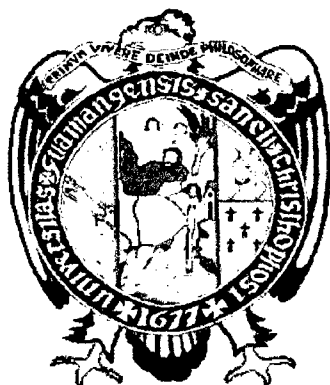


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE OBSTETRICIA

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



**CONSECUENCIAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DE
GÉNERO EN GESTANTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE
GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO,
NOVIEMBRE 2013 A FEBRERO 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

PRESENTADO POR:

Bach. SULCA ENRIQUEZ, Zulma Edith

Bach. VEGA ARANGO, Maybi Zuly

ASESORA:

VEGA GUEVARA, Rosa María

AYACUCHO – PERÚ

2014

A Dios por darme la oportunidad de vivir esta etapa de mi vida y darme las fuerzas de seguir siempre adelante.

A mis abuelos Julia y Jacinto, que con la sabiduría de Dios me han enseñado a ser quien soy hoy. Gracias por enseñarme en el camino de la vida, por sus consejos, gracias por llevarme en sus oraciones.

A mi madre Sabina, por ser la amiga y compañera que me ha ayudado a crecer, Gracias por estar siempre conmigo en todo momento, y por tu amor incondicional.

A mi padre Alejandro por ser mi guía y mi fortaleza para seguir siempre adelante.

A mis hermanos y sobrinos por su cariño y apoyo incondicional.

A mis amigos Willy, Gabriela, Norma, Nélida, Elia, Maybi y Nery que siempre estuvieron conmigo.

Zulma...

Con inmenso amor y eterna gratitud a Dios, quien me ha dado fuerza para continuar cuando a punto de caer he estado, por su amor, consideración y bondad.

A mi Madre quien es el pilar más importante de mi vida, por su comprensión, amor y apoyo incondicional por darme fuerzas y valor en los momentos más difíciles

A mi Padre por su confianza, apoyo Incondicional, por ser ejemplo de superación y fortaleza.

A mi hermana por su comprensión y buenos deseos para mi futuro.

A mis amigos Yesenia, Jorge, y Zulma por sus buenos deseos y porque siempre estuvieron conmigo.

Maybi...

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, forjadora de profesionales competentes.

A la Facultad de Obstetricia y a su plana docente, por sus enseñanzas durante nuestra Formación Profesional.

A la asesora: Mag. Rosa María Vega Guevara, por sus orientaciones, aportes, sugerencia y paciencia durante el desarrollo de la presente investigación.

Al Hospital Regional de Ayacucho, por las facilidades para acceder a la muestra en estudio.

A las madres gestantes con y sin violencia de género que aceptaron participar en la investigación.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA -----	14
1.3.OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN -----	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL -----	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS -----	15

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.ANTECEDENTES DEL ESTUDIO -----	16
2.2.BASE TEÓRICA CIENTÍFICA -----	23
2.2.1. VIOLENCIA -----	23
2.2.2. GÉNERO -----	23
2.2.3. VIOLENCIA DE GÉNERO -----	24
2.2.4. TIPOS DE VIOLENCIA -----	27
- VIOLENCIA PSICOLÓGICA	
- VIOLENCIA FÍSICA	
- VIOLENCIA SEXUAL	
2.2.5. CICLO DE LA VIOLENCIA -----	30
2.2.6. VIOLENCIA DE GÉNERO Y EMBARAZO -----	32
2.2.7. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO -----	32
- ABORTO	
- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	
- PARTO PRETERMINO	
- BAJA AUTOESTIMA	
- DEPRESIÓN	
- ANSIEDAD	

2.3.DEFINICIÓN DE TERMINOS OPERATIVOS -----	44
2.4.FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS -----	46
2.5.VARIABLES DE ESTUDIO -----	47

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO -----	48
3.2. MÉTODO DE ESTUDIO -----	48
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA -----	48
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS -----	49
3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS -----	50
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS -----	51

CAPITULO IV

RESULTADOS -----	52
4.1.CONCLUSIÓN -----	83
4.2.RECOMENDACIÓN -----	84
4.3.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA -----	85

ANEXO

INTRODUCCIÓN

La violencia ejercida contra la mujer es un fenómeno universal que persiste en todos los países del mundo. La violencia de género, en particular, continúa siendo terriblemente común y es aceptada como "normal" en demasiadas sociedades del mundo. Por esto, erradicar la pandemia de la violencia de género es el verdadero reto del siglo XXI.

La violencia de género es un problema de dimensiones importantes y generalizadas, que puede encontrarse en una amplia variedad de circunstancias. La OMS considera a la violencia como uno de los problemas de salud más importantes por su creciente incidencia y mortalidad; en este sentido la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA (prevención de la violencia - prioridad de salud pública), reconoció las graves consecuencias inmediatas y futuras que trae la violencia en el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los

países; declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo.

La revisión de un número seleccionado de encuestas de población, bien diseñadas, indican que entre el 20% y el 50% de las mujeres, notifican haber sido objeto de violencia física por parte de un compañero masculino íntimo, al menos una vez en sus vidas.

El Perú no es ajeno a esta realidad encontrando el 60% de mujeres violentadas en la zona urbana y el 40% en la zona rural, constituyendo estas cifras los índices más altos en todo el Mundo¹.

El problema se complejiza cuando la violencia se presenta durante el embarazo, insertándose ésta a un mayor riesgo de muerte materna, suicidios, trastornos ginecológicos, abortos espontáneos, partos pre términos entre otros que pueden ser determinantes².

La violencia durante el embarazo, por tanto, es una agresión que pone en peligro no solo una sino dos vidas. La mujer embarazada está en el riesgo de sufrir estrés, depresión, ansiedad, baja autoestima, aborto, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y otros; estos pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, durante el embarazo como después del parto.

1. Por ello, teniendo en cuenta las consideraciones mencionadas, encontramos importante y urgente realizar el presente trabajo de

investigación que tiene como objetivo conocer las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, y se obtuvieron los siguientes resultados: La frecuencia de la Violencia de género en el Hospital Regional de Ayacucho fue de 46.4%. El 48,1% de gestantes sufrieron violencia física y psicológica. La violencia de género en gestantes se asocia a consecuencias físicas como: aborto con 26.9%, amenaza de aborto 15.4%, desprendimiento prematuro de placenta 11.5% y parto pretérmino 13.5%; y las consecuencias psicológicas como: baja autoestima con 63.5% y depresión 80.8%. La violencia de género se presenta con mayor frecuencia en gestantes adultas con 44.2%, de grado de instrucción primaria 46,2%, de estado civil conviviente 61.5%, de procedencia urbana 38.5%, de paridad múltipara 55.8% y en el primer trimestre del embarazo con un 46.2%.

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante mucho tiempo nos hemos encontrado con problemas sociales que son recurrentes y que no son nada nuevos. Aunque parezca extraño, desde tiempos remotos, dan cuenta de la magnitud de violencia contra la mujer. Aparte a nivel mundial los estados del mundo, firmaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos, pero poco se ha avanzado en erradicar esta flagrante violación a estos derechos humanos¹.

La violencia de género es un problema de salud pública que afecta a las mujeres, principalmente durante el embarazo. Constituye una realidad trágica en la que viven millones de mujeres en el ámbito mundial¹.

La Organización de Naciones Unidas fue el primer organismo que reparó en

la gravedad de este hecho, reconociendo que es un crimen encubierto más frecuente del mundo. En 1996, en su informe para los Derechos de la Mujer, reporta que: "violencia de género contra la mujer es similar a la tortura y debe ser legalmente penalizada"².

La etiología de la violencia es compleja, responde a una realidad cultural simbolizada por el machismo; es decir, el dominio del varón sobre la mujer. Esta situación no se circunscribe a una determinada cultura, porque representa un problema generalizado a escala nacional e internacional².

En América Latina las mujeres son víctimas de violencia en todas las etapas de su ciclo vital, especialmente en la edad adulta, cuando forman pareja y familia. Es así que el 62.3% de los casos de violencia corresponde a mujeres adultas embarazadas de 26 a 59 años, el 19.8% de los casos a mujeres jóvenes embarazadas de 18 a 25 años, 15.3% de los casos a niñas y adolescentes embarazadas, mientras que el 2.6% a mujeres adultas mayores embarazadas. América Latina es la segunda región con los índices más altos de muertes de mujeres por violencia tanto en el ámbito rural como en el urbano y alrededor de la mitad de las muertes de las mujeres en el mundo es responsabilidad de sus esposos, cónyuges, novios, convivientes, ex convivientes y enamorados³.

Más de la mitad del grupo de mujeres maltratadas reportó haber sido violentadas en el año anterior al embarazo, lo cual confirma que el antecedente del maltrato es un factor de riesgo para la continuación de la

violencia durante la gestación, con consecuencias físicas y psicológicas que incrementan la morbi - mortalidad en las gestantes³.

Flora Tristán reporta que el 42.3% de las mujeres en el Perú señalan haber sufrido violencia física alguna vez en la vida por parte de su esposo o compañero, dándose mayormente en las mujeres viudas, divorciadas o separadas y siendo mayor en las mujeres del área urbana 54.1%. Reportó también que en Lima, el 51% de las mujeres mencionaron haber sufrido alguna vez violencia física o sexual por parte de su pareja; y en el departamento de Cusco llegaba al 69%. La prevalencia de violencia física durante el embarazo en Lima es del 14,8% y en Cusco de 27,6%⁴.

Por otro lado, en el Centro de Emergencia Mujer (CEM) de Kimbiri – Cusco (2012). El representante Stalin Quispe señaló: “Que de cada diez denuncias por maltrato presentadas en las comisarías, ocho denuncias son de mujeres gestantes maltratadas por su pareja”. Sostuvo que esta problemática ha avanzado mucho más que las medidas de prevención.

Así mismo la representante de (CEM) – Ayacucho (2013), Edith Ortiz refiere: “Que de un 100% de mujeres violentadas por su pareja, sólo acuden a denunciarlos un 25%, mientras que el 75% se encuentra sumida en el dolor sin buscar ayuda”. Señaló que a causa de esto se ve el incremento del embarazo no deseados en adolescentes, producto de violaciones sexuales y la mortalidad materna⁵.

La violencia durante el embarazo, por tanto, es una agresión que pone en peligro no sólo una vida, sino dos. En consecuencia la mujer embarazada está en riesgo de sufrir estrés, depresión, ansiedad, baja autoestima, aborto, ruptura prematura de membranas, parto pre término y otros. Sumándose a ellos la pérdida de interés de la madre en su salud y la de su hijo, durante el embarazo y después del parto.

Debido a la relevante incidencia de violencia de género contra las mujeres gestantes por parte de sus cónyuges, nos planteamos la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, durante los meses noviembre 2013 a febrero 2014?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. GENERAL

- Conocer las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, durante los meses noviembre 2013 a febrero 2014.

1.3.2. ESPECÍFICOS

- Identificar la frecuencia de la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.
- Identificar los tipos de violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.
- Identificar las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.
- Caracterizar a las gestantes con violencia de género que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Arcos Estela et al. (2003) "Impacto de la violencia doméstica y sexualidad en Chile". Objetivo: Evaluar los efectos de la violencia doméstica sobre las mujeres embarazadas las actitudes hacia las relaciones sexuales con sus parejas, y analizar críticamente la dependencia de estas variables en factores bio-sociodemográficas, nivel socioeconómico y el funcionamiento familiar Métodos: Sesenta y tres mujeres embarazadas con antecedentes de violencia doméstica (grupo casos) y 43 mujeres sin tales antecedentes (grupo control) fueron sometidos a una encuesta estructurada con preguntas acerca de las variables bio-sociodemográficas, socioeconómico estado, las relaciones familiares, las interacciones de pareja y preguntas sobre las actitudes hacia las relaciones sexuales. Resultados: La violencia doméstica,

fue causada por la pareja de la mujer o ex pareja en el 73% de los casos. Se observó una mayor disfunción familiar y la alteración en la relación de la pareja en el grupo índice ($p < 0,05$). Pruebas de asociación y análisis de correspondencia múltiple no mostraron una clara correspondencia entre las variables relacionadas con la actitud de la mujer hacia las relaciones sexuales y el riesgo de violencia doméstica⁶.

Castro Roberto et al. (2004) "Prevalencia y severidad de la violencia de género contra mujeres embarazadas en México". Objetivo: Determinar si el embarazo es un factor de riesgo o un factor de protección frente a la violencia, comparar la prevalencia y severidad de la violencia que sufren las mujeres embarazadas antes y durante el embarazo. Métodos: Encuesta realizada a una muestra de 468 mujeres atendidas en consulta prenatal en su tercer trimestre de embarazo por los servicios de la Secretaría de Salud del Estado de Morelos (México). Se exploró violencia emocional, física y sexual. Se construyó un índice para valorar la severidad. Se identificaron las variables más asociadas a la violencia durante el embarazo. Resultados: La prevalencia de violencia total no cambió significativamente antes y durante el embarazo (32%). La prevalencia de cada uno de los tres tipos de violencia se mantuvo así mismo sin cambios. El 27% de las mujeres que tuvieron violencia durante el embarazo no la tuvieron antes del mismo; una proporción equivalente tuvieron violencia antes del embarazo pero no durante el mismo. La severidad de la violencia emocional se incrementó significativamente

durante el embarazo (en comparación con el año previo), mientras que la severidad de la violencia física disminuyó. Variables asociadas a la violencia durante el embarazo: violencia en la infancia de la pareja; que la mujer haya presenciado violencia en casa durante su infancia; y violencia en el año previo al embarazo. Se presentan diversos escenarios de riesgo útiles para los prestadores de servicios. La violencia emocional durante el embarazo predomina por encima de la violencia física y sexual. Diferenciarlas contribuye a esclarecer la complejidad del fenómeno⁷.

Svetalana Vladislavovna et al. (2007) “Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México”. Objetivo: Analizar los factores relacionados a la violencia de pareja en mujeres embarazadas. Métodos: Se recolectó la información de 383 mujeres del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a control prenatal en cinco Unidades de Medicina Familiar en la Ciudad de México entre septiembre del 2006 y agosto del 2007. Ellas respondieron a un cuestionario de violencia elaborado específicamente para el estudio. Resultados: De las mujeres, 120 (31.1%) reportaron haber estado expuestas a la violencia psicológica y/o física, y/o sexual por parte de su pareja masculina durante el embarazo actual, el 10% reportaron violencia combinada y 21% violencia aislada. La violencia psicológica fue la más frecuentemente reportada (93% del grupo “había experimentado violencia”). Con relación a la percepción sobre la violencia no había diferencias significativas entre los grupos de mujeres con y sin

violencia. Solo alrededor de 20% de las mujeres tenían conocimiento sobre los lugares donde atienden a las víctimas de violencia. Los factores asociados significativamente a la violencia de pareja en las mujeres embarazadas fueron ser soltera, vivir en unión libre, antecedentes de violencia en la infancia y presencia de alteraciones emocionales. Los resultados refuerzan los hallazgos de otros estudios de que el problema de violencia en mujeres embarazadas en México sigue siendo un problema frecuente⁸.

Cuevas Sofía et al. (2007) "Violencia y embarazo en usuarias del Sector Salud en estados de alta marginación en México". Objetivo: Caracterizar la violencia de pareja e identificar los principales factores que se asocian a la violencia en el embarazo en cuatro estados de alta marginación en México. Métodos: La fuente de información fueron los datos de la Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres. Con base en ésta se realizó un estudio transversal, donde se incluyeron 1949 mujeres entre 15 y 50 años de edad, que alguna vez estuvieron embarazadas y que demandaron atención en los servicios de primer y segundo nivel de atención de la SSA, IMSS e ISSSTE de los estados de Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Chiapas durante el periodo noviembre 2006- marzo 2007. Mediante regresión logística simple y múltiple, se evaluó la asociación entre las variables de interés y la violencia en el embarazo. Resultados: 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; b) antecedentes de violencia en la niñez; c) antecedentes de abuso sexual antes de los 15 años y d) consumo diario de alcohol por la pareja⁹.

Caballero July et al. (2009) “Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2007 – 2009”. Objetivo: Estimar la prevalencia de vida de violencia psicológica (VP) contra la mujer por parte de su pareja en el Perú entre los años 2007 a 2009, así como los factores demográficos y socioeconómicos asociados. Metodología: Estudio transversal, se empleó la base de datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática entre 2007 y 2009. El diseño fue estratificado, multietápico e independiente para cada Departamento. La población objetivo fueron mujeres de 15 a 49 años que hayan tenido o tengan pareja. Del cuestionario aplicado, se analizaron las secciones de antecedentes y violencia doméstica. Se realizó un análisis descriptivo y se calculó el OR con intervalos de confianza al 95% para los factores potenciales de riesgo mediante análisis invariable. Resultados: La muestra estuvo constituida por 13724 mujeres con una edad media de

33.7±8.2 años. El 46.9% eran convivientes. El 38.5 % tenía instrucción primaria, 34.6% secundaria y 5.5% analfabeta. La prevalencia de vida de VP fue 74.1%. Comparadas con las casadas, aquellas separadas o divorciadas tenían cuatro veces el riesgo de haber sufrido VP (OR 4.08 IC95% 3.41–4.88). Aquellas con educación secundaria tuvieron 29% mayor riesgo de haber sufrido VP comparado las de educación superior. El consumo de alcohol por parte de la pareja estuvo asociado a VP, aumentando el riesgo en 66%. Los departamentos de la sierra central tuvieron una mayor prevalencia de VP¹⁰.

Cahuana Filomena (2003) “Repercusiones clínicas de la violencia doméstica en gestantes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho”. Objetivo: conocer las repercusiones clínicas de la violencia doméstica en las gestantes. Metodología: el tipo de estudio fue aplicado, con un método de estudio prospectivo, descriptivo y transversal. La muestra está constituida por 230 gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante los meses de mayo a julio del 2003. El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional. Se procedió a entrevistar a todas las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho y aplicar los test psicométricos en forma individual y confidencial, empleando un tiempo promedio de 15 minutos por cada una. Resultados: el 58.3% de madres gestantes son víctimas de violencia en el hogar. El tipo de violencia doméstica más frecuente es la psicológica en el 40.3% de gestantes, seguida de la física – psicológica en el

33.6% y sexual – psicológica en el 26.1%, lo que trae consigo repercusiones clínicas físicas como parto pre termino en el 9%, amenaza de aborto en el 7.5%, aborto en el 4.5%, desprendimiento prematuro de placenta y ruptura prematura de membranas en el 3.7% respectivamente. Las repercusiones psicológicas más frecuentes fueron el insomnio y la baja autoestima en el 23.9% respectivamente, seguida de la ansiedad en el 13.4% y depresión en 10.4%, que deterioran su calidad de vida¹¹.

Ramos Manuela et al. (2009) “Proyecto Regional RLA/97/014 Informes Nacionales sobre la Situación de la violencia de género contra las mujeres Ayacucho PNUD”. Objetivo: Preparación de una serie de Informes Nacionales que recopilen, sistematicen, analicen y ofrezcan información actualizada sobre la situación de la violencia de género contra las mujeres. Metodología: sistematización de información relacionada con la temática de violencia de género contra las mujeres en este País. Resultados: En torno de las múltiples formas que adquiere la violencia, recogió entre la población la percepción sobre delitos de agresión sexual. La información se refiere a que el 76,5% perciben a las agresiones verbales como la agresión más frecuente, el 75,9% señalaron a la violación. 65,1% dijeron que el intento de abuso sexual era lo más frecuente y un 63,2% que eran los golpes físicos. No se encontraron diferencias significativas entre lo declarado por varones en relación con las opiniones de las mujeres¹².

2.2. BASE TEÓRICO – CIENTÍFICO

2.2.1. VIOLENCIA

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo y privaciones. Cubre también una amplia gama de procedimientos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca igualmente innumerables consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades¹³.

La violencia es un obstáculo que impide la realización plena de los derechos humanos. En nuestra sociedad es cotidiana, pasando algunas veces inadvertida¹⁴.

2.2.2. GÉNERO

Conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencia a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social. Es un proceso histórico que se desarrolla a diferentes niveles (el estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y las relaciones interpersonales)¹⁵.

Es un término que ha sido utilizado por la lingüística, por la biología y en las últimas décadas por las ciencias sociales como una categoría de análisis que permite conocer cómo se construye lo femenino y masculino, cómo se valoran, se organizan y relacionan estas construcciones en una sociedad determinada. El sistema de género es una construcción sociocultural, que jerarquiza lo masculino y femenino, que determina espacios, símbolos, roles, responsabilidades y funciones de manera excluyente para hombres y mujeres y que evocando principios de naturaleza, ha convertido la diferencia en desventaja. Y ha propiciado relaciones no equitativas entre mujeres y hombres. Debemos hablar de género y no de sexo por cuanto este término tiene un valor limitado que se utilizaría para la diferenciación biológica o abarca la complejidad de valores sociales asignados a cada grupo humano sexuado, pues solamente se refiere al conjunto de atributos morfológicos y fisiológicos que los distingue. El género más allá de las diferencias biológicas del sexo reconoce que existen complejo de determinaciones y características económicas, sociales, jurídico- políticas y psicológicas, que crean lo que en cada época, sociedad y cultura, los contenidos de ser mujer o ser hombre¹⁶.

2.2.3. VIOLENCIA DE GÉNERO

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida

pública como privada. La violencia de género, se da en todos los países y ámbitos, en la vida de pareja y en la vida comunitaria, contra mujeres de cualquier edad y condición social¹⁷.

La violencia basada en género, es un concepto que engloba diversas manifestaciones de abuso cometidas contra las mujeres. Con él, se resalta la direccionalidad genérica de una forma común y socialmente legitimada de violencia, es decir, se reconoce que la misma o el riesgo de experimentarla, están asociados a la pertenencia del género femenino¹⁸.

La violencia del compañero íntimo contra la mujer (VCI) es uno de los actos comprendidos en la categoría de violencia de género, y se define como la violencia física, sexual y psicológica que se produce de forma habitual en el ámbito de la familia, llevada a cabo por parte del que es o fue su compañero sentimental. Este tipo es una de las formas de violencia menos "visibles" por desarrollarse en el ámbito de la familia, es decir, en la privacidad².

La violencia de género es la violación de los derechos humanos más generalizada y más tolerada socialmente. El costo para las mujeres, sus hijos, sus familias y sus comunidades es un obstáculo sustancial para reducir la pobreza, lograr la igualdad entre hombres y mujeres. Esto refleja y refuerza la falta de equidad entre hombres y mujeres; y afecta la salud, la dignidad, la seguridad y la autonomía de sus víctimas. La violencia basada en el género no tiene fronteras, económicas, sociales o geográficas. Habitualmente, coexisten diferentes tipos de violencia en una misma relación

de pareja. En muchas ocasiones, el maltrato comienza con conductas de control y desvalorización de la mujer. Más adelante, es frecuente el maltrato sexual y si no se logran los objetivos de obediencia y sumisión por parte de la mujer, suele pasarse al maltrato físico. Es decir, la violencia contra las mujeres no es un acto puntual, sino un proceso que se va instaurando y cronificando en el tiempo, por lo que es necesario detectarlo precozmente y prevenir su desarrollo, mantenimiento y secuelas.

El término violencia constituye una forma sistemática de victimización de la población femenina, incluyendo a las mujeres adultas, niñas, adolescentes y adultas mayores. La diferencia fundamental entre la violencia basada en género y otras manifestaciones de violencia interpersonal y social, es que la primera tiene como móvil el sometimiento de la mujer al orden establecido de subordinación¹⁹.

Todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada²⁰.

La violencia de género se ejerce en diferentes contextos y formas, algunas de las formas mencionadas en la declaración de Naciones Unidas son: "la violencia física y psicológica en el ámbito familiar - social tales como: golpes, ofensas y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la

violencia relacionada con la explotación, el hostigamiento en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada, la violencia física y psicológica perpetrada o tolerada por el estado, donde quiera que ocurra¹⁸.

El término “género” refleja un fundamento de la organización social que hace referencia a las especificidades sociales de los individuos en función del sexo dentro de una comunidad y de una cultura. Así, en cada sociedad encontramos reglas, tanto implícitas como explícitas, que rigen el papel y el estatus de cada uno de sus miembros según su sexo. Estas reglas determinan lo que es aceptable, conveniente y apropiado dependiendo de si se es hombre o mujer. Dentro de la comunidad se aprende a ser un hombre o una mujer con los derechos y deberes propios de cada sexo¹⁹.

2.2.4. TIPOS DE VIOLENCIA

Los maltratos a las mujeres no se limitan solo a lo físico, sino comprenden todo un abanico de situaciones. Hay muchos tipos de violencia y algunos de ellos no están “mal vistos” por nuestra sociedad²¹.

- Violencia sutil

El hombre ridiculiza a su pareja se ríe de sus opiniones le compara de forma despectiva con otras mujeres.

- Violencia verbal

El agresor ofende e insulta a su pareja, la llama loca la amenaza con el

suicidio, etc.

Otro tipo de clasificación de la violencia de género²¹:

- **Violencia física**

Se ejerce mediante la fuerza física en forma de golpes, empujones, patadas y lesiones provocadas con diversos objetos o armas. Puede ser cotidiana o cíclica en la que se combinan momentos de violencia física con periodos de tranquilidad. En ocasiones suele terminar en suicidio u homicidio. El maltrato físico se detecta por la presencia de: magulladuras, heridas, quemaduras, hematomas, fracturas, dislocaciones, cortes, pinchazos, lesiones internas, asfixia o ahogamiento²¹.

El agresor daña físicamente y además de manera creciente pueden ser agarrones, empujones, simulando que es una broma. El problema va a más cuando el agresor golpea a la mujer ayudándose de algún objeto⁴.

Implica el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de una persona para causar daño o dolor. Los criterios que se deben tener en cuenta en la evaluación de las lesiones incluyen la conducta lesiva e intencionalidad, los efectos de la lesión, los medios utilizados para lesionar y los elementos que acompañan a la lesión. No hay que olvidar el maltrato por omisión de cuidados, en caso de ser necesarios²².

- **Violencia psicológica**

Es toda conducta orientada a la desvalorización de la persona. Los maltratos

tanto psíquicos causan sufrimiento y son tan dañinos o más que los malos tratos físicos en cuanto al deterioro de la salud física y mental de la víctima²⁰. Los factores que influyen en el abuso psicológico son muy variados: emocionales, económicos sociales, etc. La mujer se ve dominada por el varón, quien la humilla en la intimidad y públicamente, limita su libertad de movimiento y la disposición de los bienes comunes. Resulta complicado detectar este tipo de abuso, aunque se evidencia a largo plazo en las secuelas psicológicas. En este caso, la violencia se ejerce mediante insultos, vejaciones, crueldad mental, gritos, desprecio, intolerancia, humillación en público, castigos o amenazas de abandono. Conduce sistemáticamente a la depresión y en ocasiones al suicidio²¹.

Toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona (críticas permanentes, humillaciones e insultos), culpa (críticas y castigos), miedo (amenazas sobre su propia integridad física y la de sus hijos) y restricción de estímulos (aislamiento social, restricción económica, privarla de afecto y de cuidados cuando los necesita). El efecto es la reducción de la autoestima y la seguridad en sí mismas y causa tanto o más deterioro, de la salud física y mental en la víctima como la violencia física²².

- Violencia sexual

Este tipo de abuso es difícil de demostrar a menos que vaya acompañado por lesiones físicas. Se produce cuando la pareja fuerza a la mujer a mantener relaciones sexuales o le obliga a realizar conductas sexuales en

contra de su voluntad. Los principales malos tratos sexuales son las violaciones vaginales, las violaciones anales y las violaciones bucales. También son frecuentes los tocamientos y las vejaciones, pudiendo llegar hasta la penetración anal y vaginal con la mano, puño u objetos como botellas o palos²¹.

La probabilidad de violencia durante el embarazo se incrementa en condiciones de alta vulnerabilidad física, psicológica y social de la mujer como en las adolescentes. La violencia durante el embarazo se ha asociado con bajo nivel socioeconómico, pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica, estrés, adicciones al tabaco, alcohol o drogas y falta de apoyo social²².

2.2.5. CICLO DE LA VIOLENCIA

La violencia conyugal se da de manera cíclica, este ciclo tiene 3 fases: una primera fase de acumulación de tensión, una segunda fase de explosión o episodio agudo de golpes y una tercera fase llamada «Luna de miel» o “calma amante” ²³.

Tras un episodio violento sobreviene la llamada (fase de la luna de miel” el agresor se disculpa, corteja a la víctima con regalos, prestándole gran atención, prometiéndole que nunca volverá a agredirla. Esta fase evoluciona invariablemente a la fase de la escalada de tensión donde la mujer vive en

tensión extrema con amenazas y aislamientos. Esta fase culmina en la “fase violenta” de agresión y malos tratos. Con cada repetición de ciclo, las consecuencias son cada vez de mayor violencia y gravedad. El ciclo de la violencia de género es repetitivo, se agrava con el tiempo, se trasmite de generación en generación (proyección vertical) y se extiende a otros miembros de la familia (proyección horizontal), tanto por parte del agresor como del agredido.

Según los especialistas existen tres momentos claves en la relación de parejas que preceden al inicio de la violencia: inmediatamente después del inicio de la convivencia o matrimonio; durante el primer embarazo, y tras el nacimiento del primer hijo probablemente porque provoca cambios significativos en la dinámica de relación familiar.

La agresión es desencadenada por una actitud, una conducta, o una palabra interpretada por el agresor como una amenaza a su autoridad o autoestima. Los actos violentos son, a menudo, una auto afirmación de la identidad¹⁴.

El ciclo de la conducta agresiva se desarrolla en tres fases:

Acumulación de tensión

Las agresiones son leves y los incidentes poco frecuentes. La mujer se sirve para eludir la agresividad de su pareja, y el hombre interpreta como una aceptación de su autoridad.

Las estrategias de la mujer no solucionan los episodios de agresión, temor y

las ansias de evitarlos, favoreciendo la aparición de trastornos psicológicos.

Agresión o Explosión violenta

Los incidentes comienzan a ser periódicas y las lesiones más graves. La víctima ya no intenta evitar las situaciones que desencadenan las violencias y solo esperan que pase lo antes posible. Esta fase puede durar días y es controlado totalmente por el agresor.

Calma, remisión o Arrepentimiento

El agresor se muestra amable, cercano y en ocasiones pide perdón o promete no ejercer más la violencia. La víctima aliviada por el cese de la agresión, le cree o quiere creerle y pone bajo su responsabilidad la continuación de la relación familiar. El sentimiento y la culpabilidad impide el abandono del agresor.

Este ciclo de violencia se repite contantemente, ya que la fase de arrepentimiento suele durar muy poco. "durante el acto de contrición el hombre sede el poder a la mujer, pero es momentáneo, porque en cuanto la mujer intenta ejercer ese poder recién adquirido vuelven a acumularse las tenciones y se produce una mueva descarga violenta.

2.2.6. VIOLENCIA DE GÉNERO Y EMBARAZO

La violencia de género durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una, sino dos vidas. "Si bien en la mayor parte de la violencia de género los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el

embarazo estos van dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales”¹¹.

Se conoce que la violencia de género contra mujeres embarazadas tiene un efecto devastador sobre su salud sexual y reproductiva lo cual también afecta la salud de sus hijos. Tal comportamiento es arraigado en la inequidad sexual, que es tristemente persistente, posiblemente en todas partes de todas las sociedades. Este fenómeno se constituye como una seria y preocupante influencia en el sano desarrollo del embarazo; además, es franca una violación de los derechos humanos de una mujer. La violencia puede comenzar o intensificarse en el embarazo y tiene consecuencias significativas para la mujer, el feto y el niño¹⁷.

Es evidente que en toda mujer gestante se enciende una dinámica compleja cuando se enfrenta a situaciones estresantes y que el apoyo social representa en este modelo a factores protectores. Sin embargo, una observación más aguda permitiría concluir que son justamente aquellas mujeres con bajos niveles de apoyo social las víctimas de la violencia, y esto se acentúa en la baja resiliencia y en la menor interacción social que presentan, traduciéndose ello en un aumento en la prevalencia de depresión gestacional. No se debe olvidar que el embarazo es el inicio, acaso la eclosión de toda una amalgama de cambios concretos y perdurables. Perdurables por medio de la combinación dinámica del amor, la genética, las hormonas y la práctica²⁴.

Existen relativamente pocos estudios que se hayan concentrado

específicamente en la violencia durante el embarazo; por tanto, algunos de los datos disponibles proceden de investigaciones sobre la violencia en general y de estudios sobre la morbilidad relacionada con el embarazo. Otros datos se basan en registros mantenidos por servicios que ofrecen asistencia a los sobrevivientes de la violencia. Calculó que porcentajes aún más bajos, entre el 4 y el 8%, implicarían que cada año de 156,000 a 332,000 mujeres embarazadas en EE.UU. sufren violencia durante el embarazo. Existen indicios de que si las investigaciones sobre la violencia durante el embarazo incluyeran el asesinato como una causa de la mortalidad materna, los cálculos podrían aumentar. Por ejemplo, en algunos estudios de EE.UU. se ha determinado que el predominio de la violencia durante el embarazo se encuentra entre el 3.9 y el 8.3%; no obstante, tres investigaciones de mortalidad asociada con el embarazo revelaron que el homicidio era la causa de muerte entre el 13 y el 25% de los casos estudiados²⁵.

Este mismo autor describe que hasta la fecha no hay ninguna prueba concluyente de que el embarazo en sí puede provocar mayor violencia contra la mujer en términos epidemiológicos. Sin embargo, en un análisis de los datos disponibles en 1998, se señalaron ciertas indicaciones de que el predominio del abuso físico y psicológico es mayor y más grave entre las mujeres embarazadas que entre otras mujeres. Existen diversas razones por las cuales la pareja de una mujer embarazada puede recurrir a la violencia.

- Él no quiere que ella lleve a término el embarazo.

- Él sospecha que otro hombre es responsable del embarazo.
- Él considera que el embarazo es una carga económica, ya sea porque su pareja embarazada trabaja menos en el hogar, o fuera de éste, o porque el nacimiento inminente de un hijo acarreará nuevas demandas económicas en un hogar de pocos recursos.
- Él se pone celoso al percibir que la mujer embarazada presta menos atención a sus necesidades y sus deseos.
- Él ve que la mujer es más vulnerable o indefensa debido a su condición de embarazo y menos capaz de tomar represalias o defenderse.

Aunque es posible que el embarazo no sea un factor de riesgo de violencia atribuible a la población (lo cual indicaría que el porcentaje general del problema disminuiría si el factor de riesgo no existiera), en el caso individual de cada mujer, el embarazo puede que, efectivamente, sea el momento en que ella empieza a ser maltratada por su pareja²⁵.

2.2.7. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN GESTANTES

La violencia de género en la mujer genera graves problemas físicos y psicológicos. La respuesta ante la violencia es variable, ya que la mujer es capaz de soportar altos niveles de estrés que produce respuestas de adaptación o pseudo adaptación. Sin embargo los problemas más comunes a todos los casos de agresión son:

Aborto. Expulsión del producto hasta las 22 semanas de gestación, correspondiéndole un peso aproximado hasta los 500 gramos, reservándose la denominación de inmaduro entre las 21 y 28 semanas de embarazo²⁶. Según la época de la gestación el aborto puede ser precoz, antes de las 12 semanas, y tardío, a las 12 semanas hasta las 22 semanas de gestación²⁷.

Dividiéndose así en dos grados grupos²⁷. El aborto espontáneo producido sin la interrupción de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación. Y el aborto provocado en los que se induce premeditadamente el cese del embarazo.

Amenaza de aborto. Se caracteriza por presentar pérdida sanguínea vaginal discreta en formas de macha o flujo rosado debido al desprendimiento inicial del huevo; pudiendo acompañarse de molestias en el hipogastrio o en la región lumbar, con o sin dolor²⁶.

Aborto en curso. Es cuando se evidencia pérdida del líquido amniótico, no siempre visible con facilidad, en forma de hidrorrea clara mezcla o alternados con emisión sanguínea genital²⁷.

El cuadro se acompaña de dolor tipo cólico en la región del hipogastrio con actividad contráctil uterina persistente, acompañada de molestias variables en la región sacra. La hemorragia vaginal aumenta progresivamente pudiendo llegar a ser copiosa²⁶.

Aborto diferido, frustrado o retenido. Se produce cuando el huevo ha muerto

por diversas razones no expulsado al exterior. Es cuando el útero no se ha contraído ni ha dilatado totalmente su cuello como para expulsar al producto de la concepción²⁷.

Se da cuando, muerto el producto de la concepción no se produce su eliminación, sino al contrario es retenido dentro de la cavidad uterina por tiempo prolongado mayor de cuatro semanas²⁶.

Aborto inevitable o inminente. Se acompaña de un dolor intolerable o de una hemorragia que amenaza el bienestar de la madre¹⁴. Se evidencia cuando comienza a producirse la dilatación del cuello uterino²⁷.

Aborto incompleto. Se produce cuando se elimina parte de los productos de la concepción y requiere recurrir al aborto terapéutico, por la inminente infección¹⁴.

En ella solo se realiza la expulsión de partes del producto. Generalmente el embrión o el feto son eliminados en el curso clínico del aborto, reteniéndose el resto del huevo y la decidua debido a que la gestación está más avanzada o el anclaje de las vellosidades es ya firme²⁶. Los restos ovulares no han podido ser eliminado por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada²⁷.

Aborto completo. El huevo es expulsado espontánea y completamente del útero. Luego de un acné dolorosa y hemorrágica²⁷. Con frecuencia cuando el aborto se produce en las primeras ocho semanas de gestación, la

eliminación del producto y sus anexos es completa, observándose a veces lo que en la práctica se denomina “aborto en bloque”²⁶.

Aborto séptico o infectado. Cuando el contenido del útero queda infestado antes, durante o después de practicar el aborto. Generalmente son practicados con técnicas no estériles o inadecuadas¹⁴.

Es cuando el aborto incompleto no es solucionado correctamente, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital²⁷. Es el aborto complicado con infección. A los síntomas conocidos se le agrega la evolución febril, que puede acompañarse de síntomas tóxicos muy graves, conducentes al shock séptico²⁶.

Aborto habitual o de repetición. Cuadro caracterizado por tres o más abortos espontáneos sucesivos²⁷. El aborto repetido en forma habitual constituye una causa severa de infertilidad cuya etiología debe estudiarse a fondo²⁶.

Ruptura prematura de membranas. Es cuando el saco corio-amniótico se rompe después de la segunda mitad del embarazo y antes del inicio del trabajo de parto²⁷. Esta aumenta la morbimortalidad materna a expensas de la infección. Cuando el mismo supera las 24 horas el riesgo se incrementa significativamente²⁷.

Parto pretérmino. Se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre 22 semanas y 37 semanas completas²⁷. El

parto pretérmino, se considera como límite entre 29 y 37 semanas, ya que por debajo de 28 semanas a 22 se denomina parto inmaduro²⁶.

Desprendimiento prematuro de placenta. Se caracteriza por el desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta que, a diferencia de la placenta previa, esta insertada en su sitio normal²⁷. Placenta normalmente insertada a la desunión parcial o total de su implantación en la pared de la cavidad uterina, como complicación en el embarazo o en el curso del parto, dando lugar a la acción de un hematoma retro placentario y la interrupción parcial o total de los intercambios maternos fetales²⁶.

Baja autoestima. La baja autoestima es un estado de menosprecio hacia uno mismo, lo que ocasiona sentimientos de frustración, escasa asertividad, falta de habilidades sociales y desesperanza como respuesta a la imposibilidad de confiar en sí misma. Las personas con baja autoestima presentan problemas en la capacidad para entender, pensar y aprender, toda vez que la falta de amor propio resta importancia a las actividades que realiza²⁸.

Características de la escala de autoestima de Rosemberg

Consta de 10 ítems, las cinco primeras están enunciadas de forma positiva y cinco restantes de forma negativa.

Interpretación: de los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1.

Los ítems de 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. De 30 a 40

puntos: autoestima elevada. Considerada como autoestima normal. De 26 a 29 puntos: autoestima media. No presenta de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla. Menos de 25 puntos: autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima. La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80²⁹.

Depresión. Sinónimo de sentirse triste, melancólico, con pensamientos negativos, infeliz y desgraciado. La depresión es un término que las personas utilizan para referirse a estados emocionales por tristeza, rechazo, faltas de autoestima y falta de energía³⁰.

Características del Test de Beck Depresión

Permite evaluar rápidamente a las personas de forma orientativa. En cualquier caso, el resultado del BDI no permite al médico por sí solo diagnosticar una depresión, pero le da pistas para llegar a conclusiones en el contexto del historial del afectado.

La puntuación máxima que puede obtener el entrevistado (si contestara un 3 en todas las preguntas) sería de 63. La más baja sería 0. Entre 1 y 10 puntos se considera que la persona ha tenido leves altibajos bastante normales y está por completo fuera de peligro. Entre 11 y 16, una leve perturbación de su estado de ánimo que posiblemente el psiquiatra tomará como poco preocupante. Entre 17-20 se supone que ha habido estados de depresión

intermitentes. Entre 21-30 es posible que el facultativo diagnostique una depresión moderada. De 31 a 40, una depresión grave, y entre 40-63, una depresión extrema³¹.

Ansiedad. Un sentimiento de aprensión o de miedo persistente. La fuente de este desasosiego no siempre se sabe o se reconoce, lo cual se suma a la angustia. La ansiedad es una emoción que usualmente se presenta acompañada de diversos síntomas físicos tales como: espasmos, tensión muscular, dolores de cabeza, sudoración, sequedad en la boca o dificultad para deglutir en momentos de ansiedad; algunas personas también experimentan mareos, ritmo cardíaco rápido o irregular, respiración acelerada y diarrea o necesidad frecuente de miccionar. También es común que se presente fatiga, irritabilidad, trastornos del sueño, disminuciones la capacidad de concentración, problemas sexuales y pesadillas. Caracterizado por sentimientos de opresión, incertidumbre, tensión, preocupación que experimentan una persona durante una situación determinada por la anticipación de una amenaza real o imaginaria³⁰.

Características del Test de Beck Ansiedad

El BAI se ha diseñado específicamente para medir "la ansiedad clínica", el estado de "ansiedad prolongada" que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante. Son varios puntos y de ellos destaca los siguientes³²:

Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de los últimos dos meses, últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente de los criterios para la ansiedad mínima, leve, moderada y grave. Cada ítem responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, el ítems 16 es (cambios en el patrón de sueño) y 18 es (cambios en el apetito). Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima ansiedad; 14-19, ansiedad leve; 20-28, ansiedad moderada; y 29-63, ansiedad grave³².

Ficha de tamizaje de violencia basada en género

El Ministerio de salud tiene como política, garantizar información impartida por los profesionales de salud a la población referente a la prevención y atención a la violencia familiar y al maltrato infantil; para lograr el objetivo, el programa de Salud mental logró obtener el documento Técnico - Normativo "Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil", de conformidad con la Ley de Organización y funciones del Ministerio de Salud. Con el Decreto Legislativo N° 584 y su reglamento, aprobó el Decreto Supremo N° 00" – 92 – SA. La Dirección de salud de las personas, tendrá a su cargo la implementación, evaluación y

supervisión del cumplimiento de estas normas en los servicios de salud a nivel nacional. La dirección de salud, direcciones regionales y direcciones subregionales de Salud de País, están obligadas a velar por su cumplimiento; informando regularmente a la Dirección general de Salud de las personas³³.

Formato diseñado para la detección de personas en situación de violencia familiar. Debe ser utilizada rutinariamente en todos los servicios y programas. Se cuenta con equipos interdisciplinarios debidamente capacitados y acreditados según el Plan de capacitación y acreditación según el Plan Institucional de capacitación para la prevención y atención de la violencia familiar MINSA³³.

2.3. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

Embarazo: Es el estado de la mujer que comprende desde la concepción hasta la salida del producto de la concepción – incluido sus anexos- fuera del claustro materno¹⁶.

Violencia: Es toda acción planificada o no de un individuo que ostenta el poder utilizando la fuerza física o moral para imponer o mantener cierto estado que mella la situación de derecho natural del individuo³⁴.

Violencia de género: Acción u omisión que cause daño físico o psicológico producido por el cónyuge³⁵.

Consecuencias de la violencia de género durante el embarazo: Son las repercusiones físicas, sexuales y psicológicas de la violencia en la salud de las mujeres: Amenaza de aborto, aborto, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas y parto pretérmino.

Amenaza de aborto: Pérdida sanguínea vaginal discreta en formas de macha o flujo rosado debido al desprendimiento inicial del huevo; pudiendo acompañarse de molestias en el hipogastrio o en la región lumbar, con o sin dolor²⁶.

Aborto: Consiste en la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas y el producto pesa menos de 500g²⁶.

Desprendimiento prematuro de placenta: Se caracteriza por el desprendimiento parcial o total, antes del parto²⁷.

Ruptura prematura de membranas: Es cuando el saco corio- amniótico se rompe espontáneamente antes del inicio de trabajo de parto²⁶.

Parto pre termino: Es cuando el producto expulsado ha cumplido entre los 28 y menos de 37 semanas. El peso menor de 2500 gr.²⁷.

Depresión: Son los sentimientos de tristeza, desesperanza y frustración³⁶.

Ansiedad: Es el sentimiento de aprehensión, miedo persistente o de desasosiego³⁷.

Baja autoestima: Es el sentimiento de falta de valía o estima hacia uno mismo³⁸.

2.4. HIPÓTESIS

La violencia de género en gestantes ocasiona consecuencias físicas como aborto, amenaza de aborto, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, parto pre termino; psicológicas como ansiedad, depresión y baja autoestima.

2.5. VARIABLE DE ESTUDIO

INDEPENDIENTE:

Violencia de género en gestantes

DEPENDIENTE:

Consecuencias físicas y psicológicas en el embarazo

Físicas:

Amenaza de aborto

Aborto

Desprendimiento prematuro de placenta

Ruptura prematura de membranas

Parto pretérmino

Psicológicas:

Ansiedad

Depresión

Baja autoestima

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Aplicada

3.2. MÉTODO DE ESTUDIO

Prospectivo, Transversal, Analítico de casos y controles.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Comprendida por 112 gestantes con tamizaje de violencia de género que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, durante los meses de noviembre del 2013 a febrero del 2014.

Casos: 52 gestantes con tamizaje de violencia de género positivo.

Controles: 60 gestantes con tamizaje de violencia de género negativo.

Tipo de muestreo: No probabilístico.

Criterios de Inclusión

- Gestantes con tamizaje de violencia atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia (pabellón I – II) del Hospital Regional de Ayacucho, durante los meses de noviembre del 2013 a febrero 2014.
- Gestantes que aceptaron participar en la investigación.

Criterios de Exclusión

- Gestantes sin tamizaje de violencia de género atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia (pabellón I - II) del Hospital Regional de Ayacucho, durante los meses noviembre 2013 a febrero 2014.
- Gestantes que no aceptaron participar en la investigación.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none">▸ Entrevista▸ Revisión de historias clínicas▸ Aplicación del test de Rosemberg y Beck▸ Revisión de la ficha de tamizaje de violencia basada en género en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none">▸ Ficha de entrevista▸ Recolección de datos de la historia clínica▸ Ficha del test de Rosemberg y Beck▸ Ficha de tamizaje de violencia basada en género

3.5. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Por medio del Decanato de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional De San Cristóbal de Huamanga, se solicitó a la Dirección del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” el permiso correspondiente para realizar la ejecución del proyecto de investigación.
- Se entregó la carta de presentación expedida por el Decanato de nuestra Facultad de Obstetricia al Director del Hospital Regional de Ayacucho, quién refirió el proyecto de investigación al Departamento de Gineco – Obstetricia.
- Se presentó la solicitud para la revisión, aprobación y ejecución del proyecto de investigación al Departamento de Área de Investigación del Hospital Regional de Ayacucho.
- Se realizó un cronograma de asistencia al Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de investigación noviembre 2013 a febrero 2014.
- Conseguido el permiso respectivo e ingresando al servicio de Gineco – Obstetricia se procedió a la revisión de la Ficha de Tamizaje e Historias Clínicas de donde se registró datos, asimismo la aplicación de los test de beck y rosenberg utilizados en el Hospital Regional de Ayacucho para determinar las consecuencias psicológicas de las gestantes que cumplieran con los criterios de inclusión, para posteriormente ser entrevistadas.
- Se cumplió con el proceso de consentimiento informado y se sensibilizó a las gestantes sobre el objetivo de nuestra investigación, logrando así su

aceptación y colaboración con la entrevista, tratando de obtener respuestas verídicas y confiables.

- Se entrevistó a las gestantes con violencia de género, las gestantes que cumplían con los criterios de inclusión, haciendo todo lo posible para estar en un ambiente adecuado y respetando su privacidad.
- Concluida la fase de recolección de datos se procedió a codificar y vaciar los datos en una base de datos (Programa Excel).

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento informático de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 18 (español) PAWS codificando cada variable. Luego se elaboraron cuadros de contingencia a los cuales se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado para determinar la relación de las principales variables de estudio y la prueba de Odds Ratio para calcular oportunidad de riesgo (OR).

RESULTADOS

Frecuencia de violencia de género en gestantes con tamizaje de violencia de género que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho noviembre 2013 a febrero 2014.

$$\text{Frecuencia} = \text{Ct/Nt} \times 100$$

Dónde:

Ct = número de casos existentes en un periodo de tiempo.

Nt= número total de individuos atendidos en un periodo de tiempo.

Frecuencia:

$$\frac{52 \text{ gestantes con violencia noviembre 2013- febrero 2014}}{112 \text{ gestantes con tamizaje de violencia de género atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Ayacucho noviembre 2013-febrero 2014.}} \times 100$$

Frecuencia de Violencia de género = 46,4%

Durante el período de estudio un total de 112 gestantes con tamizaje de violencia atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho presentaron violencia de género, representando una frecuencia de 46.4%.

Castro Roberto (2004)⁷En la investigación "Frecuencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México", quién reporta la frecuencia de violencia total en gestantes tanto, antes, como durante el embarazo superior al 30%.Nuestros resultados se asemejan con los hallados en la presente investigación.

Contreras H. et al (2013)³⁶. En la investigación "Características de la

violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú” encuentra una frecuencia general de violencia en gestantes de 45%. Nuestros resultados se asemejan con los hallados en la presente investigación.

Ximena Bohle Urrutia (2008)¹⁶, en la tesis “Magnitud y características de la violencia doméstica en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Regional Valdivia”. Reporta que el 13,2% mujeres fueron víctimas de violencia durante el embarazo.

Cuevas Sofía (2009)¹⁰, en la investigación “Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México”. Reporta que el 13% de mujeres informaron haber sufrido violencia durante algunos de sus embarazos; 76 de ellas (30.4%) indicaron que fueron golpeadas en el abdomen cuando estaban embarazadas. Nuestros resultados se asemejan con los hallados en la presente investigación.

Podemos señalar que los estudios demuestran que el maltrato a la mujer es un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante el embarazo. La frecuencia de violencia 46.4% encontrada en la presente investigación es similar a la informada de algunos estudios realizados en el Perú y concuerda con otros trabajos internacionales. En la literatura nacional se notifican prevalencias de 15% a 28%, estudios internacionales, notifican una prevalencia que fluctúa entre 0.9 y 25% en países desarrollados³⁹; por otro lado los estudios realizados en países en vías de desarrollo, informan una prevalencia que va de 4 a 29%⁴¹. Demostrándose así que el problema de la

violencia de género se presenta en todo el mundo y constituye un problema de Salud Pública mundial, nacional y local.

Por tanto, el maltrato a la mujer durante el embarazo tiene un efecto devastador sobre la salud sexual y reproductiva de dichas mujeres y por ende la de los hijos. Tal comportamiento es arraigado por la inequidad sexual, que es tristemente persistente, posiblemente en todas partes u en todas las sociedades. Este fenómeno se constituye como una seria y preocupante influencia en el sano desarrollo del embarazo; además, en una franca violación de los derechos humanos de la mujer.

Tabla 01: Tipo de violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho noviembre 2013 a febrero 2014.

Tipo de violencia	Nº	%
Física	21	40.4
Psicológica	6	11.5
Física y Psicológica	25	48.1
Total	52	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

En la Tabla 01, se observa que del 100% de gestantes en estudio, el mayor porcentaje 48,1% (25) presentó violencia física y psicológica; 40,4% (21) violencia física y 11,5% (06) violencia psicológica.

De los resultados se concluye que el tipo de violencia de género más frecuente fue la violencia física y psicológica con el 48,1% (25) de gestantes, seguida de la violencia física en el 40,4% (21).

Medina (2005)¹³ en el estudio "Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada" reporta que de 100% (229) mujeres gestantes encuestadas, el 25,9% (59) fueron violentadas psicológicamente, 11,4% (26) física y psicológicamente y 1,3% (3) exclusivamente física. Reportaron maltrato durante la gestación; es decir, 4 de cada diez mujeres fueron violentadas durante la gestación resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Cahuana (2003)¹¹, en la investigación "Repercusiones clínicas de la violencia

doméstica en gestantes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho". Reporta que del 100% (134) madres gestantes, víctimas de violencia en el hogar, el 40,3% (54) tuvieron violencia psicológica, el 28,4% (38) violencia física y el 33,6% (45) violencia física y psicológica, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

El maltrato físico y psicológico representa el tipo de violencia más frecuente contra la mujer gestante, mecanismo que denigra el rol de las mujeres al grado de compararlas con objetos, animales o haciendo entrever que son seres inferiores, ya que esta, solo pasa detrás de puertas cerradas, cuando las autoridades no tratan el problema como un crimen, sino más bien, como un asunto de familia "privado" o como parte de un estilo de vida normal. Este problema de salud pública requiere una atención particular tanto en el aspecto físico y psicológico en la mujer gestante, teniendo en cuenta los datos que se encuentran en el presente trabajo que representa un pequeño porcentaje en relación al verdadero número de mujeres gestantes violentadas. Es así como los profesionales especialistas de la salud, en particular el Obstetra, deben desempeñar un papel fundamental en la detección, atención, derivación de la víctima y la denuncia correspondiente.

Tabla 02: Consecuencias físicas en relación a la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho noviembre 2013 a febrero 2014.

Consecuencias Físicas	Casos (Gestantes con Violencia de género)		Controles (Gestantes sin Violencia de género)	
	Nº	%	Nº	%
Si	40	76.9	12	20.0
No	12	23.1	48	80.0
Total	52	100.0	60	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 36.291^{**} \quad \chi_t^2 = 3.841 \quad P < 0.05 \quad g. l. = 1$$

$$OR = 13.333 \text{ (IC95\% = 5.402 – 32.910) }^{**}$$

En la Tabla 02 se observa que en el grupo de casos (gestantes con violencia de género) el mayor porcentaje 76.9% (40) presentaron consecuencias físicas durante el embarazo, el 23.1% (12) no presentaron consecuencias físicas, en comparación con el grupo control (mujeres sin violencia de género) 80.0% (48) no presentaron consecuencias físicas durante el embarazo y el 20.0% (12) si presentaron consecuencias físicas.

De los resultados del presente cuadro concluimos que el mayor porcentaje de consecuencias físicas se presentaron en gestantes que tuvieron violencia de género con 76.9%.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló dependencia estadística significativa de asociación entre la violencia de género con las complicaciones físicas durante el embarazo ($P < 0.05$).

Asimismo, la prueba de Odds Ratio (OR) nos muestra que las gestantes con violencia de género presentaron 13.33 veces mayor riesgo de presentar consecuencias físicas debido a la violencia de género.

Al respecto, Salas et al (2012)²⁴ en la investigación "Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011-febrero 2012", reportó que el 80% de gestantes en estudio presentaron consecuencias físicas ($P < 0.05$) en relación al grupo sin maltrato físico, resultados que son similares a los hallados en la presente investigación, demostrándose que las consecuencias físicas a consecuencia de la violencia de género se presentan en porcentajes elevadas en ambas investigaciones.

Paredes et al (2008)²⁰, en la investigación "Violencia física de género contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México", reportaron de un total de 2,389 mujeres, 21% declaró ser víctima de violencia física durante el último embarazo, hallándose asociación entre violencia física con el sangrado vaginal durante el embarazo; resultados que difieren en la presente investigación.

Bardales (2006)⁴⁰ en la investigación "Estado de las investigaciones en violencia familiar y sexual en el Perú MIMDES-2003", reportó de un total de 900 denuncias revisadas, el 94% de gestantes presentaron violencia física provocando amenaza de aborto y aborto, con 7 días de incapacidad y 4 días de asistencia médica en promedio; el 63% fueron derivadas al juez y fiscalía

de familia según su gravedad; resultados que difieren en la presente investigación.

La violencia habitual sufrida por las mujeres gestantes puede cambiar durante el embarazo: en vez de recibir golpes en la cabeza, ellas sufren golpizas dirigidas al abdomen y el pecho, provocando así serias consecuencias físicas, amenaza de aborto, aborto, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta, entre otros; convirtiéndose en un problema de salud reproductiva grave en nuestra sociedad, a veces desapercibida o no tomada en cuenta en los diferentes servicios de salud.

También podemos señalar que “El efecto de la violencia puede que no sólo afecte el embarazo actual sino que además se convierta, según el tipo de lesión física, en un riesgo reproductivo para embarazos subsecuentes”. En el caso de mujeres que han sido agredidas físicamente también puede que el abusador impida que ellas acudan a la atención prenatal o de emergencia, poniéndolas en grave riesgo de sufrir daño durante el embarazo.

Tabla 03: Aborto en relación a la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho noviembre 2013 a febrero 2014.

Aborto	Casos (Gestantes con Violencia de género)		Controles (Gestantes sin Violencia de género)	
	Nº	%	Nº	%
Si	14	26.9	5	8.3
No	38	73.1	55	91.7
Total	52	100.0	60	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 6.834^{**} \quad \chi_i^2 = 3.841 \quad P < 0.05 \quad \text{g. l.} = 1$$

$$\text{OR} = 4.053 \text{ (IC95\% = 1.347 - 12.195) }^{**}$$

En la Tabla 03 se observa en el grupo de casos (gestantes con violencia de género) el 26.9% (14) reportaron aborto y el 73.1% (38) no reportaron aborto. Mientras que en el grupo control (mujeres sin violencia de género) el 8.3% (5) reportaron aborto y el 91.7% (55) no reportaron aborto.

De los resultados del presente cuadro se concluye que la consecuencia física de aborto se reportó en el 26.9% (14) gestantes con violencia de género.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló dependencia estadística significativa de asociación entre la violencia de género con el aborto ($p < 0.05$). Asimismo, la prueba de Odds Ratio (OR) nos muestra que la probabilidad de presentar aborto es 4.053 veces más en aquellas mujeres que sufren violencia de género.

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Medina (2005)¹³, en la investigación "violencia física y psicológica contra la mujer embarazada" quién reportó que el aborto fue la consecuencia que más se presentó en el grupo de mujeres víctimas de violencia de género 40% (39).

Alvarado et al (1998)⁴¹, en la investigación "Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango" reportó de las mujeres que recibieron golpes durante el embarazo presentaron aborto en el 12%.

Como se observa en los resultados encontrados por los autores mencionados, el aborto es una de las consecuencias que en mayor porcentaje se presentan luego de que la mujer sufriera violencia de género, lo cual demuestra la gravedad del problema en nuestro medio.

Tabla 04: Amenaza de aborto en relación a la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho noviembre 2013 a febrero 2014.

Amenaza de aborto	Casos (Gestantes con Violencia de género)		Controles (Gestantes sin Violencia de género)	
	Nº	%	Nº	%
Si	8	15.4	2	3.3
No	44	84.6	58	96.7
Total	52	100.0	60	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 4.976^{**} \quad \chi_t^2 = 3.841 \quad P < 0.05 \quad \text{g. l.} = 1$$

$$\text{OR} = 5.273 \text{ (IC95\% = 1.066 - 26.071) }^{**}$$

En la Tabla 04 se observa en el grupo de casos (gestantes con violencia de género) el 15.4% (8) presentaron amenaza de aborto y el 84.6% (44) no presentaron amenaza de aborto. En el grupo control (mujeres sin violencia de género) el 3.3% (2) presentaron amenaza de aborto y el 96.7% (58) no presentaron amenaza de aborto.

De los resultados del presente cuadro concluimos que la consecuencia física de amenaza de aborto se presentaron en el 15.4% (8) gestantes con violencia de género.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló dependencia estadística significativa de asociación entre la violencia de género con la amenaza de aborto ($p < 0.05$), asimismo la prueba de Odds

Ratio (OR) resultó también ser significativa, indicándonos que existe 5.27 veces mayor riesgo de padecer una amenaza de aborto a consecuencia de la violencia de género, convirtiéndose esta como un factor de riesgo.

Al respecto Medina (2005)¹³, en la investigación "violencia física y psicológica contra la mujer embarazada" reportó amenaza de aborto en el 31% (22) de casos; resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Alvarado et al (1998)⁴¹, en la investigación "Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango" reportó de las mujeres en estudio recibieron golpes durante el embarazo; el 44% presentaron amenaza de aborto, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Al igual que el aborto, la amenaza de aborto se presentó en elevado porcentaje en las gestantes con violencia de género, debido a que la violencia física ocasionan daños a nivel del feto, el útero que podrían producir una amenaza de aborto.

Al observar los resultados hallados por los investigadores mencionados, los porcentajes de amenaza de aborto en las mujeres que padecieron de violencia de género es elevado, el cual nos pone en alerta para realizar acciones preventivas en nuestro medio local.

Tabla 05: Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) en relación a la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho noviembre 2013 a febrero 2014.

Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP)	Casos (Gestantes con Violencia de género)		Controles (Gestantes sin Violencia de género)	
	Nº	%	Nº	%
Si	6	11.5	1	1.7
No	46	88.5	59	98.3
Total	52	100.0	60	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 4.633^{**} \quad \chi_r^2 = 3.841 \quad P < 0.05 \quad \text{g. l.} = 1$$

$$\text{OR} = 7.696 \text{ (IC95\% = 0.895 – 66.186) N. S.}$$

En la Tabla 05 se observa en el grupo de casos (gestantes con violencia de género) el 11.5% (6) presentaron desprendimiento prematuro de placenta y el 88.5% (46) no presentaron. Mientras que en el grupo control (mujeres sin violencia de género) solo el 1.7% (1) presentaron desprendimiento prematuro de placenta y el 98.3% (59) no presentaron.

De los resultados del presente cuadro concluimos que la consecuencia física de desprendimiento prematuro de placenta se presentaron en el 11.5% (6) de gestantes con violencia de género.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló dependencia estadística significativa de asociación entre la violencia de género con el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) ($p < 0.05$),

asimismo la prueba de Odds Ratio (OR) resultó ser no significativa, ya que la violencia de género no puede comportarse como factor protector y de riesgo simultáneamente, invalidándose el resultado hallado de la prueba de Odds Ratio.

Velázquez et al (2010) en la investigación "Violencia doméstica en el embarazo y factores asociados en gestantes atendidas en un establecimiento de salud en Caracas, Venezuela", reportó de un total de 82 mujeres que padecieron de violencia doméstica un 8.5% (7) padecieron de desprendimiento prematuro de membranas y el 91.5% (75) no padecieron, resultados que difieren a lo encontrado en la presente investigación, sin embargo es un considerable porcentaje que debería tomarse en cuenta en la evaluación de las gestantes que padecen de violencia doméstica.

Podemos ver los resultados hallados que la violencia de género está relacionado el desprendimiento prematuro de placenta, sin embargo según la bibliografía esta se puede presentar en mayor porcentaje en aquellas mujeres que presenten embarazos múltiples, edad materna avanzada, con antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta; comportándose, en este caso, la violencia de género como un factor desencadenante.

Tabla 06: Parto pretérmino en relación a la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho noviembre 2013 a febrero 2014.

Parto pretérmino	Casos (Gestantes con Violencia de género)		Controles (Gestantes sin Violencia de género)	
	Nº	%	Nº	%
Si	7	13.5	2	3.3
No	45	86.5	58	96.7
Total	52	100.0	60	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 3.867^{**} \quad \chi_t^2 = 3.841 \quad P < 0.05 \quad \text{g. l.} = 1$$

$$\text{OR} = 4.511 \text{ (IC95\% = 0.894 - 22.772) N. S.}$$

En la Tabla 06 se observa en el grupo de casos (gestantes con violencia de género) el 13.5% (7) presentaron parto pretérmino y el 86.5% (45) no presentaron. Mientras que en el grupo control (mujeres sin violencia de género) solo el 3.3% (2) presentaron parto pretérmino y el 96.7% (58) no presentaron.

De los resultados del presente cuadro concluimos que la consecuencia física de parto pretérmino se presentaron en el 13.5% (7) gestantes con violencia de género (casos).

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló dependencia estadística significativa de asociación entre la violencia de género con el parto pretérmino ($P < 0.05$), asimismo la prueba de Odds Ratio

(OR) resultó ser no significativa, ya que la violencia de género no puede comportarse como factor protector y de riesgo simultáneamente, invalidándose el resultado hallado de la prueba de Odds Ratio.

Velázquez et al (2010)⁴³, en la investigación "Violencia doméstica en el embarazo y factores asociados en gestantes atendidas en un establecimiento de salud en Caracas", Venezuela. Reportó de un total de 82 mujeres que padecieron de violencia doméstica, 15.9% (13) de parto pretérmino en mujeres que se encontraban en las últimas semanas de gestación y el 84.1% (69) no presentaron; resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Como se observa en los resultados hallados la violencia está relacionado con el parto pretérmino; sin embargo según la bibliografía esta se puede presentar en mayor porcentaje en aquellas mujeres que padecen de infección urinaria, con antecedentes de parto pretérmino; comportándose, en este caso, la violencia de género como un factor desencadenante.

Tabla 07: Ruptura Prematura de Membranas en relación a la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho noviembre 2013 a febrero 2014.

Ruptura Prematura de Membranas (RPM)	Casos (Gestantes con Violencia de género)		Controles (Gestantes sin Violencia de género)	
	Nº	%	Nº	%
Si	5	9.6	2	3.3
No	47	90.4	58	96.7
Total	52	100.0	60	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 1.876$ N. S. $\chi^2_t = 3.841$ $P > 0.05$ g. l. = 1
OR= 3.085 (IC95%= 0.572 – 16.625) N. S.

En la Tabla 07 se observa en el grupo de casos (gestantes con violencia de género) el 9.6% (5) presentaron ruptura prematura de membranas y el 90.4% (47) no presentaron. En el grupo control (mujeres sin violencia de género) el 3.3% (2) presentaron ruptura prematura de membranas y el 96.7% (58) no presentaron.

De los resultados del presente cuadro concluimos que la consecuencia física de ruptura prematura de membranas se presentaron en el 9.6% (5) gestantes con violencia de género.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado no se halló dependencia estadística significativa de asociación entre la violencia de género con la ruptura prematura de membranas (RPM) ($p > 0.05$), asimismo la prueba de Odds Ratio (OR) resultó también ser no significativa,

ya que la violencia de género no puede comportarse como factor protector y de riesgo simultáneamente, invalidándose el resultado hallado de la prueba de Odds Ratio.

Al respecto Medina (2005)¹³, en la investigación “Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada”, reportó ruptura prematura de membrana 29% (24), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación, sin embargo, se demuestra que la violencia de género incide en la salud de la gestante, convirtiéndose en un problema de salud.

Al observar los resultados hallados no se encontró asociación entre la violencia de género con la ruptura prematura de membranas, cabe mencionar que esta patología se presenta más en aquellas mujeres que presentan infecciones urinarias, vaginales y uterinas, por ello se debe realizar un examen clínico exhaustivo.

Tabla 08: Consecuencias Psicológicas: Ansiedad en relación a la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho noviembre 2013 a febrero 2014.

Ansiedad	Casos (Gestantes con Violencia de género)		Controles (Gestantes sin Violencia de género)	
	Nº	%	Nº	%
Si	24	46.2	32	53.3
No	28	53.8	28	46.7
Total	52	100.0	60	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 0.574 \text{ N. S.} \quad \chi_i^2 = 3.841 \quad P > 0.05 \quad \text{g. l.} = 1$$

$$\text{OR} = 0.75 \text{ (IC95\%} = 0.356 - 1.579) \text{ N. S.}$$

En la Tabla 08 se observa que en el grupo de casos (gestantes con violencia de género) el 46,2% (24) presentó ansiedad durante el embarazo y el 53,8% (28) no presentó. Y en el grupo control (mujeres sin violencia de género) el 53,3% (32) presentó ansiedad durante el embarazo y el 46,7% (28) no presentó ansiedad.

De los resultados del presente cuadro concluimos que la violencia de género durante el embarazo no se asocia a la consecuencia psicológica ansiedad.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado no se halló dependencia estadística significativa de asociación entre la violencia de género con la ansiedad ($P > 0.05$), asimismo la prueba de Odds Ratio (OR) resultó también ser no significativa, ya que la violencia de género no

puede comportarse como factor protector y de riesgo simultáneamente, invalidándose el resultado hallado de la prueba de Odds Ratio.

Svetlana et al (2007)⁹ en la investigación "Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México" quien reporta que la violencia psicológica fue la más reportada en la investigación con un 93% y de ellas el 15 % presentaron ansiedad; resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

La ansiedad es una de las consecuencias psicológicas que repercuten en la salud psíquica de la mujer gestante violentada y no violentada. Es así que las mujeres gestantes con violencia de género suelen presentar, rechazo a la gestación, ésta más cuando es un embarazo no deseado; pues, ello se relaciona a la vulnerabilidad de la mujer gestante, que la hace más débil y más susceptible de ser sometida y controlada por su pareja. Hay que señalar que la madre se encuentra en una situación muy complicada, porque sabe que el hombre que la maltrata, probablemente también golpeará a sus hijos.

Por otro lado se evidencia también que las mujeres gestantes sin violencia presentan ansiedad como complicación psicológica; pudiendo entonces inferir que las mujeres gestantes con y sin violencia ya sufren ansiedad, provocando en la mayoría de casos aislamiento familiar, tristeza, problemas de relaciones con su entorno, etc. Por lo que la gestante de nuestra región presenta vulnerabilidad, no sólo por su condición de mujer, sino también de su condición de "madre".

Tabla 09: Consecuencias Psicológicas: Baja Autoestima en relación a la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho noviembre 2013 a febrero 2014.

Baja autoestima	Casos (Gestantes con Violencia de género)		Controles (Gestantes sin Violencia de género)	
	Nº	%	Nº	%
Si	33	63.5	18	30.0
No	19	36.5	42	70.0
Total	52	100.0	60	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 12.577^{**} \quad \chi_i^2 = 3.841 \quad P < 0.05 \quad \text{g. l.} = 1$$

$$\text{OR} = 4.053 \text{ (IC95\%} = 1.840 - 8.926) ^{**}$$

En la Tabla 09 se observa que en el grupo de casos (gestantes con violencia de género) el mayor porcentaje 63,5%(33) presentó baja autoestima durante el embarazo y el 36,5%(19) no presentó baja autoestima. Mientras que en el grupo control (mujeres sin violencia de género) el 70% (42) no presentó baja autoestima durante el embarazo y solo el 30% (18) presentó baja autoestima.

De los resultados del presente cuadro concluimos que la violencia de género durante el embarazo se asocia a la consecuencia psicológica baja autoestima.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló dependencia estadística significativa de asociación entre la violencia de

género con la baja autoestima ($P < 0.05$), asimismo la prueba de Odds Ratio (OR) resultó también ser significativa, indicándonos que existe 4.053 veces mayor riesgo de padecer una baja autoestima a consecuencia de la violencia de género, convirtiéndose esta como un factor de riesgo.

Sánchez et al (2008)¹⁹, en la investigación "Violencia conyugal y depresión durante el embarazo", reportó que de 123 embarazadas con violencia de género tuvieron diagnóstico de baja autoestima, que actuó como un componente de riesgo tres veces más alto para que una mujer padeciera de violencia conyugal durante el embarazo (RM 3.5, IC95% 1.6, 7.5); resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación.

La violencia psicológica produce secuelas alarmantes en la esfera emocional de la mujer gestante; al tener baja autoestima y una percepción negativa del embarazo tiene una probabilidad significativa de padecer amenaza de aborto, parto pre término y otras complicaciones las que contribuyen a elevar las tasas de morbilidad materna en nuestra región.

El maltrato psicológico provoca un deterioro en su autopercepción como mujer, madre y persona, un aumento en las creencias negativas con respecto a sí misma.

Las continuas descalificaciones y agresiones verbales de su agresor, contribuye a una baja autoestima, porque el aislamiento a que es sometida la pone en una situación de privación de contactos sociales que mejoren esa

autoimagen. Por ello es importante realizar acciones en favor de la autoestima de las mujeres gestantes víctimas. Dichas acciones deben enfocarse en concientizar a la mujer gestante a reconocerse valiosas, e identificar oportunamente los factores de riesgo y factores estresores en el embarazo, así como el habilitar medidas de prevención e intervención para reducir los resultados adversos en la salud materna.

Tabla 10: Consecuencias Psicológicas: Depresión en relación a la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho noviembre 2013 a febrero 2014.

Depresión	Casos (Gestantes con Violencia de género)		Controles (Gestantes sin Violencia de género)	
	Nº	%	Nº	%
Si	42	80.8	31	51.7
No	10	19.2	29	48.3
Total	52	100.0	60	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 10.396^{**} \quad \chi_i^2 = 3.841 \quad P < 0.05 \quad g. l. = 1$$

$$OR=3.929 \text{ (IC95\% = 1.670 – 8.926) }^{**}$$

En la Tabla 10 se observa que en el grupo de casos (gestantes con violencia de género) el mayor porcentaje 80,8% (42) presentó depresión durante el embarazo y solo el 19,2% (10) no presentó. Mientras que en el grupo control (mujeres sin violencia de género) el 51,7% (31) presentó depresión durante el embarazo y el 48,3% (29) no presentó.

De los resultados del presente cuadro concluimos que la violencia de género durante el embarazo se asocia a la consecuencia psicológica depresión.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló dependencia estadística significativa de asociación entre la violencia de género con la depresión ($P < 0.05$), asimismo la prueba de Odds Ratio (OR) resultó también ser significativa, indicándonos que existe 3.929 veces mayor

riesgo de padecer depresión a consecuencia de la violencia de género, convirtiéndose esta como un factor de riesgo.

Lam et al (2008)²⁸, en la investigación “Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género” quien reporta que la prevalencia de depresión es mayor de 34.1%; resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Sánchez et al (2008)¹⁹, en la investigación “violencia conyugal y depresión durante el embarazo” reportó que de 123 embarazadas con violencia conyugal tuvieron diagnóstico de depresión moderada a severa en porcentaje dos a tres veces mayor que las mujeres que no padecían violencia conyugal (*RM* 3.5, *IC*95% 1.4, 8.5), resultados similares a los hallados en la presente investigación.

Salazar (2008)³⁹, en la investigación “Violencia intrafamiliar y social bajo la influencia del alcohol y las drogas”, reportó que del total de mujeres gestantes el 70% presentaron depresión clínica (puntaje >15) y 30% no presentó (puntaje ≤15); resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Del cuadro podemos decir que la depresión en mujeres gestantes se presenta en una proporción 4 veces mayor en pacientes que sufren violencia de género. Este resultado pone en evidencia el impacto que ésta tiene sobre la salud mental de la mujer, poniendo en peligro la integridad

psíquica, emocional y la dignidad, que como elemento en común tienen la aceptación de reglas de comportamiento impuestas por la pareja. Es así que las mujeres gestantes con violencia de género y depresión suelen abandonarse, no acudir a los servicios de salud para recibir atención, poniéndolas en situaciones de riesgos de enfermar.

Tabla 11: Caracterización de las gestantes con violencia de género. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho noviembre 2013 a febrero 2014.

Caracterización de las gestantes con violencia de género	Nº	%
Edad		
Adolescente (12-18 años)	9	17,3
Joven (20-30 años)	20	38,5
Adulta (más de 30 años)	23	44,2
TOTAL	52	100.0
Grado de instrucción		
Analfabeta	10	19,2
Primaria	24	46,2
Secundaria	7	13,5
Superior	11	21,1
TOTAL	52	100.0
Estado civil		
Soltera	12	23,1
Conviviente	32	61,5
Casada	8	15,4
TOTAL	52	100.0
Procedencia		
Urbana	20	38,5
Rural	17	32,7
Urbano marginal	15	28,8
TOTAL	52	100.0
Paridad		
Nulípara	23	44,2
Múltipara	29	55,8
TOTAL	52	100.0
Edad Gestacional		
Primer trimestre	24	46,2
Segundo trimestre	9	17,3
Tercer trimestre	19	36,5
TOTAL	52	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de recolección de datos.

En la Tabla 11 se aprecia que la violencia de género se presenta con mayor frecuencia en las gestantes adultas 44,2% (23), gestantes con grado de instrucción primaria 46,2% (24), de esto civil conviviente el 61,5% (32), de procedencia urbana 38,5% (20), de paridad múltipara 55,8% (29), y gestantes del el primer trimestre del embarazo 46,2% (24).

Caballero et al (2009)¹⁰ en la investigación "Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, Instituto Nacional de Salud Mental", reportó que la mayor frecuencia de violencia psicológica se presentó en mujeres con una edad media de 33.7 ± 8.2 años. El 46.9% eran convivientes. El 38.5 % tenía instrucción primaria, 34.6% secundaria y 5.5% analfabeta. La prevalencia de vida de violencia de pareja fue 74.1%. Comparadas con las casadas, aquellas separadas o divorciadas tenían cuatro veces el riesgo de haber sufrido violencia de pareja (OR 4.08 IC95% 3.41–4.88). Aquellas con educación secundaria tuvieron 29% mayor riesgo de haber sufrido violencia de pareja comparado las de educación superior. Los departamentos de la sierra central tuvieron una mayor prevalencia de violencia de pareja, resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación.

Cahuana (2003)¹¹, en la investigación "repercusiones clínicas de la violencia doméstica en gestantes que acudieron al hospital regional de Ayacucho" reportó que la mayor frecuencia de violencia doméstica se presentó en gestantes de 30 a 35 años 26.9% (36), gestantes de instrucción primaria 33,6% (45), gestantes convivientes con un 37,3% (50) y gestantes de

procedencia urbana con un 40,3% (54); resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación.

Castro (2004)⁸ en la investigación "Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas" refiere que de un total de 468 mujeres embarazadas con violencia tenían una edad promedio de 24 años (SD=5,7), con escolaridad promedio de 7,4 años (SD=3,4) y el 93.4% eran casadas o unidas; resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación.

Como podemos apreciar, la violencia de género es más frecuente en gestantes adultas (más de 30 años), luego de un periodo de convivencia más o menos largo que trae consigo problemas de pareja y en consecuencia alteraciones en las relaciones familiares. Pareciera mentira pero la convivencia formaliza la violencia, porque el cónyuge se siente en el derecho de hacer con ella todo lo que quiere, incluso decidir u hostigarla cuantas veces quiera, aun durante el proceso del embarazo. Es decir a mayor tiempo de convivencia, mayor nivel de violencia.

Podemos evidenciar también que la violencia de género es más frecuente en gestantes con bajo nivel educativo, que limita su desarrollo en el plano personal y profesional, lo que hace que el varón tenga mayor autoridad y recurra a la violencia ante cualquier problema o eventualidad. El nivel de instrucción se relaciona a las consecuencias de la violencia de género de manera indirecta, ya que no basta la educación curricular establecida para

formar a la persona en forma integral, hace falta una educación dirigida para rescatar valores morales que hoy en día se perdieron, que la mujer gestante conozca sus derechos.

La violencia de género se presenta en gestantes que proceden de la zona urbana, no porque en la zona rural el índice de violencia de género sea menor, sino porque al Hospital Regional de Ayacucho acuden mayormente gestantes de zona urbana. Algunas gestantes del área rural que se encontraron en el estudio fueron referidas por los puestos de salud debido a las complicaciones durante el embarazo.

Se precisa también que la violencia de género durante el embarazo se presenta en todos los espacios geográficos y estratos socioeconómicos, porque está inmersa dentro de la cultura machista que se transmite a diario.

En cuanto a la paridad predominan las gestantes multíparas; ya que la pareja obliga a la mujer a no tomar decisiones propias acerca de su fertilidad. Como también el miedo a la soledad por parte de la mujer gestante, por la cual decide tener más hijos, encontrando así en ellos compañía, seguridad y, tal vez, estabilidad emocional.

Así también en el primer trimestre de gestación se presenta la violencia en mayor porcentaje; ésta a causa de la ignorancia de la pareja que siente celos o tal vez quiere evitar una responsabilidad paternal provocando la pérdida de dicho embarazo; maltratando así a su pareja tanto física como psicológica.

CONCLUSIONES

De los resultados hallados en la presente investigación arribamos a las siguientes conclusiones:

1. La frecuencia de la Violencia de género en el Hospital Regional de Ayacucho fue de 46.4%.
2. El 48,1% de gestantes sufrieron violencia física y psicológica.
3. La violencia de género en gestantes se asocia a consecuencias físicas como: aborto con 26.9%, amenaza de aborto 15.4%, desprendimiento prematuro de placenta 11.5% y parto pretérmino 13.5%; y las consecuencias psicológicas como: baja autoestima con 63.5% y depresión 80.8%.
4. La violencia de género se presenta con mayor frecuencia en gestantes adultas con 44.2%, de grado de instrucción primaria 46,2%, de estado civil conviviente 61.5%, de procedencia urbana 38.5%, de paridad múltipara 55.8% y en el primer trimestre del embarazo con un 46.2%.

RECOMENDACIONES

1° Los profesionales de salud ante situaciones de violencia de género deben contar con la capacidad de acoger a la mujer violentada, no discriminarla, asegurar confidencialidad, entregar información sobre los recursos disponibles en la comunidad para intervenir en este problema y la derivación correspondiente a las instancias que brindan atención especializada.

2° Las mujeres víctimas de violencia de género deben contar con planes asistenciales, como: atención médica, legal psicológica y casas donde acogerlas.

3° Continuar realizando más investigaciones que involucre mayor población de mujeres gestantes, a nivel distrital, provincial y departamental que nos permita conocer la situación real de la violencia.

4° Las fichas de tamizaje de violencia que utilizamos en el proyecto deben ser evaluados y validados periódicamente para su mejor utilización.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Necesidad de implementar medidas de detección de violencia de género durante el control del embarazo. Acceso [10 de Julio 2013]. Disponible En: [Http://Www.Who.Int/Es/Oms](http://www.who.int/es/oms)
2. Organización de Naciones Unidas/ Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud. Washinton, DC: OMS, 2002. Serie de Informes Técnicos. Acceso [17 de agosto 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/es/OMS>
3. ENDES. Violencia contra las Mujeres: El Principal Problema de las Peruanas. acceso [8 de mayo 2012]. Disponible en: <http://sin-violencia-sexual.promsex.org/articulos/16-violencia-contra-las-mujeres-el-principal-problema-de-las-peruanasb>
4. Tristán Flora. Revista Peruana-Lima Salud 2005: Violencia Familiar, Violencia Sexual, Aborto, Derechos Reproductivos. Rev. Latino de Enfermería [online]. 2005; vol. 8(1), pp. 45-68.
5. CEM (Centro De Emergencia Mujer – Ayacucho). Violencia Familiar Y Violencia Sexual Contra Las Mujeres” Julio 2007 Acceso [3 De Mayo 2013]. Disponible En: http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id.=4094:ministerio-de-la-mujer-y-unfpa-presentan-programa-onjunto.
6. Arcos Estela, Uarac, Myrna, Molina Irma. Impacto de la violencia

- doméstica y sexualidad. *Rev. méd. Chile* [online]. 2003, vol.131, n.12, pp. 1454-1462. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003001200014>.
7. Castro Roberto, Ruiz Agustin. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Rev. Saúde Pública* [periódico en Internet]. 2004 acceso [2014 Mayo 22]; 38(1): 62-70. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100009&lng=pt.
 8. Svetlana Vladislavovna, Pamanes Gonzales Veronica, Billings L. Deborah, Torres Arreola Laura del Pilar. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.4, pp. 582-590. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400012>.
 9. Cuevas Sofía. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2006 citado [2014 Mayo 23]; 48(Suppl 2): s239-s249. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800004&lng=es.
 10. Caballero July, Milena Alfaro, Núñez Yesenia, Harold Torres. Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, Instituto Nacional

- de Salud Mental. Honorio Delgado Hideyo–Noguchi. Lima-Perú. 2004 – 2007. Maestría en Epidemiología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú. Rev. Perú. epidemiol. Vol. 13 (3) Diciembre 2009.
11. Cahuana Filomena. Repercusiones clínicas de la violencia doméstica en las gestantes que acuden al Hospital Regional de Ayacucho mayo – julio 2003. [tesis titulación]. Perú. UNSCH Facultad de Obstetricia; 2003.
 12. Ramos Manuela. proyecto Regional RLA/97/14 informes nacionales sobre la situación de la violencia de género contra las mujeres – Ayacucho 2009 Acceso [23 de agosto 2014]. Disponible en: <http://www.manuela.org.pe/>
 13. Medina Diana. Violencia Física y Psicológica contra la Mujer Embarazada. [revista en Internet] 2005 setiembre [acceso 20 de abril de 2014]; Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2001/violencia>.
 14. Pinto Nélica. “Repercusiones de la Violencia Basada en Género sobre la Salud de las Mujeres”. Perú: Ginecología y Obstetricia. 2006: pág. 58
 15. García Carmen et. al. Violencia de género durante el embarazo: Prevalencia, Riesgos Y Prevención. Estudio de Revisión. Profesora Asociada de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda, Venezuela. Santiago de Compostela. 2011.
 16. Bohle Ximena et. al. Magnitud y características de la violencia

- doméstica en las mujeres embarazadas atendidas en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Regional Valdivia. [tesis pregrado]. Valdivia Servicio de Publicación e Intercambio Científico; Chile 2008.
17. VaizBonifaz Rosa, SpanóNakano Ana Marcia. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Rev. Chil Latino-Am. Enfermagem.* 2004; 12 (spe): .433-438. Chile, 2004. DOI 10.1157/13069873.
 18. Pontecorvo Carla et al. Violencia de género contra la mujer: Una encuesta en consultorios de atención primaria. *Medicina.* (B. Aires) [online]. 2004, 64(6). Pp. 492-496. Disponible en: <<http://www.scielo.org.ar/scielo.php>
 19. Sánchez Bernarda et al. Violencia conyugal y depresión durante el embarazo. *Salud pública Méx* [online]. 2008, 50(5) [citado 2014-03-24], pp. 353-354. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.
 20. Paredes Solís et al. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada un estudio con base poblacional en Ometepec. *Rev. En Guerrero. México* 2008; 5(3): 34-50.
 21. Núñez Rivas Hilda, Monje Rojas Rafal, OriosDavila Carla, Elizondo

MIMDES.gob.pe.

36. Contreras Pulache Hans. et al. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública, Lima 2013; 30(3). Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300002&lng=es&nrm=iso>. accedido en 22 mayo 2014.
37. Elsevier B. Diccionario de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. 6° ed. Chile; Mosby Pocket; 2000. pág. 1592.
38. Ramírez Rodríguez J.C. Vargas P. La violencia doméstica contra la mujer: apuntando a la inequidad intergeneracional desde lo cuantitativo. Latin American Studies Association. XX Congreso Internacional; Guadalajara, Jalisco, México 1997.
39. Salazar Edy. Violencia intrafamiliar y social bajo la influencia del alcohol y las drogas. [revista en internet]* 2008 julio-diciembre. [acceso 20 de enero del 2014]; 10(2). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=145217279002>
40. Bardales Olga. Estado de las investigaciones en violencia familiar en el Perú MIMDE-2003. [revista en internet]* 2006 setiembre-diciembre. [acceso 11 de enero del 2014]; 41(4) Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/diag_violencia_sexual.pdf.

41. AlvaradoZaldivar, Gloria; Salvador Moysen, Jaime; Estrada Martinez, Sergio. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud pública Méx* [online]. 1998, vol.40, n.6, pp. 481-486. ISSN 0036-3634. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341998000600004>
42. Carmona Alejandra. Violencia de género: Un factor de riesgo para la Salud Individual y Comunitaria. I Jornada de salud y género de las Islas Baleares. [revista en internet]* 2006 setiembre-diciembre. [acceso 11 de agosto del 2014]: 41(4) Disponible en:<http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456ZI69792&id=69792>
43. Velázquez J, Figueroa Y, Martínez M, Rodríguez E. Violencia doméstica en el embarazo y factores asociados en gestantes atendidas en un establecimiento de salud en Caracas, Venezuela. *Resumen de investigaciones Científicas*, 2010, Vol., 1(2): 245-256

ANEXOS

ANEXO 01:

**CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN GESTANTES QUE ACUDAN AL
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO,
NOVIEMBRE 2013 A FEBRERO 2014”**

FICHA DE ENTREVISTA Y RECOLECCION DE DATOS

FECHA: _____

Nº: _____

1. DATOS GENERALES:

a) Edad:

Adolescente Joven
Adulta

b) Grado de instrucción:

Analfabeta Primaria
Secundaria Superior

c) Estado civil:

Soltèra Casada
Conviviente

d) Procedencia:

Urbana Urbano marginal
Rural

e) Paridad:

Nulípara Multípara

f) Edad gestacional:

1er trimestre 2do trimestre
3er trimestre

2. VIOLENCIA DE GÉNERO EN GESTANTES(Historia Clínica – Ficha de Tamizaje:

Si (Positivo a tamizaje de violencia)

No (Negativo a tamizaje de violencia)

2.1 TIPOS:

Físico Psicológicos

3. CONSECUENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS GESTANTES

(Historia Clínica):

Diagnostico Medico:

Amenaza de aborto

Aborto

Desprendimiento prematuro de placenta

Ruptura prematura de membranas

Parto pre termino

Otros: _____

ANEXO 02:

TEST DE BECK (DEPRESIÓN)

Lee cuidadosamente cada una de las preguntas y selecciona aquella que describe mejor tu estado en los últimos días, semanas o meses.

Fecha: _____

Nº: _____

PREGUNTA 1.

1. No me siento triste
2. Me siento triste.
3. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
4. Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo.

PREGUNTA 2.

1. No me siento especialmente desanimada respecto al futuro.
2. Me siento desanimada respecto al futuro.
3. Siento que no tengo que esperar nada.
4. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

PREGUNTA 3.

1. No me siento fracasada.
2. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
3. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
4. Me siento una persona totalmente fracasada.

PREGUNTA 4.

1. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
2. No disfruto de las cosas tanto como antes.
3. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
4. Estoy insatisfecha o aburrida de todo.

PREGUNTA 5.

1. No me siento especialmente culpable.
2. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
3. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
4. Me siento culpable constantemente.

PREGUNTA 6.

1. No creo que esté siendo castigada.
2. Me siento como si fuese a ser castigada.
3. Espero ser castigada.
4. Siento que estoy siendo castigada.

PREGUNTA 7.

1. No estoy decepcionada de mí misma.
2. Estoy decepcionada de mí misma.
3. Me da vergüenza de mí misma.
4. Me detesto.

PREGUNTA 8.

1. No me considero peor que cualquier otro.
2. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
3. Continuamente me culpo por mis faltas.
4. Me culpo por todo lo malo que sucede.

PREGUNTA 9.

1. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
2. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
3. Desearía suicidarme.
4. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

PREGUNTA 10.

1. No lloro más de lo que solía llorar.
2. Ahora lloro más que antes.
3. Llora continuamente.
4. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

PREGUNTA 11.

1. No estoy más irritada de lo normal en mí.
2. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
3. Me siento irritada continuamente.
4. No me irrita absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

PREGUNTA 12.

1. No he perdido el interés por los demás.
2. Estoy menos interesada en los demás que antes.
3. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
4. He perdido todo el interés por los demás.

PREGUNTA 13.

1. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
2. Evito tomar decisiones más que antes.
3. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
4. Ya me es imposible tomar decisiones.

PREGUNTA 14.

1. No creo tener peor aspecto que antes.
2. Me temo que ahora parezco más vieja o poco atractiva.
3. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva.
4. Creo que tengo un aspecto horrible.

PREGUNTA 15.

1. Trabajo igual que antes.
2. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
3. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
4. No puedo hacer nada en absoluto.

PREGUNTA 16.

1. Duermo tan bien como siempre.
2. No duermo tan bien como antes.
3. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
4. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

PREGUNTA 17.

1. No me siento más cansada de lo normal.
2. Me canso más fácilmente que antes.
3. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
4. Estoy demasiado cansada para hacer nada.

PREGUNTA 18.

1. Mi apetito no ha disminuido.
2. No tengo tan buen apetito como antes.
3. Ahora tengo mucho menos apetito.
4. He perdido completamente el apetito.

PREGUNTA 19.

1. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
2. He perdido más de 2 kilos y medio.
3. He perdido más de 4 kilos.
4. He perdido más de 7 kilos.

PREGUNTA 20.

1. No estoy preocupada por mi salud más de lo normal.
2. Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
3. Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
4. Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

PREGUNTA 21.

1. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
2. Estoy menos interesada por el sexo que antes.
3. Estoy mucho menos interesada por el sexo.
4. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

1	10	= normal
11	16	= leve
17	20	= intermitente
21	30	= moderada
31	40	= grave
40	63	= extrema

ANEXO 03:

TEST DE ANSIEDAD DE BECK

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en los últimos meses, semana e incluyendo hoy:

	En absoluto	Leve	Moderada	Severa
Con visión borrosa o entumecida.				
Con sensación de calor.				
Con temblor en las piernas.				
Con incapacidad de relajarse.				
Con temor a que ocurra lo peor.				
Con mareada, o que se le va la cabeza.				
Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
Con inestable.				
Con temerizada o asustada.				
Con Nerviosa.				
Con sensación de bloqueo.				
Con temblores en las manos.				
Con Inquieta, insegura.				
Con miedo a perder el control.				
Con sensación de ahogo.				
Con temor a morir.				
Con miedo.				
Con problemas digestivos.				
Con desvanecimientos.				
Con rubor facial.				
Con sudores, fríos o calientes.				

0 13 = mínima
14 19 = leve
20 28 = moderada
29 63 = grave

ANEXO 04:

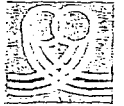
TEST AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Lee cuidadosamente cada una de las preguntas y selecciona aquella que describe mejor tu estado en los últimos días, semanas o meses.

	Muy de acuerdo	Muy en Desacuerdo	De acuerdo	En desacuerdo
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
Estoy convencida de que tengo cualidades buenas.				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
En general estoy satisfecha de mi misma.				
Siento que no tengo mucho de que estar orgullosa.				
En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.				
Me gustaría sentir más respeto por mí misma.				
Hay veces que realmente pienso que soy una inútil.				
A veces pienso que no soy buena persona.				

0 25 = autoestima baja
26 29 = autoestima normal o media
30 40 = autoestima elevada

FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO



CIUDAD DE SALUD: ESTABLECIMIENTO:

DEPARTAMENTO: Emergencia Pediatría Ginecología Obstetricia CRED Medicina PF
 Otros

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO:

SEXO: Masculino Femenino

EDAD:

Lea al Paciente:

que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si usted está en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:

Preguntas:

	Si	No	
Adulto (a).			
¿alguna vez ha sido maltratada psicológicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿alguna vez ha sido maltratada físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿ha sido forzada a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			¿Quién?.....
			¿Desde Cuándo?.....
			¿Cuándo fue la última vez?.....
	Si	No	
niño, niña - adolescente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Te castigan tu papá o tu mamá? ¿Cómo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			¿Quién?.....
			¿Desde Cuándo?.....
			¿Cuándo fue la última vez?.....

Marque (x) todos los indicadores de maltrato, que observe: En todos los casos: niña (o), adolescente, adultos(s), adulta mayor (o)

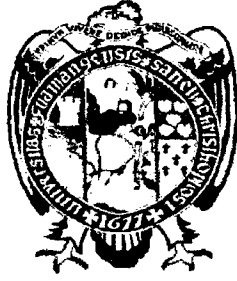
	PSICOLÓGICO	SEXUALES
Moretones y contusiones inexplicables	Extrema falta de confianza en si mismo	Conocimiento y Conducta sexual inapropiadas (niños)
Quemaduras inexplicables	Tristeza, depresión o angustia	Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital
Moradurias	Retraimiento	Embarazo precoz
Lesiones en vulva, perineo y recto, etc.	Llanto frecuente	Abortos o amenaza de infecciones de transmisión sexual
Lesiones en la boca, mejilla, ojos, etc.	Exagerada necesidad de ganar, sobresalir	NEGLIGENCIA
Casos sin causa física: cefalea, pesadez de sueño (mucho sueño, interrupción)	Demandas excesivas de atención	Falta de peso o pobre patrón de crecimiento
	Tartamudeo	No tiene vacunas o atención de salud
	Temor a los padres o de llegar al hogar	Accidente o enfermedades muy frecuentes
	Rojo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad	Descuido en higiene y falta de estimulación del desarrollo
	Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde	Fatiga, sueño, hambre
	Bajo rendimiento académico	
	Aislamiento de personas	
	Intento de suicidio	
	Uso alcohol, drogas	
	Tranquilizantes o analgésicos	

..... DERIVADO POR FIRMA Y SELLO:

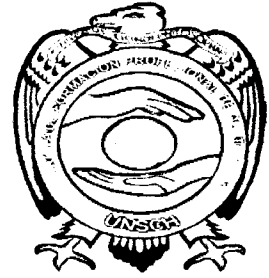
..... EL PROFESIONAL QUE ATENDIO EL CASO:

..... LUGAR: HOSPITAL: CENTRO DE SALUD OTROS





**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**



**FACULTAD DE
OBSTETRICIA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE OBSTETRICIA

**“CONSECUENCIAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA
DE GÉNERO EN GESTANTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE
GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO,
NOVIEMBRE 2013 A FEBRERO 2014”**

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: MATERNA – PERINATAL

PRESENTADO POR:

SULCA ENRIQUEZ, Zulma Edith

DNI N°: 44392565

VEGA ARANGO, Maybi Zuly

DNI N°: 46611210

TÍTULO PROFESIONAL DE: OBSTETRA

AÑO DE APROBACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN: 2014

“CONSECUENCIAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN GESTANTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, NOVIEMBRE 2013 A FEBRERO 2014”

Planteamiento del problema: La violencia de género es un problema de salud pública que afecta a las mujeres, principalmente durante el embarazo. Constituye una realidad trágica en la que viven millones de mujeres en el ámbito mundial. La violencia durante el embarazo, por tanto, es una agresión que pone en peligro no sólo una vida, sino dos. En consecuencia la mujer embarazada está en riesgo de sufrir estrés, depresión, ansiedad, baja autoestima, aborto, ruptura prematura de membranas, parto pre término y otros. Sumándose a ellos la pérdida de interés de la madre en su salud y la de su hijo, durante el embarazo y después del parto. **Objetivo:** Conocer las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia de género en gestantes que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho, durante los meses noviembre 2013 a febrero 2014. **Hipótesis:** La violencia de género en gestantes ocasiona consecuencias físicas como aborto, amenaza de aborto, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, parto pre término; psicológicas como ansiedad, depresión y baja autoestima. **Marco Teórico:** La violencia de género es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada¹. La violencia de género, se da en todos los países y ámbitos, en la vida de pareja y en la vida comunitaria, contra mujeres de cualquier edad y condición social. La violencia de género durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una, sino dos vidas². “Si bien en la mayor parte de la violencia de género los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estos van dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales”, como consecuencia la mujer embarazada está en el riesgo de sufrir depresión, ansiedad, baja autoestima, aborto, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino y otros; estos pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, durante el embarazo como después del parto³. **Conclusión:** La frecuencia de la Violencia de género en el Hospital Regional de Ayacucho fue de 46.4%. El 48,1% de gestantes sufrieron violencia física y psicológica. La violencia de género en gestantes se asocia a consecuencias físicas como: aborto con 26.9%, amenaza de aborto 15.4%, desprendimiento prematuro de placenta 11.5% y parto pretérmino 13.5%; y las consecuencias psicológicas como: baja autoestima con 63.5% y depresión 80.8%. La violencia de género se presenta con mayor frecuencia en gestantes adultas con 44.2%, de grado de instrucción primaria 46,2%, de estado civil conviviente 61.5%, de procedencia urbana 38.5%, de paridad múltipara 55.8% y en el primer trimestre del embarazo con un 46.2%.

Referencia Bibliografía:

1. Organización Mundial de la Salud. Necesidad de implementar medidas de detección de violencia de género durante el control del embarazo. Disponible En: [Http://www.who.int/es/Oms](http://www.who.int/es/Oms).
2. Organización de Naciones Unidas/ Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud. Washinton, DC: OMS, 2002. Serie de Informes Técnicos. Acceso [17 de agosto 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/es/OMS>.
3. ENDES. Violencia contra las Mujeres: El Principal Problema de las Peruanas. acceso [8 de mayo 2012]. Disponible en: <http://sin-violencia-sexual.promsex.org/articulos/16-violencia-contra-las-mujeres-el-principal>.

**"PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL OF GENDER VIOLENCE IN PREGNANT
CONSEQUENCES THAT CAME TO SERVE THE REGIONAL HOSPITAL OBSTETRICS
GYNECOLOGY of AYACUCHO, NOVEMBER 2013 TO FEBRUARY 2014"**

Problem statement: Gender violence is a public health problem that affects women, especially during pregnancy. It is a tragic reality that millions of women in the global arena. Violence during pregnancy, therefore, is an aggression that threatens not only lives, but two. Thus the pregnant woman is at risk for stress, depression, anxiety, low self-esteem, abortion, premature rupture of membranes, preterm delivery, and others. Joining them losing interest in the mother in her health and that of your child during pregnancy and after delivery.

Objective: To determine the physical and psychological consequences of gender violence in pregnant women attending the service of Gynecology and Obstetrics of the Regional Hospital of Ayacucho, during the months November 2013 to February 2014.

Hypothesis: Gender violence in pregnant brings physical consequences such as abortion, threatened abortion, placental abruption, premature rupture of membranes, preterm delivery term; psychological as anxiety, depression and low self-esteem.

Theoretical Framework: Gender violence is any act of violence based on belonging to the female or is likely to result in damage or physical, sexual or psychological suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public life and private¹. Gender violence, occurs in all countries and areas, life partner and community life, against women of all ages and social status. Gender violence during pregnancy is an aggression that threatens not only one but two lives². "While most of gender violence blows are aimed at the head of the victim, during pregnancy these are directed to the breasts, abdomen or genitals", following the pregnant woman is at risk suffer from depression, anxiety, low self-esteem, abortion, premature rupture of membranes, preterm delivery, and others; These may include loss of interest of the mother in her health and that of her child during pregnancy and after delivery³.

Finding: The prevalence of gender violence in the Regional Hospital of Ayacucho was 46.4%. 48.1% of pregnant women suffered physical and psychological violence. Gender violence in pregnant women is associated with physical consequences of abortion with 26.9%, 15.4% threatened abortion, placental abruption 11.5% and 13.5% preterm birth; and psychological consequences such as low self-esteem with 63.5% and 80.8% depression. Gender violence occurs most frequently in adult mothers with 44.2% of primary-school education 46.2% from 61.5% a common law marriage, from urban 38.5%, 55.8% of multiparous parity and the first quarter of pregnancy with 46.2%.

Bibliographic Reference:

1. World Health Organization. Need to implement measures for detection of domestic violence during pregnancy control. Available In: [Http://www.Who.Int/Es/OMS](http://www.Who.Int/Es/OMS).
2. Organization of UN / Pan American Health Organization Nations. World report on violence and health. Washington, DC: WHO Technical Report Series 2002 . Access [17 August 2014]. Available in: <http://www.who.int/es/OMS>.
3. DHS. Violence against Women: The Greatest Problem Peruvian. Access [8 May 2012]. Available in : <http://sin-violencia-sexual.promsex.org/articulos/16-violencia-contra-las-mujeres-el-principal>