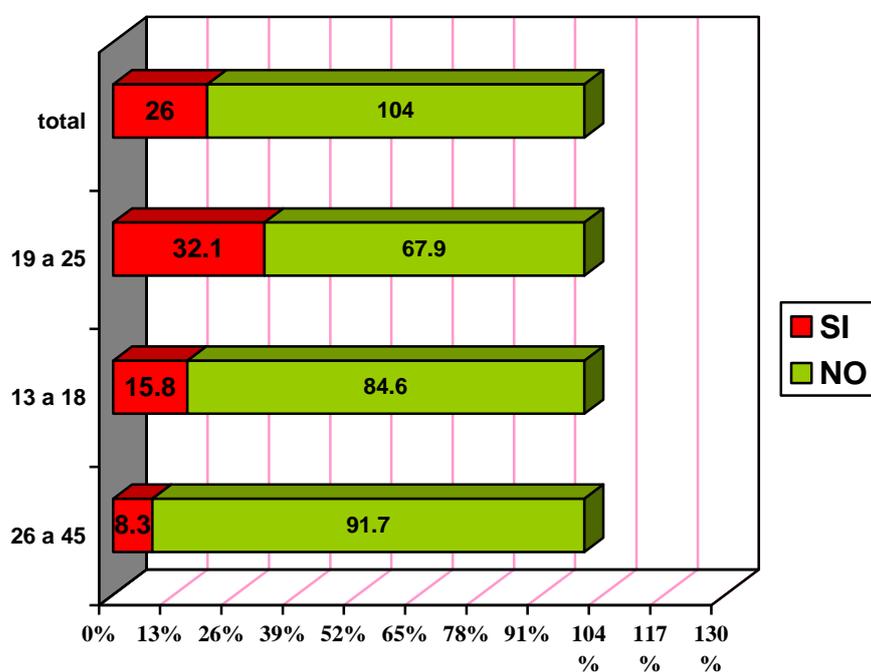
PREVALENCIA DE V. SEGÚN EDAD						TOTAL	
Edad		SI	%	NO	%		
Juventud	(19 - 25 años)	18	32.1%	38	67.9%	56	100%
Adolescencia	(13 – 18 años)	4	15.4%	22	84.6%	26	100%
Adultez	(26 - 45 años)	4	8.3%	44	91.7%	48	100%
Total		26	20%	104	80 %	130	100%

Fuente: Encuesta Aplicada a Gestantes el 2013.

En la tabla N° 02 Podemos observar que la prevalencia en mujeres gestantes jóvenes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo es de 32.1% han sufrido violencia.

GRÁFICO N° 02

Distribución Porcentual de Violencia según edad, en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo Durante el Período 2013_2015.



Fuente: tabla N° 02.

TABLA N° 03.

Prevalencia de Violencia Según Estado Civil en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo Durante el Período 2013_2015.

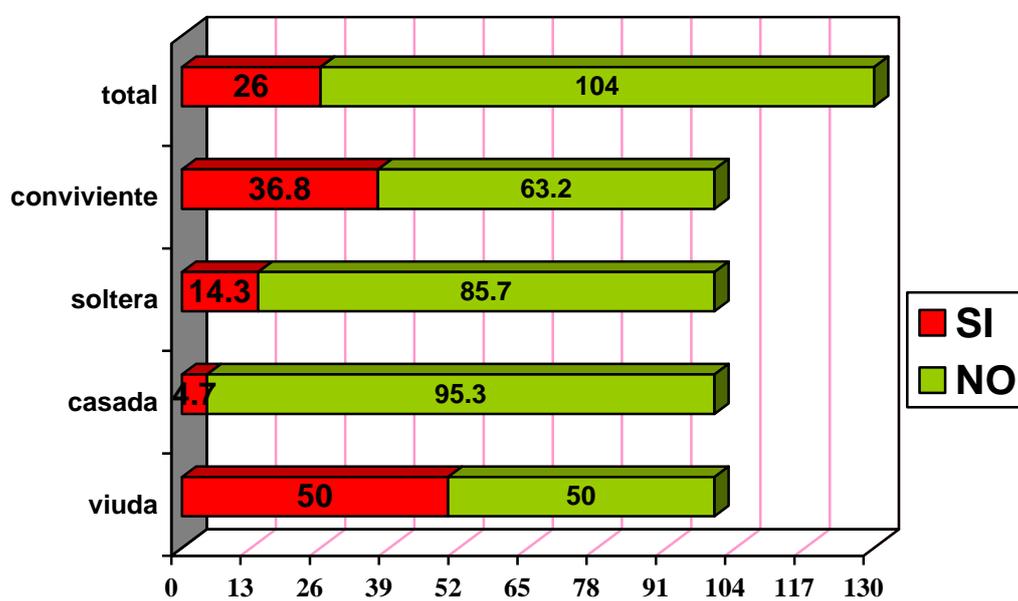
<i>ESTADO CIVIL</i>					<i>TOTAL</i>	
	SI	%	NO	%		
<i>Conviviente</i>	21	36.8%	36	63.2%	57	100%
<i>Casada</i>	3	4.7%	61	95.3%	64	100%
<i>Viuda</i>	1	50%	1	50%	2	100%
<i>Total</i>	26	20%	104	80%	130	100%

Fuente: Encuesta Aplicada a Gestantes el 2013.

En la Tabla N° 03 Podemos observar que la Prevalencia de Violencia Según el Estado Civil en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo es de 36.8% en convivientes.

GRÁFICO N° 03

Distribución Porcentual de Violencia Según Estado Civil en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.



Fuente: tabla N° 03.

TABLA N° 04

Prevalencia de Violencia Según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.

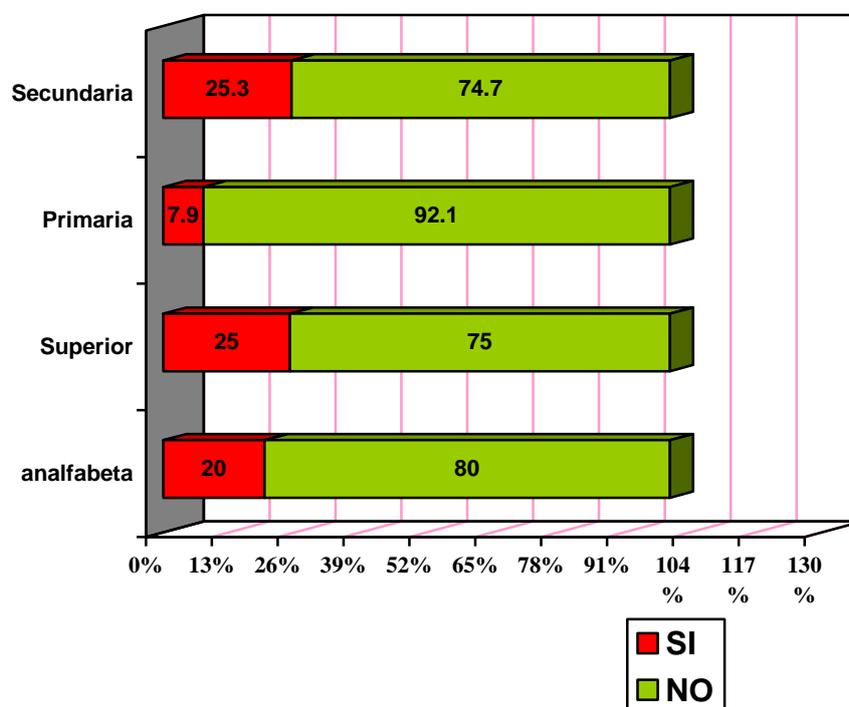
NIVEL EDUCATIVO					TOTAL	
	SI	%	NO	%		
SECUNDARIA	21	25.3%	62	74.7%	83	100%
PRIMARIA	3	7.9%	35	92.1%	38	100%
SUPERIOR	1	25%	3	75%	4	100%
ANALFABETA	1	20%	4	80%	5	100%
Total	26	20%	104	80%	130	100%

Fuente: Encuesta Aplicada a Gestantes el 2013.

En la Tabla N° 04 Podemos observar que la Prevalencia de Violencia Según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo, el 25.3% con Secundaria.

GRÁFICO N° 04

Distribución Porcentual de Violencia Según Nivel Educativo en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.



Fuente: tabla N° 04.

TABLA N° 05

Prevalencia de Violencia Según Procedencia en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.

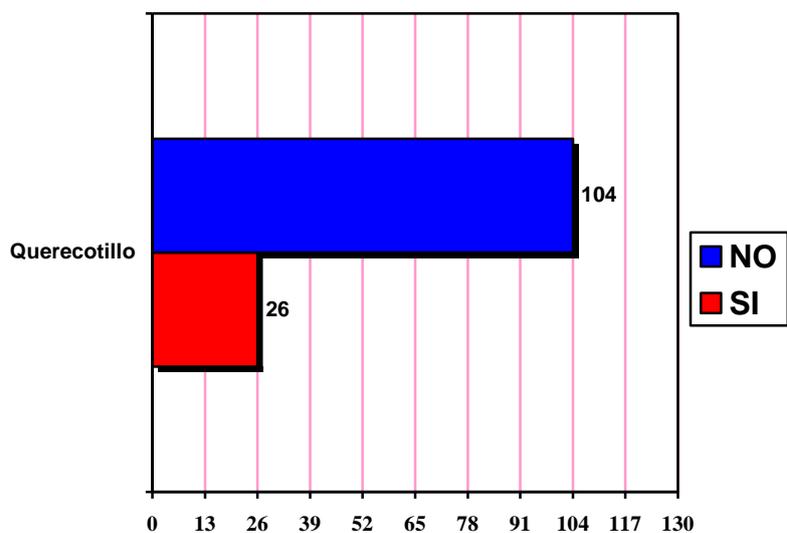
PROCEDENCIA	SI	%	NO	%	TOTAL
QUERECOTILLO	26	20%	104	80%	130 100%

Fuente: Encuesta Aplicada a Gestantes el 2013.

En la tabla N° 05 El porcentaje de Procedencia de las Gestantes Violentadas de Querecotillo es 20%.

GRÁFICO N° 05

Distribución Porcentual de la Violencia Según Procedencia en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.



Fuente: tabla N°05.

TABLA N° 06

Prevalencia de Violencia Según Ocupación en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2014.

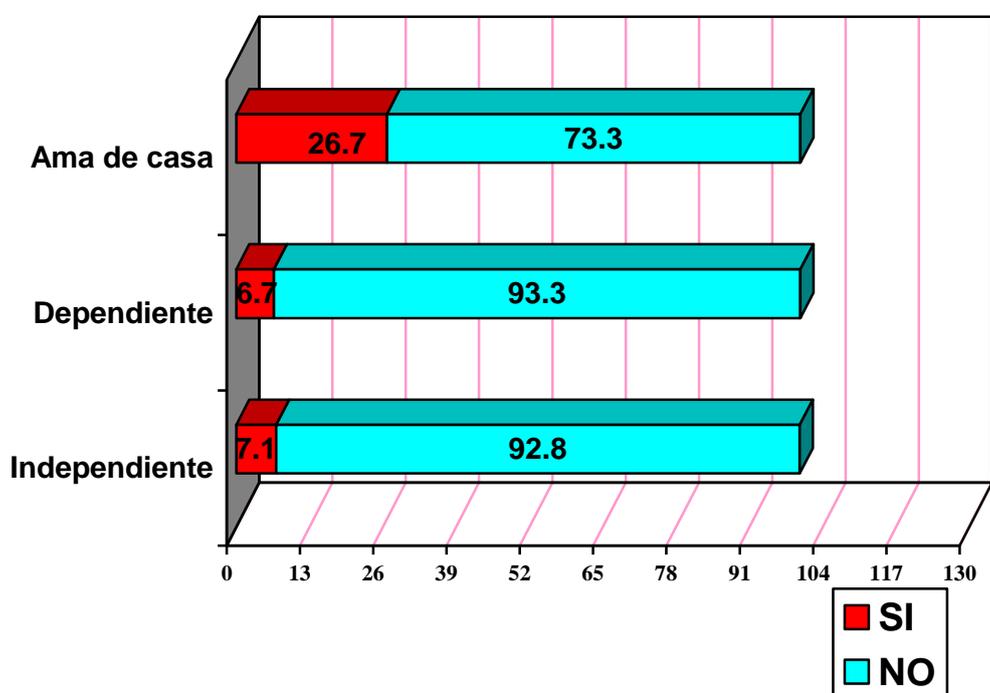
<i>OCUPACION</i>	<i>SI</i>	<i>%</i>	<i>NO</i>	<i>%</i>		
<i>AMA DE CASA</i>	23	26.7%	63	73.3%	86	100%
<i>DEPENDIENTE</i>	2	6.7%	28	93.3%	30	100%
<i>INDEPENDIENTE</i>	1	7.1%	13	92.8%	14	100%
<i>TOTAL</i>	26	20%	104	80%	130	100%

Fuente: Encuesta Aplicada a Gestantes el 2013.

En la Tabla N° 06 Podemos observar que la Prevalencia de Violencia en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo Según su Ocupación, el 26.7% fueron amas de casa.

GRÁFICO N° 06

Distribución Porcentual de la Violencia Según su Ocupación en Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.



Fuente: tabla N° 06.

TABLA N° 07

Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.

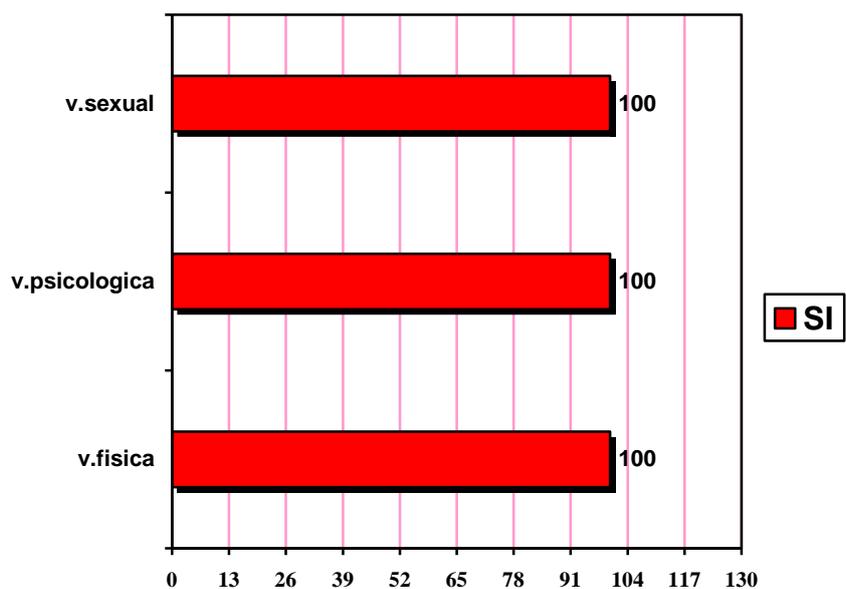
TIPOS DE VIOLENCIA					TOTAL	
	SI	%	NO	%		
V. FISICA	26	100%	0	0%	26	100%
V. PSICOLOGICA	26	100%	0	0%	26	100%
V. SEXUAL	26	100%	0	0%	26	100%

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes 2013.

En la Tabla N° 07 Podemos observar que de las 130 mujeres gestantes encuestadas, que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo, las 26 han sufrido Violencia Física, psicológica y sexual.

GRÁFICO N° 07

Distribución Porcentual de Tipos de Violencia más Frecuentes en las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.



Fuente: tabla N° 07.

TABLA N°08

Prácticas Asumidas ante la Violencia Sufrida por las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.

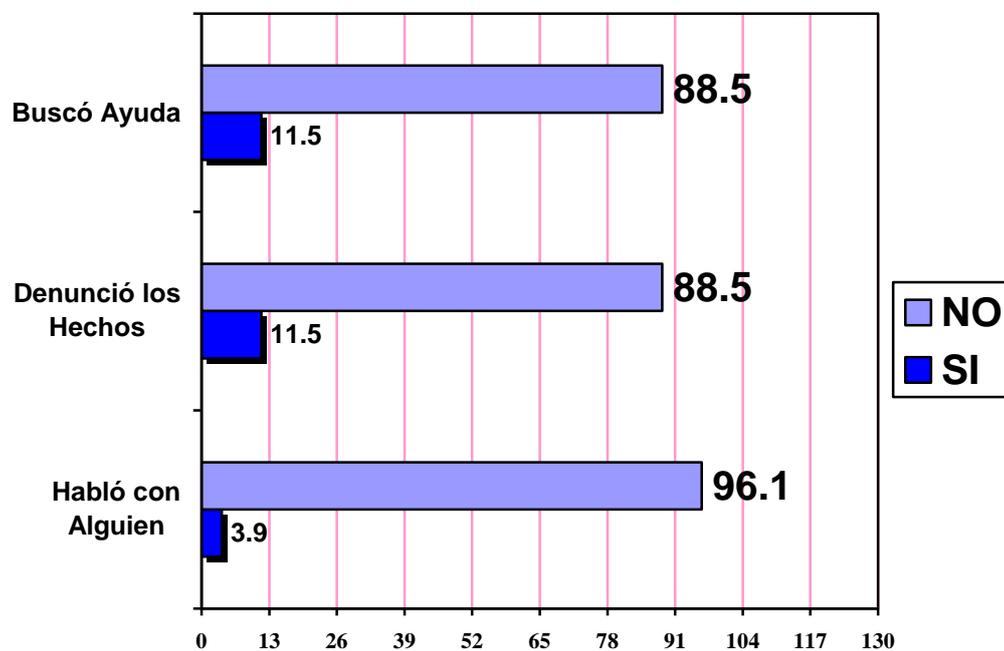
TIPOS DE VIOLENCIA	SI	%	NO	%
BUSCÓ AYUDA	3	11.5%	23	88.5 %
DENUNCIÓ LOS HECHOS	3	11.5%	23	88.5 %
HABLÓ CON ALGUIÉN	1	3.9	25	96.1 %

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes el 2013.

En la Tabla N° 08 Podemos observar que la Violencia Sufrida por las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo, el 11.5% buscó ayuda, el 11.5% denunció los hechos y el 3.9% habló con alguien.

GRÁFICO N°08

Distribución Porcentual de Prácticas Asumidas ante la Violencia Sufrida por las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.



Fuente: tabla N° 08.

TABLA N°09:

Consecuencias de Violencia en la Vida de las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.

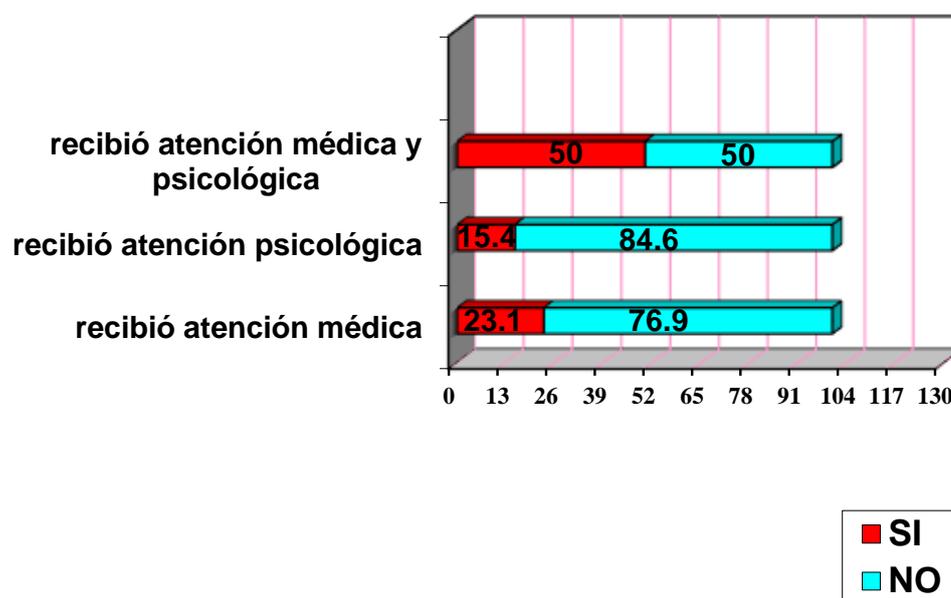
CONSECUENCIAS	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Recibió Atención Médica y Psicológica	13	50%	13	50%	26	100%
Recibió Atención Médica	6	23,1%	20	76,9%	26	100%
Recibió Atención Psicológica	4	15,4%	22	84,6%	26	100%

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes el 2013.

En la Tabla N° 09 podemos observar que la Violencia en la Vida de las Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo, recibieron atención médica y psicológica el 50%, han necesitado atención médica el 23,1% y han necesitado atención psicológica el 15.4%.

GRÁFICO N°09

Distribución porcentual de las Consecuencias de Violencia en la Vida de Mujeres Gestantes que Acuden al Centro de Salud de Querecotillo durante el período 2013_2015.



Fuente: tabla N° 09.

4.1. 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. 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.

Por tal motivo, los resultados sobre la violencia contra las embarazadas obtenidos en la presente investigación del centro de Salud de Querecotillo; de 130 mujeres encuestadas **la prevalencia fue 20% de violencia en el embarazo**

La violencia según edad, en la presente investigación encontramos mayor violencia en gestantes entre las edades 19-25 años (32.1%) en comparación de la investigación de Tortosa. M. México .2009. (23) en donde encontró mayor prevalencia entre los 21 y 30 años (57%). Refirieron violencia física en el 82% de los casos, combinado con abuso sexual el 15%. En la investigación de Lam, N Lima Perú. 2010 (8) El mayor promedio de edad de violentadas fue entre un rango entre 19 a 32 años con un 44.4%.

Según el estado civil en las gestantes que sufren mayor prevalencia de violencia son las Convivientes con un porcentaje de 36.8%, a diferencia con la investigación de Castro R, Casique I México 2009. (24) Los factores asociados significativamente a la violencia de pareja en las mujeres embarazadas fueron ser soltera (95%), vivir en unión libre (95%). Encontrando también semejanza en la investigación de Lam.N, Contreras. H, Mori. E, Hinostroza. W, Hinostroza. R, Torrejón. E, Coaquira. E, Hinostroza W. Lima 2010. (25) que encontró un 81.1% compartía techo de vivencia con su pareja (casadas/convivientes).

Según su Nivel Educativo la prevalencia en las gestantes que sufren violencias es similar tanto en secundaria con un: 25.3 %, superior 25%, analfabetas: 20%, similar a la investigación de Cepeda, A; Morales, F; Henales, M; Mèndez, S México 2011. (6). que refiere que la escolaridad materna se ubica predominantemente en el nivel secundaria (43.2%) y preparatoria (37.6%). También en la investigación de Marlana. D, Salvatierra. A, San Juan de Lurigancho 2011. (26) 56.9% alcanzó el nivel de instrucción de secundaria incompleta.

Según la prevalencia de las mujeres violentadas por su procedencia de Querecotillo con un 20% .

La prevalencia de violencia según ocupación resultando en la investigación mayor incidencia en las mujeres amas de casa con 26.7%, independientes 7.1%, dependientes 6.7%. Similar a los resultados de la investigación Cepeda, A; Morales, F; Henales, M; Mèndez, S. México 2011. (6) donde la ocupación predominante entre las mujeres fue el hogar, con un 71.2% y un porcentaje de desempleo del 0.8%, también Castro, R. Ruiz. A. México; 2009. (4)

Del total de las mujeres entrevistadas, el 88% reportó estar dedicada a las labores del hogar, mientras que sólo el 5% reportó contar con algún tipo de trabajo formal; parecido también con los resultados de la investigación de Lam. N, Contreras. H, Mori. E, Hinostroza. W, Hinostroza. R, Torrejón. E, Coaquira. E, Hinostroza W. Lima 2010. (25) Siete de cada diez gestantes (69.1%) se dedicaban exclusivamente a labores domésticas. 36.8% era primigesta.

En tipos de violencia encontrados en la investigación tubo mayor incidencia la violencia psicológica, violencia física y violencia sexual con 100%. Encontrando diferencias con la investigación de Pámanes, V México 2007. (29) donde hubo mayor incidencia en 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”).

Comparando con la investigación de López. M. Lima 2006 (30) 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. En comparación con la investigación de Marlena. D, Salvatierra. A, San Juan de Lurigancho 2011. (26) 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 las prácticas asumidas ante la violencia sufrida por las mujeres gestantes en la investigación tubo mayor prevalencia las mujeres que buscaron ayuda 11.5%, e igual con las que denunciaron los hechos 11.5% y el 3.9% habló con alguien, diferente con la investigación de Vega G, Hidalgo D, Toro J. Venezuela 2012. (31). Que 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. Gúezmes, A. Palomino, N. Ramos. M Lima 2005 (28) de 30% de las mujeres denunciaron.

Las consecuencias de Violencia en la Vida de las Mujeres gestantes en la investigación hubo un mayor prevalencia en atención médica y psicológica 50%, Siguiendo la médica con un 23.1% y psicológica con 15.4% comparando con la investigación de Ramos R, Barriga J, Pérez J, México 2009 (32) De las 333 mujeres que incurrieron en maltrato fetal necesitando atención médica, la forma más frecuente fue el control prenatal inadecuado en 284 (69.7%) casos, seguido por el consumo de drogas en 100 (24.5%) y agresión física a la mujer embarazada en 23 (5.6%). Un grupo de 69 mujeres (20.7%) realizó combinaciones de las diferentes formas de maltrato fetal. Lam.N, Contreras. H, Mori. E, Hinostroza. W, Hinostroza. R, Torrejón. E, Coaquira. E, Hinostroza W. Lima 2010. (25) 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 75%.

CONCLUSIONES:

Se concluye que de las 130 gestantes encuestadas, el 20% fueron violentadas.

Según la edad como factor asociado a la prevalencia de la violencia durante la gestación, se encontró que las jóvenes fueron las más violentadas con un 32.1%, Según el estado civil, la prevalencia mayor fue en gestantes jóvenes con un 32.1 % y las convivientes con un 36.8%. Según el nivel educativo la mayor prevalencia lo tuvieron las gestantes con educación secundaria con un 25.3%. Según ocupación se presentó en gestantes amas de casa con un 26.7%.

Según los tipos de violencia más frecuente sufrido por las mujeres gestantes se encontró violencia física, psicológica y sexual, el 100%.

Según practicas asumidas por las mujeres gestantes que sufrieron violencia durante el embarazo, el 11.5% buscó ayuda, el 11.5% denunció los hechos y el 3.9% habló con alguien.

Según consecuencias de las mujeres gestantes que sufrieron violencia durante el embarazo, recibieron atención médica y psicológica el 50%, han necesitado atención médica el 23,1% y han necesitado atención psicológica el 15.4%.

V. RECOMENDACIONES

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

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

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

Informar a la población en general sobre los recursos con los que cuentan a nivel gubernamental, social y de salud para la atención de violencia contra la gestante.

VI. Referencias bibliográficas:

1. Távara, L; Orderique L; Zegarra, T; Huamaní, S; Espinoza, F; Chumbe, O; Delgado, J; guzmán, O. Repercusiones Maternas y Perinatales de la Violencia basada en género. Rev Per Ginecol Obstet. Pública. [serie en Internet]. 2007 Enr. [citado 12 Nov. 2013]. 53(1); 10-17.
2. Vela, E; Pública. [serie en Internet]. Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino atendidas en el HONADOMANI, San Bartolomé en el periodo octubre 2007-enero 2008 Enr 2002. [citado 12 Nov. 2013]. 50(1); 13-50.
3. Vega G, Hidalgo D, Toro Merlo J. Violencia basada en género desde la perspectiva médica. [base de datos en Internet]. Venezuela: LILACS. c2011 – [citado 16 Mar 2015]. Disponible en:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&Lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=659241&indexSearch=ID>
4. Suárez J, Gutiérrez M, Lorenzo B, Problemática de la muerte materna en Villa Clara; Rev Cubana Obstet Ginecol [online]. Ener- mar 2012; vol.38; n.1; pp. 28-35. ISSN 0138-600X; disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100004
5. Perez P, barrera A, García S; Prevalencia del riesgo biopsicosocial prenatal de las gestantes que asistieron a control prenatal durante el año 2008 en 3 hospitales de la Sabana de Bogotá, universidad de la sabana, disponible en:
<http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/handle/10818/1330>

6. Gualpa E, Siguenza C; Conocimientos actitudes y prácticas sobre el control prenatal, embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga; mayo- julio 2012; disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4078>
7. Cepeda A Morales F, Henales M, Méndez S; Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo; Abril-Junio; Perinatal Reprod Hum 2011; 25 (2): 81-87; disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip112d.pdf>
8. Cuevas, S; Blanco, Y; Juárez, C; Palma, O; Vásquez, R; Violencia y embarazo en usuarias del sector salud. Salud pública de México [serie en Internet] 2006 Agst [citado 04 Jul 2013]; 48(1); 239-655. Disponible en: <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v48s2/31380.pdf>
9. Ochoa J, Obsterica Ginecología Planificación Familiar Embarazo Adolescentes Sexualidad, Ecuador, Octubre 2014.
10. Alemán M, Vernaz D, Tilli G, Mazur V, Sammartino B, Marconi A, Pannia K, Antman J. Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en ciudad de buenos aires, rev salud pública, Buenos Aires 2010.
11. Lam, N Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Revista Peruana de Epidemiología. [serie en Internet] 2010 Dic [citado 04 jul 2013]; 14(3) 193-200 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2031/203119676005.pdf>

12. Luquin A; Miranda A; Violencia de género durante la gestación y su repercusión en el parto y el recién nacido. Hospital María Auxiliadora, marzo, 2009; Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza; [serie en internet] ; ** 2009 [citado 29 Jun 2012] ; 1(1): 1-2 Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1816-77132009000100006&script=sci_arttext
13. Pacora P, De la violencia contra la mujer en el embarazo a la construcción de una familia saludable, Unidad de Post Grado- Facultad de Medicina UNMSM, lima 2010.
14. Mascaró P, García- S y Munares Ó. Violencia basada en género en zonas urbanas y urbano-marginales de Lima y Callao, 2007 - 2010. An. Fac. med.[online]. 2012, vol.73, n.2, pp. 127-133. ISSN 1025-5583.
15. Vela, E Influencia de la Violencia Basada en Género en Mujeres con Parto Pre término. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom097b.pdf>
16. Güezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en Lima: Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán," Universidad Peruana Cayetano Heredia, [Tesis Doctoral]. Perú. 2007.
17. Correa M. Segunda L. La violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo y su relación con el peso del recién nacido en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. [Tesis Doctoral]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana; 2007. Disponible desde: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/correa_lm/pdf/correa.lm.pdf.

18. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W; Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *An. Fac. med.* [online]. 2009, vol.70, n.2, pp. 115-118. ISSN 1025-5583. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832009000200006&script=sci_arttext
19. García, M; Vega, J; “Vivencias del embarazo adolescente: cuidados y reconocimiento de riesgo, en gestantes y puérperas adolescentes, su pareja o familiar de influencia en las decisiones y redes comunitarias. en Sullana y la ciudad de ayabaca.2007”
20. Véanse Heise, L., Pitanguy, J., Germain, A. (1994); Heise, L.L., en Koblinsky, M., Timyan, J., Gay, J., eds. (1993); Resnick, H.S., Acierno, R., Kilpatrick, D.G. (1997): Violencia contra la mujer y las consecuencias.
21. Campbell 1985; Koss 1990, Ellsberg 1997 violencia doméstica.
22. Richters 1994 Escala de Tácticas de Conflicto y el Índice del Abuso de la Esposa; concretamente, una versión modificada de la CTS se utiliza cada vez más en las investigaciones llevadas a cabo en los países en desarrollo.
23. Prasad 1999. Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS (velzebom@paho.org).
24. García Moreno, C Violencia en la mujer-Genero y equidad en la salud. M.V. Fénix E.I.R.L.
25. 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>

26. Mèndez, P; Hernández, M; Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico. Salud Pública de México.[serie en Internet] 2003.Nov [citado 04 jul 2012]; 45(1), 14-60 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342003000600007&script=sci_arttext
27. Moreno, C. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. [serie en Internet] Jun. 2001 [citado 24 Jul 2013] 3 (4); 36 -41; disponible en : <http://www.paho.org/english/DPM/GPP/GH/Moreno.pdf>.
28. Herrero, C; Agoff, C, Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de saludable la violencia contra las mujeres en México; salud pública de México; [serie en Internet] 2006; May, [citado 24 Jul. 2013] 48(1) 259-267 disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31382.pdf>
29. Ruíz I, Violencia contra la mujer y salud; [serie en internet] ** 2012 [citado 25 Agt. 2013]; 13(3): 4-6 Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf.
23. Tortosa. M, la violencia está en auge. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [serie en Internet] 2009. Jun; [Citado 04 jul 2014] 21:97-192 Disponible en: http://scholar.google.es/scholar?start=20&q=violencia+en+mujeres+gestantes&hl=es&as_sdt=0
24. 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 2009; [Citado 04 jul 2014] 87; 44-98, disponible en: http://www.cepal.cl/publicaciones/xml/1/36501/lcg2405-P_2.p
25. Lam.N, Contreras. H, Mori. E, Hinostroza. W, Hinostroza. R, Torrejón. E,

Coaquira. E, Hinostraza W. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres Gestantes. Revista Peruana de Epidemiología. Perú. [Serie en Internet] 2010; Dic, [Citado 24 Jul 2014] 48(14) 01-08 disponible en:
<http://dialnet.uniorija.es>

26. Marlena. D, Salvatierra. A, Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en Gestantes adolescentes. Hospital san Juan de Lurigancho periodo diciembre [serie En Internet] Febr, 2011; [citado 24 Jul 2014] 48(1) 259-267 disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3070/3/lopez_cm.pdf

27. Muñoz M, Oliva P, los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente, rev chil obstet ginecol, [serie internet], Mar 2009; [Citado 04 jul 2014] 74(5): 281 – 285, disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n5/art03.pdf>

80

28. Güezmes, A. Palomino, N. Ramos. M. Derechos humanos de las mujeres Violencia familiar / violencia sexual / aborto /Derechos reproductivos / derechos Sexuales. Lima [serie en Internet] Febr, 2005; [citado 4 Jul 2014] 48(1) 259-267 Disponible en:
<http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/4206/1/BVCI0003585.pdf>

39. Pámanes, V México 2007. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. [Serie en Internet] 2006 Agost [citado 04 Jul 2014]; 48(1); 582-590. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n4/5821.pdf>

30. López. M, Violencia intrafamiliar como factor de riesgo. Tesis de la facultad de medicina. Lima; [serie en Internet] 2006; May, [citado 24 Jul 2012] 48(1) 259-267 Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3070/3/lopez_cm.pdf

31. 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 2014] 71(2):88-97 Disponible en:
<http://www.sogvzla.org/ROGV/2011Vol71N2.pdf#page=20>

32. Ramos, Y; Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. Ginecol Obstet Mex. [Serie en Internet] 2009 Jul [citado 04 jul 2014]; 77(7):311-600 Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom097b.pdf>

VIII. ANEXOS:

8.1 ENCUESTA SOBRE VIOLENCIA EN EL EMBARAZO

Código:.....	9. Escolaridad
1. Esta usted embarazada	9.1. Analfabeta
a.- si () b.- no()	9.2. Primaria
2. Cuantos meses de embarazo	9.3. Secundaria
tiene actualmente.....	9.4 Superior y más
3. Cuantos hijos tiene	10. Estado civil:
a.- ninguno ()	10.1. soltera
b.- uno ()	10.2. conviviente
c.- dos a mas ()	10.3. casada
4. Alguna vez antes de su	10.4. viuda
embarazo le han golpeado,	11. Número de Abortos ()
insultado, obligado a tener	12. Número de Partos Prematuros
relaciones sexuales si () no()	().
5. Durante su último embarazo le	13. Antecedentes de maltrato en
han golpeado. Insultado,	su niñez
obligado a tener relaciones	13.1. casi siempre
sexuales Si () No ()	13.2. Ocasionalmente
6. Edad.....	13.3. No le pegaban
7. Procedencia.....	14. Ingreso Económico:
8. Ocupación:	14.1. no tiene ingreso personal
8.1. ama de casa	14.2.- gana menos que la pareja
8.2. independiente	14.3.- gana igual que la pareja
8.3. dependiente	14.4.- gana más que la pareja

Nª	ITEMS	Desacuerdo total	Poco desacuerdo	intermedia	acuerdo	Totalmente de acuerdo
	Quién le agrede es su esposo/pareja					
	Quien le agrede es un familiar varón					
	Quien le agrede es un familiar mujer					
1.-	Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?					
	¿Le ha golpeado con el puño o la mano?					
	¿Le ha golpeado con el cinturón u objeto doméstico?					
	¿Le ha empujado intencionalmente?					
	¿Le ha pateado?					
	¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?					
	¿Le ha amenazado con matarla, matarse o matar a los niños?					
	¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?					
	¿Le ha torcido el brazo?					
	¿Le ha disparado con una pistola o rifle?					
	¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?					
2.-	¿Le ha amenazado con golpearla?					
	¿Se ha puesto a golpear o patear la pared o mueble?					
	¿Le ha hecho sentir miedo de él?					

	¿Le ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete?					
	¿Le ha amenazado con pistola o rifle?					
	¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?					
	¿Le ha insultado?					
	¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?					
	¿Le ha destruido alguna de sus cosas?					
	¿Le ha rebajado o menospreciado?					
	¿Le ha controlado con no darle dinero o quitárselo?					
	¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas					
	¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?					
	¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que salga?					
	¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que vea a sus amigas/familiares?					
	¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que trabaje					
	¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que continúe estudiando?					
	¿Alguna vez su pareja ha destruido cosas que para usted eran muy preciadas?					
	¿Alguna vez su pareja ha amenazado o maltratado a sus hijos					
	¿Alguna vez su pareja ha amenazado o maltratado a otras personas cercanas a usted?					
3.-	¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?					
	¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?					

	¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?					
	¿Alguna vez su pareja la ha forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no quería?					
	¿La obliga a llevar a cabo prácticas sexuales que la hacen sentir incómoda?					
4.-	Estas agresiones se daban antes de su embarazo					
	Estas agresiones se han dado cuando inicio su embarazo					
	Estas agresiones se han dado antes y después del embarazo					
5.-	Usted ha buscado ayuda					
	Usted hablo con alguien sobre estos hechos					
	Usted denunció estos hechos					
	Usted ha recibido ayuda ante estos hechos					
	Usted ha necesitado atención medica por la violencia					
	Usted ha necesitado atención sicológica por la violencia					
	Usted recibió atención médica y sicológica					

8.2. 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

8.3. Financiamiento

CUADRO DE PRESUPUESTO – BIENES Y SEVICIOS

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

8.4. Cronograma de Actividades:

AÑO	2013	2014	2015
RECOJO E INGRESO DE INFORMACIÓN			
REDACCIÓN DEL INFORME FINAL			
PRESENTACIÓN DE INFORME FINAL Y SUSTENTACIÓN FINAL			

8.5. Mapa de la zona de Investigación

