



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO, PERIODO ENERO A MARZO
DEL 2018**

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

PRESENTADO POR: KAREN NATIVIDAD RAMOS DEL AGUILA

ASESOR: Mg. Obsta Rocio Ortiz Malpartida

PUCALLPA, PERÚ

SETIEMBRE, 2018

INDICE

	Pág.
CARATULA	I
ÍNDICE	II
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMEINTO	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	IX

CAPITULO I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1	Descripción de la Realidad Problemática.....	1
1.2	Delimitación de la investigación.....	4
1.3	Formulación del Problema	6
1.3.1	Problema principal.....	6
1.3.2	Problemas secundarios.....	6
1.4	Objetivos de la investigación.....	6
1.4.1	Objetivo general.....	6
1.4.2	Objetivos específicos.....	7
1.5	Hipótesis.....	7
1.5.1	Hipótesis general.....	7
1.5.2	Hipótesis secundaria.....	7
1.5.3	Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores...	8
1.6	Diseño de la Investigación.....	10
1.6.1	Tipo de investigación.....	10
1.6.2	Nivel de la investigación.....	10
1.6.3	Método.....	10
1.7	Población y muestra.....	10
1.7.1	Población.....	10
1.7.2	Muestra.....	10
1.8	Técnicas e instrumentos.....	12
1.8.1	Técnicas.....	12

1.8.2 Instrumentos.....	12
1.9 Justificación.....	13

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación.....	15
2.1.1 Antecedentes.....	15
2.1.2 Bases teóricas.....	23
2.1.3 Definición de términos.....	40

CAPITULO III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS..... 43

CONCLUSIONES.....	69
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	71
-----------------------------	-----------

FUENTES DE INFORMACION.....	72
------------------------------------	-----------

ANEXOS

Encuesta.....	76
Matriz de consistencia.....	80
Juicio de expertos.....	81
Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio.....	82

DEDICATORIA:

- Este trabajo está dedicado a nuestro padre Dios, él que siempre me da fuerzas para seguir adelante.
- A mi madre, Sonia Del Aguila por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.
- A mi señor padre: Luis Ramos a pesar de las circunstancias seguimos luchando con la vida y por la salud.
- A mi pareja por su comprensión y apoyo incondicional.

Agradezco a:

- Agradezco a mis queridos profesores, por haberme enseñado todo lo que sé de esta hermosa profesión.
- Agradezco a los diferentes profesionales del Hospital Amazónico y Hospital Regional de Pucallpa por brindarme las enseñanzas de mi formación académica y darme facilidades para cumplir con el trabajo de investigación
- Agradezco el apoyo de mi Asesora y Directora de Escuela por el apoyo y la confianza depositada.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo de:** Determinar los factores asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018. **Material y métodos.** El presente proyecto hace referencia a un estudio transversal, prospectivo y cuantitativo. El nivel de la investigación, se enmarca en un estudio Analítico correlacional. La población estuvo conformada por 325 y la muestra de 176 gestantes, se utilizó la técnica de la entrevista. **Resultados:** la edad promedio está comprendida por el 34.1% (20 a 25 años), siendo la edad promedio 21 años; sobre el estado civil se concluye que, el 69.3%, son convivientes; sobre el grado de instrucción de las gestantes en estudio se concluye que el 43.8% son gestantes con estudios secundarios completos y el 80.1% son amas de casa; el 48.9% recibe dinero de la pareja, el 64.8% tuvieron entre 0 a 2 hijos, 68.8% de las gestantes estuvieron dentro del III trimestre, el 55.1%, no usaron nunca un métodos de planificación familiar; sobre las características de la pareja: la edad de las parejas están representados con el 54% más de 31 años, el 55% de las parejas tienen un grado de instrucción secundaria, el 71% tuvieron entre 1 a 3 parejas sexuales el 42,6% refieren que están dentro de una relación seria. **Conclusiones:** Estadísticamente se concluye: que los factores socioeconómicos de las gestantes con una correlación $P:0.01$, no existe correlación lineal debido que el nivel de significancia es de 0,253; por lo que se determina que los factores sociodemográficos pudieran estar presentes o no en la violencia de genero de las gestantes. Se aprecia que entre los factores gineco-obstetricos y la violencia de género no existe una relación directa, la relación es de 0,371, Lo que determina que los factores gineco obstétricos no se relaciona directamente con la violencia de género y se aprecia que entre las características de la pareja si existe correlación con la violencia de género nivel de significancia que es de: 0,006. Lo que determina la actitud del principal agresor quien desencadena la violencia a la gestante

Palabras clave:

- Violencia basada en genero
- Gestante

ABSTRACT

The present study **was aimed at:** Determine What are associated with gender violence in pregnant women treated at the Amazonian Hospital, during the period from January to March 2018. **Material and methods.** The present project refers to a cross-sectional, prospective and quantitative study. The level of the investigation, is framed in a correlational Analytical study. The population consisted of 325 and the sample of 176 pregnant women, the interview technique was used. **Results:** the average age is comprised by 34.1% (20 to 25 years), with the average age being 21 years; on the civil status it is concluded that, 69.3% (122), are cohabiting; on the level of education of pregnant women under study it is concluded that 43.8% (77) are pregnant with full secondary education and 80.1% (141) are housewives; 48.9% (86) receives money. On the gynecological-obstetric data were: 64.8% (114) had between 0 to 2 children, 68.8% (121) of the pregnant women were within the III quarter, 55.1% (97), never used a family planning methods and the age of the couples are represented with 54% over 30 years, 81.8% if they mentioned that their partner are stable. **Conclusions:** It is concluded that the socioeconomic factors of pregnant women with a correlation P: 0.01, there is no linear correlation because the level of significance is 0.253; so it is determined that the sociodemographic factors may or may not be present in the gender violence of pregnant women, it is appreciated that among the gynecological-obstetric factors and gender violence there is no direct relationship, the ratio is 0.371, which determines that obstetric gynecological factors are not directly related to gender violence and it is appreciated that between the characteristics of the couple if there is a relationship with gender violence level of sig:, 006. the attitude of the main aggressor that is their partner, and that the violence could be present in any situation

Keywords:

Gender-based violence

- Pregnant

INTRODUCCION

Desde hace algunos años, dentro de los problemas sociales y de derechos humanos, la violencia contra la mujer es considerada uno de los principales problemas de salud, teniendo serias repercusiones. Esta violencia es denominada "violencia basada en género" ejecutada por su pareja e incluso contra la mujer embarazada. Se ha reportado que en el mundo entre el 1% y el 70 % de las mujeres señalan haber sido agredidas físicamente o psicológicamente por una pareja masculina. (1) Se ha observado que la prevalencia de violencia de pareja en mujeres embarazadas es mayor en los países en vías de desarrollo (3.8% hasta 33.5%), comparado con los países industrializados (3.4% hasta 11%).(2) En algunas partes de México se ha encontrado prevalencia de violencia en mujeres por los hombres con quienes ellas conviven o tienen una relación sentimental entre el 21.5% y el 70% y de 25 a 35% en las mujeres embarazadas.(3) La violencia de género durante el embarazo es un problema que ocurre en todas las sociedades del mundo sin distinción de clase, raza, edad o religión.(4).

En el Perú (tanto en Lima como en provincias) se vive una situación particularmente crítica; en un estudio de la OMS, Guezmes y col (5) encontraron que en Lima el 14.8% de las mujeres entrevistadas refirió antecedente de violencia durante el embarazo y 27.6% en el caso de Cusco. Cripe y col (6) en un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) con una muestra de 2 167 puérperas encontró que el 40% había sido víctima de violencia durante su embarazo. Estas cifras, son alarmantes debido a las consecuencias sobre el normal desarrollo del embarazo, tanto para la madre, como para el producto de la concepción; y permaneciendo como una situación poco investigada en el campo de la salud mental de las mujeres embarazadas sometidas a maltrato. Las mujeres embarazadas que sufren maltrato físico poseen tres veces más riesgo de muerte por homicidio y las sometidas a maltrato psicológico tienen mayor tendencia a presentar desequilibrios en la salud mental, lo que se asocia también a una mayor probabilidad de embarazos no planificado

(7). Se ha revelado que la violencia contra la mujer embarazada afecta la salud física y mental, provocando un mayor riesgo de muerte materna, suicidios, infecciones de transmisión sexual, trastornos ginecológicos, abortos espontáneos, partos pre términos. En el infante, hay un mayor riesgo de bajo peso al nacer, riesgo de morir en el primer año de vida y desnutrición. (8). Este trabajo tuvo la finalidad de investigar algunos factores que podrían asociarse a la violencia de género en las gestantes, tales como su situación socioeconómico, sus antecedentes gineco-obstetricos de la mujer o las características de los varones quienes desencadenan la violencia basada en género, se determinara esta situación riesgosa de la mujer embarazada mediante una entrevista dirigida a la mujer y se planteó a formular programas preventivos de violencia a la mujer gestante, fortalecer el autoestima de las gestantes y sobre todo a no callar. Además permitirá a los profesionales de obstetricia el manejo integral de nuestras gestantes y abordar algunas causas indirectas de algunas patologías comunes en las gestantes.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Durante la última década la violencia contra la mujer representa un problema de salud pública a nivel mundial. La violencia doméstica (VD) se define como cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psicológico o sexual (9). En un estudio realizado en doce países latinoamericanos y del caribe, se encontró que la violencia contra las mujeres por parte de un esposo/compañero está generalizada siendo un gran porcentaje de mujeres alguna vez casadas o unidas informaron haber sufrido alguna vez violencia física o sexual por parte de un esposo/compañero, entre un 17% en República Dominicana y del 53,3 % en Bolivia (10).

En países como Jamaica y Bolivia se informó que el porcentaje de mujeres que informaron violencia física o sexual en los últimos 12 meses por parte de un esposo/compañero era menor que el porcentaje de las que informaron esa violencia alguna vez, pero la prevalencia de violencia reciente por parte de un esposo/compañero era sustancial, entre un 7,7 % y 25,5 % (9).

Reportes recogidos en el Perú (11,12), sobre mujeres con violencia coinciden con que se cuenta con una elevada prevalencia de violencia física o sexual de pareja hacia la mujer, que varía entre 15 a 78% entre países e incluso entre diferentes sitios del mismo país. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) existen una gran variedad según los ámbitos geográficos o lugares de residencia.

La violencia de género duplica su riesgo si se trata de una mujer gestante, es un grave problema de salud pública que afecta el bienestar del binomio madre-hijo. Los factores desencadenantes de la violencia son diversos, sin embargo las consecuencias observadas son similares en los diferentes grupos sociales y abarcan desde secuelas psicológicas hasta causas de morbilidad materno-infantil. La violencia en la gestante es un problema que compromete su bienestar y la del niño por nacer. Se han realizado estudios que demuestran la asociación del tipo de violencia con las complicaciones en el embarazo y el parto. A pesar de tener información al respecto, es importante conocer y determinar estas relaciones en la población adolescente. El estudio de la violencia en la gestación es un tema complejo, cuyo análisis requiere la indagación de las repercusiones en el desarrollo del embarazo. Es de vital importancia su abordaje debido al patrón de conducta del maltrato físico, psicológico y sexual. (13)

La violencia compromete el bienestar y conlleva a resultados materno-fetales adversos como el parto pre-término, la restricción de crecimiento intrauterino, el sufrimiento fetal, pre-eclampsia, infección del tracto urinario, entre otras. La gestante maltratada sufre estrés permanente, del cual devienen consecuencias negativas en la salud mental de las víctimas. El estrés, producto de la violencia, tiene secuelas psíquicas, entre ellas trastornos emocionales y alteraciones del

comportamiento. Las consecuencias psíquicas del estrés desencadenan patrones de depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento y en el peor de los casos suicidio. La conducta sexual es un tema importante, debido las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades, generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común.

Por lo tanto, el embarazo suscita la aparición de la violencia en el entorno familiar o agudiza los casos existentes de agresión en el hogar. La violencia en la gestante, es un aspecto de la problemática social que en la actualidad aqueja a la sociedad; ocasionando daño biosico social. Son incalculables las implicancias de la violencia intrafamiliar en la gestante, cuyos efectos se ven reflejados en los indicadores de salud reproductiva. La violencia intrafamiliar repercute en los resultados maternos; aumentado el riesgo de padecer alguna complicación en el embarazo. El estudio de la violencia, en la población gestante, es importante para el diseño de políticas de intervención que consideren la prevención de los resultados maternos adversos.

Los objetivos del milenio, así como el plan bicentenario nacional, mencionan como prioridad la disminución de la morbilidad materna y promueven como estrategias y/o políticas la disminución del embarazo adolescente y de la violencia familiar. Por consiguiente, la erradicación de la violencia familiar requiere de la intervención multidisciplinaria del sistema de salud y de las instituciones de protección social y de acceso a la justicia. (14) La participación del personal de salud es necesaria, pues constituye el primer punto de contacto con las intervenciones que suprimen la violencia intrafamiliar en el embarazo. Por lo tanto, la capacitación del sector de salud sobre los lineamientos políticos para erradicar la violencia familiar, así como los mecanismos por los cuales la violencia tiene efectos adversos en el embarazo, coadyuvan con

resultados maternos favorables. No es suficiente el conocer los temas relacionados con la violencia, sino el investigar y analizar con mayor precisión sus efectos en el embarazo, respecto a una población objetivo específico como la población gestante. Las investigaciones de los efectos de la violencia en la gestación, permiten brindar información a los profesionales de la salud para sustentar y/o proponer programas o acciones dentro de las Instituciones de salud, alineados con los objetivos del Ministerio de Salud, que a su vez se alinean con los objetivos de la Organización Mundial de la Salud. La investigación de los resultados de la violencia intrafamiliar en el embarazo es un tema relevante en el desempeño profesional del Obstetra. La comprensión de los efectos de la violencia en la gestación, permiten el diseño de intervenciones que disminuyen los resultados maternos y perinatales adversos. Lo anterior, responde a la detección temprana y oportuna del maltrato, durante la visita al control prenatal; es en nivel primario de atención, donde es más factible detectar los casos de violencia en la gestación. Por ende, la pesquisa temprana de la violencia facilita un manejo interdisciplinario a fin de evitar las consecuencias negativas en la salud materna. Se espera que nuestra investigación contribuya a comprender las características de la violencia intrafamiliar en embarazo y su asociación con los resultados maternos del embarazo; para un mejor manejo de los casos.

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

➤ Delimitación espacial

El Hospital Amazónico de Yarina cocha es un órgano desconcentrado de la Dirección de Red de Salud Federico Basadre/ Yarina cocha, de segundo nivel de atención sexto nivel de complejidad, Categoría II - II, aprobado el 17 de febrero del 2005, mediante Resolución Directoral No. 066-05-GRU-DRSU-OAL, estando dentro de sus competencias el desarrollar Programas de Atención Integral de Salud por etapas de vida y cumplir con los procesos de Referencia y

Contra referencia para la continuación de las necesidades de salud de la población. Cuyas funciones de organización se encuentran contenidas en el Reglamento de Organización de Funciones, aprobado la Ordenanza Regional N°. 018-2005-GRU/CR, con la fecha 28 de Octubre del 2005 el mismo que tiene por objeto establecer la organización del Hospital para contribuir al logro de su misión y objetivos, precisando su naturaleza, los objetivos funcionales generales, la estructura orgánica, los objetivos funcionales de los órganos que lo conforman, así como las relaciones interinstitucionales, régimen laboral, régimen económico y otras disposiciones pertinentes en concordancia con lo dispuesto en la Ley No. 27657- Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento.

➤ **Ubicación.**

El Hospital Amazónico de Yarina cocha se encuentra ubicado en el Jr. Aguaytía N° 605, localidad de Puerto Callao, Distrito de Yarina cocha, Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Ucayali cuenta con local propio y documentación no saneada, con un área total de terreno de 66,580.52 m² (39 hectáreas), perímetro 2595 metros lineales, área total construida 8,835.30 m², área total por construir según plano 57, 745.22 m², total áreas verdes 57, 745.22 m². Además cuenta con un Fundo Ganadero de 23 Hectáreas.

Los servicios que ofrece el Hospital Amazónico son:

- Atención de Consultorios.
- Atención de Pacientes hospitalizados.
- Atención de Emergencia.
- Atención Quirúrgica.
- Atención de Unidad de Terapia Intensiva.

➤ **Delimitación temporal**

El presente estudio tiene programado su realización por un periodo de tres (03) meses, los cuales conforman las fechas entre enero a marzo del 2018, con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados.

➤ **Delimitación Social**

El grupo social estará conformado por todas las gestantes que sean atendidas durante el periodo de estudio

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son los factores asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018?

1.3.2 Problemas Secundarios

. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018?

. ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018?

. ¿Cuáles son las características de la pareja asociadas a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018?

. ¿Cuál es la frecuencia de violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores que se asocian a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018

1.4.2 Objetivos Específicos

OE 1.- Conocer los factores sociodemográficos asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018

OE 2.- Identificar los factores gineco-obstétricos asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018

OE 3.- Conocer las características de la pareja que se asocian a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018

OE 4.- Identificar la frecuencia de violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

H(1) Existen factores asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante enero a marzo del 2018

H(0) No existen factores asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante enero a marzo del 2018.

1.5.2 Hipótesis Secundarias

- Existe asociación entre los factores sociodemográficos con la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante enero a marzo del 2018
- Existe asociación entre los factores gineco-obstétricos y la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante enero a marzo del 2018
- Existe asociación entre las características de la pareja y la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante enero a marzo del 2018

1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

- **VARIABLES INDEPENDIENTES**

Factores asociados:

- Sociodemográficos
- Gineco obstétrico
- Características de la pareja

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

Violencia de género.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Variable independiente: V(1)</p> <p>Factores asociados</p>	<p>Factores sociodemográficos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Edad -Estado Civil -Grado de instrucción -Con quién vive -Ocupación -Ingreso Mensual -Solventar gastos
	<p>Factores Gineco Obstétricos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Paridad -Edad gestacional actual trimestre de embarazo -Uso de métodos anticonceptivos
	<p>Características de la pareja</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Edad de la pareja - grado de instrucción de la pareja - Años de convivencia - Número de parejas sexuales - cómo ve el la relación contigo
<p>Variable dependiente: V(2)</p> <p>Violencia de género en gestantes</p>	<p>Numero de gestantes que tuvieron algún signo de violencia física, psicológica y sexual</p>	

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipos de Investigación

La presente tesis hace referencia a un estudio transversal, prospectivo y cuantitativo

Según el periodo y secuencia del estudio, es del tipo transversal, pues las variables simultáneamente en un solo momento, haciendo un corte en el tiempo.

Según el tiempo de los hechos y registro de la información es un estudio de tipo prospectivo.

1.6.2 Nivel de Investigación

El nivel de la investigación, se enmarca en un estudio **correlacional**, por que actúan en el presente; miden y evalúan con precisión el grado de relación o asociación que existe entre dos conceptos o variables en un grupo de sujetos durante la investigación

1.6.3 Método

El método a realizarse en el presente proyecto es la entrevista, donde se busca correlacionar las variables de estudio.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población estuvo conformada por 325 gestantes que acudan al servicio de salud sexual y reproductiva

1.7.2 Muestra

FORMULA PARA POBLACION FINITA POR PROPORCIONES

La muestra se determinó a partir de la siguiente formula estadística para la cual se utilizó $Z = 95\%$ y un error estimado de 5% .

$$n = \frac{z^2 N * p * q}{e^2 (N-1) + Z^2 * p * q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 325 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2 (325-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = 312.13$$
$$\underline{1.7704}$$
$$n = 176.3$$
$$n = 176$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado. En función del nivel de confianza que busquemos, usaremos un valor determinado que viene dado por la forma que tiene la distribución de Gauss. El valor a emplearse en el presente estudio será:

Nivel de confianza 95% -> $Z=1,96$

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Es la proporción que esperamos encontrar

La muestra es 176, la cual será seleccionada a través del muestreo no aleatorio.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Aquellas gestantes que brinden su consentimiento informado a realizar la entrevista.
- Aquellas gestantes que acudan a la consulta prenatal o acompañada y/o accedan a realizar la entrevista en privado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Aquellas gestantes que tengan alguna discapacidad mental o que no deseen estar dentro del estudio
- Aquellos entrevistas que se encuentren incompletos y que imposibiliten su análisis

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN Y LA APLICACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

Se determinó las unidades de intervención, los ambientes donde se realizarán encuestas durante los meses de enero a marzo del 2018.

Se les recalcará, a las gestantes que la ENCUESTA es voluntaria y completamente anónima, sin representar un potencial dañino para su persona. Los datos recolectados serán codificados y procesados en una hoja de cálculo del programa Excel 2013, en donde no se tendrá en cuenta aquellas encuestas que estén duplicadas, que se hayan marcado más de dos opciones y/o no hayan culminado toda la encuesta.

Finalmente, los datos serán analizados por el paquete estadístico SPP, en donde los resultados serán mostrados en frecuencia y porcentaje. Para las variables cualitativas, se usarán la correlación de Pearson.

1.8.2 Instrumentos

La presente encuesta se aplicó a las gestantes que acudieron a dos consultorios de atención prenatal donde se les informara del estudio de investigación previa explicación y se le invitara a formar parte del estudio con la sección del consentimiento informado. Seguidamente se divide en tres secciones.

La **primera sección** está constituido por preguntas a mujeres que recogen factores sociodemográficos La **segunda sección** consiste en determinar los factores ginecobstétricos de la gestante, si es la causa principal de la violencia de género

La **tercera sección** está construida por las características de su pareja. Finalmente tendremos el número de gestante que es víctima de violencia de género

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La prevalencia de maltrato a nivel internacional oscila entre el 1 y el 70% de las mujeres que realizan alguna consulta en los establecimientos de salud. (1) Existen reportes que señalan, las consecuencias del maltrato a la mujer embarazada y al producto; llegando a la conclusión de que tanto los servicios salud, sobre todo el nivel primario y emergencias ocupan una posición privilegiada para detectar y orientar esta situación. (15)

La violencia a la mujer embarazada se envuelve en una conducta violenta, en la que se comprende como el uso de la fuerza para la resolución de conflictos personales a predominio del varón, surge cuando existe un desequilibrio de poder, permanente o momentáneo, en el cual se establece una relación de abuso. Por medio de ese tipo de conducta

se busca someter, doblegar o subordinar al otro miembro de la relación, ocasionándole daño físico, psíquico, económico, social y/o sexual. (16)

Otro ámbito en que se envuelve la violencia en la gestantes son los problemas de personalidad, una dinámica interpersonal familiar, niveles de pobreza y estrés económico, así como normas culturales en las que se inculca algún soporte a la violencia de género o desigualdad provocada, son factores determinantes e influyentes para la presencia de violencia contra la mujer (6 y 7)

El presente trabajo de investigación, está dirigido a las gestantes con diversos tipos de problemas dentro de su convivencia diaria, en especial algunas gestantes que viven atemorizadas por sus parejas, por medio de represalias, miedo de actos violentos y golpes, por la posible causa del sustento económico, por no hacer las cosas, por visitar a un familiar o a alguien, y otros factores cotidianos en su entorno familiar diaria, generalmente es oculto y muy poco se evidencia, siendo este un problema grave para la gestante. Estas son conductas que causan daño físico y psicológico impidiendo su desarrollo armónico, durante su embarazo, parto y puerperio. De esta forma, el objetivo del presente estudio es el de determinar los factores asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en los diferentes consultorios del Hospital Amazónico de Yarina, servirá para otras investigaciones futuras y por fomentar el habla de una mujer que calla. A los diferentes profesionales quienes atienden a la gestante a buscar signos de violencia familiar que pudiera afectar el desarrollo normal del embarazo con la finalidad de disminuir algunas patologías obstétricas y urgencias médicas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Sanz.B, , Otero.L, realizaron en España un estudio titulado “***Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja***” cuyo objetivo consistía en describir la prevalencia de violencia contra la mujer en la pareja en España, sus determinantes durante el último año y alguna vez en la vida, así como describir el estado de salud de las mujeres según hayan sufrido o no violencia en la pareja, además de analizar las variables individuales asociadas a la violencia contra la mujer en la pareja en España. Dentro de sus métodos, consistió en un estudio transversal de la Macro encuesta de Violencia de Género 2011, que incluyó 7898 mujeres mayores de 18 años. Variables dependientes: violencia contra la mujer en la

pareja en el último año y alguna vez en la vida. Co variables: sociodemográficas, nivel socioeconómico, experiencia familiar de violencia contra la mujer en la pareja, apoyo social y autocuidado. Medida de asociación: odds ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se encontró de resultados que, la violencia contra la mujer en la pareja en el último año fue de 3,6% y alguna vez fue de 12,2%. Las mujeres víctimas de violencia en la pareja tienen peor estado de salud que las que no la han sufrido. Las inmigrantes que llevan 6 años o más en España tienen mayor probabilidad de sufrir violencia en la pareja alguna vez que las mujeres españolas (OR: 1,95; IC95%: 1,50-2,53). Existe una interacción del lugar de nacimiento y la existencia de hijos/as menores. Entre las mujeres con hijos/as menores, las inmigrantes tienen mayor probabilidad de sufrir violencia en la pareja en el último año que las españolas (OR: 1,99; IC95%: 1,25-3,17). Otras variables asociadas a la violencia contra la mujer en la pareja fueron la edad, el nivel socioeconómico bajo, no tener apoyo social y tener una madre víctima de violencia en la pareja. Conclusiones: En España hay mujeres con mayor posibilidad de sufrir violencia en la pareja. Es necesario tener en cuenta las variables que se asocian a esta mayor vulnerabilidad a la hora de poner en marcha medidas que prevengan y palien los efectos de este tipo de violencia. (17)

Ambriz M., Zonana N. realizaron un estudio realizado en México titulado “Factores asociados a violencia doméstica en mujeres mexicanas vistas en primer nivel de atención” Presento objetivos como el de evaluar la prevalencia y factores de riesgo de violencia doméstica (VD) en mujeres que asistieron a una unidad de medicina de familia en Tijuana, México. Métodos: Se entrevistaron a 297 mujeres y se aplicaron 2 escalas validadas: violencia e índice de severidad y el APGAR familiar para evaluar VD y funcionalidad familiar. Resultados: La edad promedio (\pm DE)

fue de $40,6 \pm 13,8$ años y 120 (40,4%) mujeres tuvieron VD: 47 (15,8%) violencia psicológica; 31 (10,4%) violencia sexual y 77 (25,9%) física y en 19 (6,4%) fueron acciones que pusieron en peligro la vida de las mujeres. Las causas más comunes de violencia doméstica que refirieron las mujeres fue que su pareja se había puesto celoso o sospechaba de sus amistades (37,4%). Veintidós (7,4%) de las mujeres con violencia doméstica refirieron que sí habían buscado ayuda. Conclusiones: La prevalencia de VD fue alta y se asoció con la escolaridad de la pareja y la funcionalidad familiar (18)

Valdez R., Juárez C., , hicieron un estudio en México titulado: “Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México“ cuyo objetivo fue identificar los factores asociados al malestar emocional en una muestra nacional de usuarias de servicios de salud del sector público: Secretaría de Salud (SSA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). **Material y métodos.** Se utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres en México, donde se aplicaron 26 042 encuestas a usuarias de los servicios de salud de la SSA. Se utilizó la Escala de Salud Personal (ESP) para medir malestar emocional; también se usó una escala de 19 reactivos que explora tipos de violencia y severidad de la misma. Mediante un modelo de regresión logística binaria se determinó la relación entre la presencia de malestar y la violencia de género, condiciones socioeconómicas y otras variables demográficas. **Resultados.** Entre los más relevantes está la identificación de la prevalencia de malestar emocional (15.3%) entre las mujeres que acuden a solicitar servicios de salud al sector público, y la relación de este malestar emocional generalizado con la experiencia de diferentes tipos de violencia de género. Los

resultados sugieren que los factores asociados con el malestar emocional de la mujeres que recurren a los servicios de salud fueron: la edad (26 años o >); la actividad (jornalera o peona), y las horas laborales (71 a la semana o >); el consumo de alcohol (mayor consumo); el maltrato en la infancia (frecuencia y diversos tipos de maltrato); la severidad de la violencia de pareja (violencia severa), el estrato socioeconómico (muy bajo) y el tipo de localidad de residencia (localidades urbanas). **Conclusiones.** El predictor más importante del malestar emocional entre las usuarias del sector salud fue sufrir la violencia de pareja, sobre todo cuando ésta es severa, seguida de la violencia en la niñez. Así entonces, se propone utilizar herramientas de tamizaje en los servicios de salud, tanto de malestar emocional como de violencia intrafamiliar. Además, se propone diseñar y poner en marcha programas de atención y referencia de casos de malestar emocional femenino y de violencia intrafamiliar (19)

Vives C. Alvarez C., Presentaron un estudio durante el 2006 en España denominado ***“Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España”***, cuyo objetivo fue el de determinar la prevalencia de la violencia del compañero íntimo declarada y analizar sus principales características sociodemográficas. Métodos: Estudio transversal basado en la Encuesta Nacional de Salud de España de 2006 (ENS-06). La muestra son las 13.094 mujeres dispuestas a responder preguntas sobre malos tratos (87,2% del total de las encuestadas). Se realizó un análisis bivariado y multivariado, siendo la variable dependiente la violencia del compañero íntimo declarada y las independientes el nivel de estudios, el empleo, el estado civil, la situación de convivencia con la pareja o análogo, el número de menores en el hogar, el país de origen (españolas frente a extranjeras) y la edad. Resultados: La violencia del compañero

íntimo es reconocida por un 1% (n ¼ 128) de la muestra. La violencia declarada se asocia con tener estudios primarios o no tener estudios (Odds ratio [OR]: 3,63 [1,90–6,92]), tres o más menores (OR: 3,51 [1,78–6,90]) y estar separada o divorciada (OR: 2,81 [1,89–4,97]), una vez controlado el efecto del resto de las variables. La violencia del compañero íntimo declarada es mayor entre las mujeres nacidas fuera de España (OR: 2,83 [1,87–4,28]). Se concluye que, la violencia del compañero íntimo parece manifestarse de manera desigual entre las mujeres españolas y las extranjeras. El nivel educativo, el número de menores en el hogar y el estado civil son las características que más se asocian a la violencia declarada por las mujeres. Sería pertinente reflexionar sobre la sensibilidad de las medidas existentes contra la violencia del compañero íntimo en relación a las necesidades de las mujeres afectadas. (20)

ANTECEDENTES NACIONALES

Blitchtein D. Reyes E. , diseñaron un estudio titulado ***“Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004 – 2007”*** cuyo objetivo fue el de identificar los factores asociados de violencia física reciente (en el último año) de pareja, hacia la mujer en el Perú. Materiales y métodos. Se realizó un análisis secundario de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2004-2007. Se incluyó a 12 257 mujeres unidas o casadas que respondieron al módulo de violencia, con esta información se realizó la categorización de antecedente de violencia física infringida por la pareja. Se llevaron a cabo análisis descriptivos y regresiones logísticas univariadas y multivariadas para muestras complejas. Resultados. La prevalencia de violencia física a nivel nacional fue de 14,5%, con variación entre regiones geográficas (9,7 a 18,9%). El factor asociado con un mayor riesgo

es que la pareja se embriague con frecuencia (OR: 7,2; IC 95%: 5,4-9,6) y que la pareja controle o limite las visitas de la mujer a familiares o amigos (OR: 4,1; IC 95%: 3,3-5,0); otros factores asociados son el antecedente de agresión física del padre hacia la madre, el haber tenido uniones previas de pareja, ser conviviente, tener mayor nivel de educación que la pareja o el desbalance en la toma de decisiones en la pareja. Entre los factores asociados con un menor riesgo, estuvieron la comunicación y respeto dentro de la pareja (OR: 0,3; IC 95%: 0,2-0,3) y el que la mujer tenga algún tipo de seguro de salud. Conclusiones. Diversos factores individuales, de relaciones de pareja u otros factores, están asociadas con una mayor probabilidad de violencia de pareja contra la mujer. Otros factores, como la comunicación y el respeto en la pareja, podrían tener carácter protector.

La Comisión de la Mujer y la Familia del Congreso de la República (28) realizó un estudio sobre el “**Diagnostico de género en la Amazonía al 2017**” en dónde describe que, las mujeres de Madre de Dios el 43% de ellas habían sufrido violencia física sin haberlo denunciado por no considerarlo necesario, y el 13.4% por no causarle complicaciones al agresor, siendo ambos porcentajes los más altos de la Amazonía. Al igual que San Martín cuyo porcentaje de mujeres que reporta violencia física fue de casi un 40%. Además presenta el porcentaje más alto de violencia sexual por parte de la pareja en la región (9.2%), casi siete puntos porcentuales por encima del promedio nacional (32%). (21)

Gonzales C., Factores Asociados Con La Violencia En Gestantes Adolescentes Del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé Enero - Marzo 2014. Lima – Perú, cuyo **Objetivo:** Identificar los factores asociados con la violencia en

gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de enero a marzo del 2014. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal. Se recolectó información de las fichas de tamizaje de violencia de 140 gestantes adolescentes atendidas en el servicio de madre adolescente del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. **Resultados:** La edad promedio fue de 16.98 años \pm 1.255 años. El 78.57% tenían secundaria, el 63.57% eran amas de casa, el 60% de gestantes eran convivientes. El promedio de edad del Inicio de Relaciones sexuales fue de 15.46 años \pm 1.51 años. El 83.57% de las adolescentes gestantes indicó no haber planificado el embarazo. El principal agresor de la gestante adolescente en los tres tipos de violencia son los padres o pareja. El tipo de violencia más frecuente en las gestantes adolescentes es la violencia psicológica que representó el 48.2% antes del embarazo, lo cual disminuye a un 10% durante el embarazo. La violencia física se encontró en 41.2% de gestantes adolescentes antes del embarazo, durante el embarazo disminuyó a un 5.3%. La violencia sexual representó el 10.6% de las gestantes adolescentes antes del embarazo, disminuyendo durante el embarazo a un 2.4%. **Conclusión:** Los factores socioeconómicos (edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil) y de desarrollo biológico (menarquia, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, aceptación del embarazo, planificación del embarazo) son los más representativos con la violencia en gestantes. El tipo de violencia más frecuente en gestantes adolescentes es la violencia psicológica, seguida de violencia física y en menor porcentaje violencia sexual. (22)

Casafranca P., en su tesis de post grado **Violencia Intrafamiliar En Gestantes, Lima Perú 2013.** cuyo **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre derechos relacionados con violencia intrafamiliar en gestantes.

Material y métodos: El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo mayo a julio del 2011.

La muestra estuvo constituida por 150 gestantes atendidas en el ciclo que correspondió al estudio.

Resultados: La edad media de las gestantes fue de 26.3 ± 4.9 años. El 54% de las gestantes eran convivientes. El 47.3% tenían grado de instrucción superior técnica. El 68.7% provenían de la costa. El 38% refirieron ser comerciantes. El 51.3% fueron multíparas. En cuanto a las medias por edad, según el nivel de conocimientos global y por dimensiones, encontramos que las pacientes de menor edad, presentaron una tendencia a tener menores conocimientos sobre violencia intrafamiliar, de manera global y por dimensiones. Las gestantes que presentaron algún signo de violencia estaban en el primer trimestre

Conclusiones: El nivel de conocimiento sobre derechos relacionados con la violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza fue de nivel intermedio del 52%. Sobre violencia física fue de nivel intermedio en el 50.7%, sobre violencia psicológica fue de 56.7%, sobre violencia sexual fue de 73.3%, sobre violencia socio- económica fue de 60%. (23)

ANTECEDENTES LOCALES

La Comisión de la Mujer y la Familia del Congreso de la República (24) realizó un estudio sobre el “Diagnostico de género en la Amazonía al 2017” respecto a la región de Ucayali determinó que tenía la cifra más baja de mujeres expuestas a violencia física por parte de las parejas en la Amazonía (23.7%), siendo 8.8 puntos porcentuales menos que el promedio de la selva.

2.1.2 BASES TEÓRICAS

A.- LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA

- **Etapa pre natal:** Abortos selectivos según el sexo; efectos sobre el recién nacido de la violencia durante el embarazo
- **Infancia:** Infanticidio femenino; abuso físico, sexual y psicológico
- **Niñez:** Matrimonio infantil; mutilación genital femenina; abuso físico, sexual y psicológico; incesto; prostitución infantil y pornografía
- **Adolescencia y vida adulta:** Violencia durante el cortejo y el noviazgo (e.g. alteración de bebidas y violaciones); sexo forzado por razones económicas (e.g. niñas estudiantes que tienen relaciones sexuales con adultos a cambio de favores); incesto; abuso sexual en el sitio de trabajo; violaciones; acosamiento sexual; prostitución y pornografía forzada; tráfico de mujeres; violencia conyugal; violación marital; abuso y homicidio; homicidio conyugal; abuso psicológico; abuso de mujeres discapacitadas; embarazos forzados

- **Vejez:** “Suicidio” forzado u homicidio de viudas por razones económicas; abuso físico, sexual y psicológico

B.- VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS FAMILIAS

La forma más común de violencia contra la mujer es la violencia en el hogar o en la familia. Las investigaciones demuestran sistemáticamente que una mujer tiene mayor probabilidad de ser lastimada, violada o asesinada por su compañero actual o anterior que por otra persona (29).

Los hombres pueden patear, morder, abofetear, dar un puñetazo o tratar de estrangular a sus esposas o compañeras; les pueden infligir quemaduras o tirar ácido en la cara; pegar o violar, con partes corporales u objetos agudos; y usar armas letales para apuñalarlas o dispararles. A veces las mujeres son lesionadas gravemente y en algunos casos son asesinadas o mueren como resultado de sus lesiones. La naturaleza de la violencia contra la mujer en el ámbito familiar ha propiciado comparaciones con la tortura (30). Las agresiones están destinadas a lesionar la salud psicológica de la mujer al igual que su cuerpo, y suelen ir acompañadas de humillación y violencia física. Al igual que la tortura, las agresiones son impredecibles y guardan poca relación con el comportamiento de la mujer. Finalmente, las agresiones pueden sucederse una semana tras otra, durante muchos años.

- Maltrato físico

En cada país en que se han realizado estudios fiables a gran escala, los resultados indican que entre 16 y 52 por ciento de las mujeres han sido agredidas por un compañero íntimo. Aunque los datos nacionales son escasos, es cada vez mayor el número de estudios basados en la comunidad y a pequeña

escala que indican la generalización de la violencia contra la mujer como causa importante de morbilidad y mortalidad. Es probable que estos estudios, tanto de países industrializados como en desarrollo, subestimen el problema por muchas razones. Algunas mujeres pueden creer que merecen las golpizas por alguna acción equivocada de su parte.

Otras mujeres se abstienen de hablar sobre el maltrato porque temen que su compañero las lastime aún más en represalia por revelar "secretos familiares", o posiblemente por avergonzarse de su situación. Además, en muchos países no existen sanciones legales o sociales en los casos de violencia perpetrada por un compañero íntimo. Considerando estos factores, las estimaciones de la prevalencia del maltrato físico por parte de un compañero son probablemente moderadas.

- **Violencia psicológica o mental**

La violencia psicológica incluye maltrato verbal en forma repetida, acoso, reclusión y privación de los recursos físicos, financieros y personales. Para algunas mujeres, los insultos incesantes y la tiranía que constituyen el maltrato emocional quizá sean más dolorosos que los ataques físicos, porque socavan eficazmente la seguridad y la confianza de la mujer en sí misma. Un solo episodio de violencia física puede intensificar enormemente el significado y el impacto del maltrato emocional. Se ha informado que las mujeres opinan que el peor aspecto de los malos tratos no es la violencia misma sino la "tortura mental" y "vivir con miedo y aterrorizada".

C.- FALTA DE DETECCIÓN

En la mayoría de los países no se ha identificado y prestado apoyo a la mujer que experimenta violencia en el hogar. Ello se debe en parte a que las mujeres buscan ayuda de los vecinos o de sus familiares, no de los servicios policiales o sanitarios. Varios estudios han revelado que la vergüenza o el temor de represalias suele impedir que la mujer notifique de un ataque a las autoridades, o incluso de hablar con amigos al respecto. Algunas mujeres temen que al denunciar sus lesiones, los servicios de protección al menor se lleven a sus hijos. Los servicios que podrían prestar apoyo, como la policía o la atención de salud, suelen no identificar a la mujer que es objeto de violencia, o no pueden responder adecuadamente. Pueden no estar adiestrados para tratar el problema ni saben a qué lugares referir a las mujeres que buscan ayuda. Pueden tener miedo de afrontar el problema o no estar preparados para tratar la compleja situación que rodea a la mujer que ha sido objeto de violencia. (25)

D.- CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

Las consecuencias de la violencia contra la mujer pueden no ser mortales y adoptar la forma de lesiones físicas, desde cortes menores y equimosis a discapacidad crónica o problemas de salud mental. También pueden ser mortales; ya sea por homicidio intencional, por muerte como resultado de lesiones permanentes o SIDA, o debido a suicidio, usado como último recurso para escapar a la violencia. En esta carpeta de información, Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer y la niña, se explora el tema en más profundidad.

La violencia contra la mujer y la niña aumenta su riesgo de mala salud. Un número cada vez mayor de estudios que exploran la violencia y la salud informan sistemáticamente sobre los efectos negativos.

La verdadera medida de las consecuencias es difícil de evaluar, sin embargo, porque los registros médicos carecen generalmente de detalles vitales en cuanto a las causas violentas de las lesiones o la mala salud.

- **Consecuencias físicas**

Homicidio Numerosos estudios informan que la mayoría de las mujeres que mueren de homicidio son asesinadas por su compañero actual o anterior.

En las culturas en que se practica la costumbre de la dote, esta puede ser mortal para la mujer cuyos padres no pueden satisfacer las demandas de regalos o dinero. La violencia que comienza con amenazas puede terminar en "suicidio" forzado, muerte por lesiones u homicidio

- **Lesiones graves**

Las lesiones sufridas por las mujeres debido al maltrato físico y sexual pueden ser sumamente graves. Muchos incidentes de agresión dan lugar a lesiones que pueden variar desde equimosis a fracturas hasta discapacidades crónicas. Un alto porcentaje de las lesiones requiere tratamiento médico. Por ejemplo, en Papua Nueva Guinea, 18% de todas las mujeres casadas en zonas urbanas recibieron tratamiento en hospitales después de episodios de violencia en el hogar.

- **Lesiones durante el embarazo**

Las investigaciones recientes han identificado a la violencia durante el embarazo como un riesgo a la salud tanto de la madre como del feto no nacido. Las investigaciones sobre este rubro han indicado mayores niveles de diversas condiciones.

- **Lesiones a los niños**

Los niños en las familias violentas pueden también ser víctimas de maltrato. Con frecuencia, los niños se lastiman mientras tratan de defender a sus madres.

E.- EMBARAZO NO DESEADO Y A TEMPRANA EDAD

La violencia contra la mujer puede producir un embarazo no deseado, ya sea por violación o al afectar la capacidad de la mujer de negociar el uso de métodos anticonceptivos. Por ejemplo, algunas mujeres pueden tener miedo de plantear el uso de métodos anticonceptivos con sus parejas por temor de ser golpeadas o abandonadas. Los adolescentes que son maltratados o que han sido maltratados como niños, tienen menos probabilidad de desarrollar un sentido de autoestima y pertenencia que los que no han experimentado maltrato.

Tienen mayor probabilidad de descuidarse e incurrir en comportamientos arriesgados como tener relaciones sexuales en forma temprana o sin protección. Un número creciente de estudios indica que las niñas que son maltratadas sexualmente durante la niñez tienen un riesgo mucho mayor de embarazo no deseado durante la adolescencia.

Este riesgo mayor de embarazo no deseado acarrea muchos problemas adicionales. Por ejemplo, está bien documentado que la maternidad durante la adolescencia temprana o media, antes de que las niñas estén maduras biológica y psicológicamente, está asociada con resultados de salud adversos tanto para la madre como para el niño. Los lactantes pueden ser prematuros, de bajo peso al nacer o pequeños para su edad gestacional.

Cuando se produce un embarazo no deseado, muchas mujeres tratan de resolver su dilema por medio del aborto. En los países en que el aborto es ilegal, costoso o difícil de obtener, las mujeres pueden recurrir a abortos ilegales, a veces con consecuencias mortales

- **ETS incluyendo la infección por el VIH/SIDA**

Como sucede con los embarazos no deseados, las mujeres son vulnerables a contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) porque no pueden negociar la protección.

La mujer con ETS tiene mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, como es el caso de la septicemia, el aborto espontáneo y el nacimiento prematuro. Algunas ETS aumentan además la vulnerabilidad de una mujer al virus del VIH.

La agresión sexual violenta también puede aumentar el riesgo porque el desgarre consiguiente del delicado tejido de la vagina facilita la entrada del virus a la corriente sanguínea. Con la infección del VIH/SIDA, las consecuencias son generalmente mortales para la mujer, y posiblemente también para sus hijos.

- **Vulnerabilidad a las enfermedades**

Si se comparan con las mujeres no maltratadas, las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud graves.

Se ha sugerido que la mayor vulnerabilidad de las mujeres maltratadas se puede deber en parte a la inmunidad reducida debido al estrés que provoca el maltrato. Por otra parte, también se ha responsabilizado al autodescuido y a una mayor proclividad a tomar riesgos. Se ha determinado, por ejemplo, que las mujeres maltratadas tienen mayor probabilidad de fumar que aquellas sin antecedentes de violencia. (14)

F.- CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS SUICIDIO

En el caso de las mujeres golpeadas o agredidas sexualmente, el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio. Estas muertes son un testimonio dramático de la escasez de opciones de que dispone la mujer para escapar de las relaciones violentas

- Problemas de salud mental

Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras otras muestran síntomas del trastorno de estrés postraumático. Es posible que estén fatigadas en forma crónica, pero no pueden conciliar el sueño; pueden tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios; recurrir al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor; o aislarse y retraerse.

La violación y el maltrato sexual del niño puede causar daños psicológicos similares. Un episodio de agresión sexual puede ser suficiente para crear efectos negativos duraderos, especialmente si la niña víctima no recibe posteriormente apoyo adecuado. Al igual que la violencia contra la mujer en el seno familiar, el

maltrato del menor suele durar muchos años y sus efectos debilitantes pueden hacerse sentir en la vida adulta. Por ejemplo, la pérdida de autoestima de la mujer que ha sido maltratada en la niñez puede traducirse en un mínimo de esfuerzo para evitar situaciones en que su salud o seguridad estén en peligro.

G.- MODELOS TEÓRICOS DE LA VIOLENCIA DE PAREJA

A lo largo de la literatura en el campo de la psicología social, se presenta distintas teorías que explican el fenómeno de la violencia de pareja.

La Teoría de los Recursos reconoce a la familia como un sistema de poder que debe ser protegido a como dé lugar. Cuando un miembro de la familia ve amenazado su poder y no encuentra ningún tipo de recurso socialmente aceptado para mantenerlo, la probabilidad de que use la violencia se incrementa significativamente. Los recursos aceptados incluyen el ingreso económico, la inteligencia, el nivel educativo, el prestigio, la autoridad, entre otros. Cuando los recursos aceptados no surgen efecto o no se cuenta con ellos, emerge la violencia a modo de autoprotección. Algunos estudios complementan esta teoría introduciendo la variable cultural; pues el deseo por ostentar el poder se verá en mayor o menor medida influenciado por las expectativas sociales y culturales sobre la distribución del poder marital.

Otra teoría asentada en el modelo sociocultural es la Teoría del Aprendizaje Social, La conducta violenta es aprendida a partir de la interacción social a través del proceso de socialización. Diversos estudios lo han corroborado, pues muchos individuos quienes en la actualidad son parte de una situación violenta (agresor/ agredido por

imitación/ identificación) han sufrido continuos episodios de violencia familiar durante etapas tempranas de sus vidas. (26)

H.- Etiología de la Violencia Basada en Género (VBG).

Para prevenir la violencia es necesario conocer cómo se origina. No existe una causa única o algunas causas únicas relacionadas a la violencia. Tal como lo señala la OMSB ningún factor por sí solo explica o puede o actúan con violencia o por qué ésta tiene mayor prevalencia en algunas sociedades. Según el Modelo Ecológico (el más aceptado y difundido por la comunidad profesional internacional) la violencia es el resultado de la interacción compleja de un conjunto de factores que actúan en distintas dimensiones: individuales, relacionales, sociales, institucionales. Culturales y ambientales. Es necesario comprender la forma en que estos factores se vinculan en contextos determinados, para envasar nuestras acciones de atención integral dentro de un enfoque de salud pública. sobre la Violencia y la Salud. OMS. 2002 n'. "d sobre la Violencia y la Salud. OMS. 2002. El nivel individual está referido a los factores biológicos y factores de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Centra su atención en las características que aumentan en un individuo, la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia. El nivel relacional está referido a las relaciones sociales cercanas (amigos, pareja y familiares) cuya cotidianeidad condiciona muchas veces la presencia y recurrencia de actos violentos. En el nivel de la comunidad se examinan diversos escenarios (escuela, trabajo, barrio o vecindario) en donde se establecen relaciones sociales que pueden posibilitar relaciones de violencia. Algunos factores aquí son: frecuente movilidad y cambio de residencia, heterogeneidad demográfica de una población, alta densidad poblacional, pobreza o deterioro físico, etc. En el nivel social se examinan los factores institucionales,

sociales y culturales que crean un clima de aceptación de la violencia y contribuyen a mantener las brechas y tensiones entre distintos segmentos de la sociedad o fuera de ella. El Ciclo de la Violencia. Muchas investigaciones han coincidido en lo que se denomina: el Ciclo de la Violencia. Se llama así al proceso en que devienen muchas relaciones en que la violencia es ejercida siguiendo un patrón más o menos estable en el que se han identificado 3 momentos o fases:

- **Fase Uno:** Etapa de aumento de la tensión.- En esta etapa ocurren incidentes de violencia menores que van progresivamente en aumento hasta desembocar en la siguiente fase.
- **Fase Dos:** Incidente agudo de agresión.- Se caracteriza por una descarga incontrolable de tensiones que se han venido acumulando en la fase anterior. Se distingue de la fase anterior por la falta de control y la gran destructividad que conlleva.
- **Fase Tres:** Amabilidad, arrepentimiento y comportamiento cariñoso. El comportamiento del agresor después de acaecido el hecho violento se torna cariñoso, amable con muestras de aparente arrepentimiento. Trata de paliar su actitud pero irremediablemente va cayendo en nuevas tensiones hasta ingresar a la FASE UNO Y volver a repetir el ciclo.

I.- DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL

- **Promoción de la Salud.** El responsable de promoción de la salud del establecimiento, en coordinación con el médico jefe y el equipo técnico de salud, será el facilitador de procesos, en los Programas de Familias y Viviendas Saludables, Promoción de la Salud en Instituciones Educativas y Municipios y Comunidades Saludables: para ello, deberá realizar acciones relacionadas a:
Acciones Intra e intersectoriales: Se promoverá y/o fortalecerá la gestión intrasectorial, identificando aliados, con miras a coordinar acciones conjuntas de promoción de una cultura de buen trato y prevención de la violencia en:

1. El nivel Regional:

- a) Promoverá espacios para el diálogo e intercambio de información, avances y cuestiones de interés interinstitucional con el fin de fortalecer alianzas estratégicas frente a la violencia basada en género.
- b) Recopilará, sistematizará y actualizará semestralmente la información sobre incidencia y prevalencia de la VBG, incluyendo la información de los otros sectores.
- c) Planificará y ejecutará campañas multisectoriales coordinadamente actividades y campañas dirigidas a sensibilizar a la comunidad en torno a las consecuencias de la VBG y la promoción de los diferentes servicios que brindan las instituciones que conforman el tejido social local existente.
- d) Fortalecerá las competencias técnicas del personal en acciones de promoción de la salud.
- e) Formalizará compromisos mediante la firma de convenios o acuerdos interinstitucionales que expresen formalmente la voluntad institucional para el trabajo conjunto.

- f) Contribuirá con la creación de Observatorios Municipales para todo tipo de violencia.
- g) Establecerán políticas específicas orientadas a la protección de las personas en situación de vulnerabilidad frente a la VBG (niñas, niños, adolescentes, gestantes, adultas y adultas mayores).

2. El nivel Local.

- a) Promoverá el fortalecimiento del tejido social local para la promoción de estilos de vida no violentos con la finalidad de disminuir la «permisividad social de la violencia en la comunidad.
- b) Promoverá y/o fortalecerá la articulación y la gestión multisectorial contra la Violencia Basada en Género con énfasis en el nivel local, identificando las instituciones y organizaciones públicas y privadas que operan en su comunidad y promoviendo la participación de miembros voluntarios, conformándose alianzas con las instituciones de los diversos sectores del Estado
- c) Elaborará un directorio que contenga los nombres de las instituciones, sus representantes, funciones y servicios así como sus teléfonos y otros datos pertinentes para la coordinación intrasectorial e interinstitucional.
- d. Sensibilizará a las instituciones locales (instituciones educativas, Comisaría, Centros de Emergencia Mujer, Defensorías de Niños Niñas y Adolescentes, Fiscalía, Módulo de Atención Integral del Niño entre otras), para asumir compromisos en la promoción y atención de las personas afectas por la VBG identificando responsabilidades, compromisos y modalidades de trabajo conjunto.

3. Acciones en la Familia.

- a) Se brindará pautas de crianza respecto al fortalecimiento de una cultura de buen trato entre sus miembros.
- b) Se favorecerá la implementación del eje temático de cultura de paz y buen trato, salud sexual y reproductiva y de habilidades para la vida a través del Programa de Familias y Viviendas Saludables.
- c) Se fomentará relaciones horizontales, basadas en la equidad, la tolerancia y valores intrafamiliares como responsabilidad, solidaridad, equidad de género y respeto por el otro, orientadas al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- d) Se rescatará el rol de la familia como institución que fomenta el compromiso de sus miembros en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades y formación de valores.
- d) Se favorecerá la eliminación de todas las formas de violencia doméstica y violencia basada en género al interior de la familia.

4. Acciones en las Instituciones Educativas.

- a) Se coordinará con las instituciones educativas de la comunidad, la implementación de acciones del temático de cultura de paz y buen trato y de habilidades para la vida y salud sexual y reproductiva.
- b) Se coordinará con las instituciones educativas la generación de alianzas con otras instituciones y dependencias para reforzar el sistema educativo conducente a la eliminación de la VBG en los educandos.
- c) Se desarrollarán capacidades técnicas a los trabajadores de salud para la implementación del temático de cultura de paz y buen trato en las instituciones educativas que desarrollan el programa de promoción de la salud.

5. Acciones en la Comunidad

- a) Se sensibilizará a los líderes y tomadores de decisiones locales en la importancia de fomentar la salud mental, el buen trato y la cultura de paz.
- b) Se desarrollará acciones de información, educación y comunicación en promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz a nivel comunitario.
- c) Se abogará y dará asistencia técnica para la incorporación de acciones contra la VBG en el plan de acción comunitario. 24 GUIA d. Se promoverá la conformación e integración de grupos juveniles, promotores comunitarios y redes sociales para el diseño de propuestas para la eliminación de la VBG en la comunidad.
- d) Se fortalecerá la vigilancia ciudadana y comunitaria sobre la VBG en la comunidad.
- e) Se fortalecerán las habilidades de los agentes comunitarios de salud, para su rol en la detección y referencia de las personas víctimas de VBG de la comunidad.
- f) Se sensibilizará sobre los derechos de las niñas y los niños, las/los adolescentes, las/ los adultas/os y las/los adultas/os mayores al conjunto de la población.
- g) Se involucrará a las autoridades locales en las actividades dirigidas a disminuir la VBG.

6. Acciones en los Centros laborales

- a) Se sensibilizará en la promoción y fortalecimiento de una cultura de buen trato entre los trabajadores.
- b) Se identificará y eliminará las manifestaciones de violencia y hostigamiento sexual al interior de los centros laborales.

- c) Se fomentará la vinculación de los trabajadores y empleadores con los otros escenarios de intervención de la promoción de la salud.

7. Acciones por Etapas de Vida:

La o el responsable de promoción de la salud deberá coordinar sobre el desarrollo de estas acciones con las y los responsables de las diferentes etapas de vida, así como con las y los responsables de las Estrategias Sanitarias Nacionales.

- En la niña y niño de 0 a 9 años

- a) Se promoverá las expresiones de cariño del padre y la madre durante la lactancia.
- b) Se informará y educará a los padres y a las madres sobre pautas de crianza y expresión de afectos en los niños y las niñas.
- c) Se realizarán sesiones de estimulación temprana, incentivando la participación del varón.
- d) Se promoverá en los padres y las madres la adopción de criterios de disciplina por ambos.

- En las y los adolescentes (de 10 a 19 años)

- a) Se promoverá la participación activa de las y los adolescentes en los aspectos relacionados al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos incluida la expresión de una sexualidad saludable libre de coacción y violencia. Fomentando el retraso del inicio de las relaciones sexuales.
- b) Se brindará orientación y consejería sobre las manifestaciones de la violencia y las redes de apoyo existentes.

- c) Se fortalecerán las habilidades para la autoestima, pensamiento crítico, el manejo de emociones, la comunicación asertiva, la empatía y la resolución de conflictos.
- d) Se orientará a las y los adolescentes para la construcción de un proyecto de vida.
- e) Se promoverá la toma de decisiones que conduzcan a la no aceptación de ningún tipo de violencia.

- En las y los Adultos (de 20 a 59 años):

- a) Se promoverá la expresión de afectos y la convivencia armoniosa de la pareja.
- b) Se promoverá la práctica de una sexualidad saludable libre de cualquier manifestación de "violencia.
- c) Se fomentará en los padres y las madres el respeto a la intimidad de sus hijas e hijos, así como la generación de valores familiares.
- d) Se fomentará el interés por los asuntos públicos, la participación comunitaria y el empoderamiento social, relacionados al tema de la VBG.
- e) Se orientará en el control de las emociones, la comunicación asertiva, la empatía y la solución pacífica y con equidad de los conflictos.
- f) Se incluirá la presencia del varón en las sesiones educativas para adultos.

- Acciones durante la gestación:

- a) Se incentivará la participación de la pareja en el proceso reproductivo de la gestante.

- b) Se fortalecerá el vínculo afectivo y la convivencia armoniosa entre la pareja. c. Se promoverán acciones de estimulación pre-natal que fortalezcan el vínculo afectivo padre-madre e hijo/hija.
- c) Se promoverá la formación de redes sociales de apoyo a las madres gestantes (26)

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

a.- la Violencia Basada en Género (VBG), es uno de un problema de salud pública que atenta contra los derechos humanos por las consecuencias negativas en el desarrollo integral de las personas. Es sin duda una de las mayores manifestaciones de desigualdad relacionada con el género que coloca generalmente a las mujeres y las niñas en una posición subordinada respecto de los varones

b.- Primer nivel de atención en salud.

Comprende a los puestos de salud con o sin médico y los centros de salud con o sin internamiento. En este nivel se atiende el 70-80% de la demanda del sistema. Aquí la severidad de los problemas de salud; plantean una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y tecnificación de sus recursos. En este nivel, se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

c.- Signos y síntomas de la VBG.- Llamamos así al conjunto de signos y síntomas físicos y psicológicos, congruentes o incongruentes con la génesis de los mismos, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante diagnósticos auxiliares, en

ausencia de patologías condicionantes que revelan que aquellos que los evidencian han sido víctimas de VBG.

d.- Violencia Física: Cuando una persona se encuentra en situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. La violencia física aumenta en frecuencia y severidad a medida que pasa el tiempo! pudiendo causar la muerte de una persona. Sus manifestaciones pueden incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por armas, sujetar, amarrar, paralizar, abandono de personas en situación de peligro, negación de ayuda cuando la persona está enferma o herida, Cualquier acción que cause daño en el cuerpo de otra persona y que incluye otros que producen lesión o no.

e.- Violencia Psicológica o Emocional: Es toda acción u omisión que dañe la autoestima, la identidad o el desarrollo emocional de una persona. Puede darse antes y después de la violencia física o acompañarla. La violencia psicológica incluye gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico (no poder salir, no hablar con otros, celos, posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes. Otras manifestaciones son las acusaciones sin fundamento, la atribución de culpas, ignorar o no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima, las mentiras, el rompimiento de promesas, actuar rápida y descuidadamente para asustar e intimidar, llevar a cabo acciones destructivas como romper muebles, platos y, en general, pertenencias de la persona y lastimar o amenazar con lastimar a las hijas o hijos, u otros miembros de la familia, agredir mascotas.

f.- Violencia sexual: Es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluido el hogar y el lugar de trabajo(26)

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

➤ **FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS**

Tabla N° 01

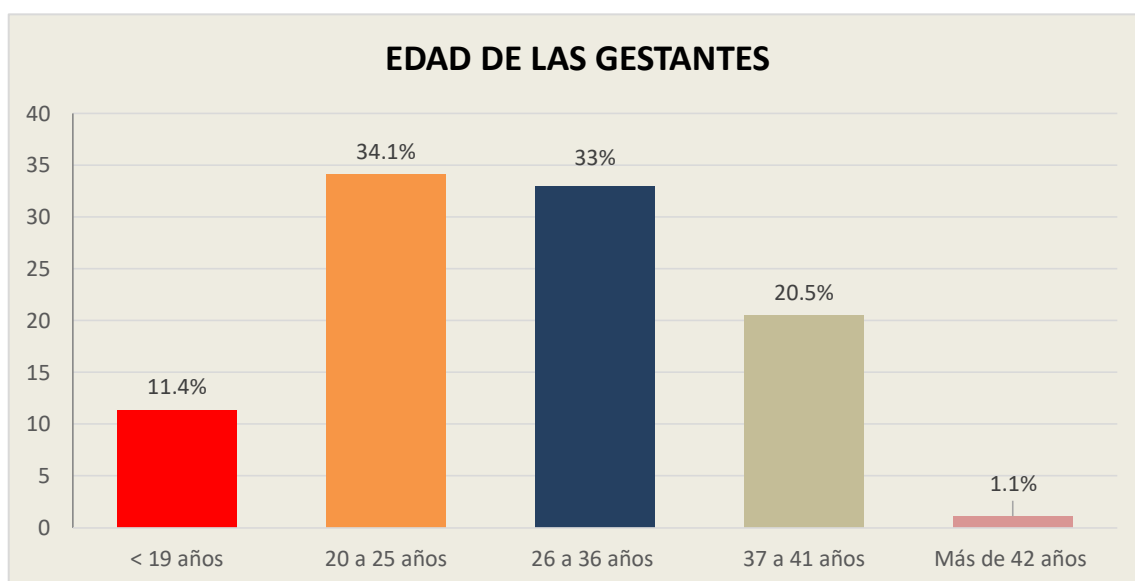
**EDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO,
PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018**

EDAD	FI	PORCENTAJE
< 19 años	20	11.4
20 a 25 años	60	34.1
26 a 36 años	58	33.0
37 a 41 años	36	20.5
Más de 42 años	2	1.1
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: En la Tabla y Grafico N° 1, referente a la edad de las gestantes: El 34.1 % oscilan en el rango de edad desde 20 a 25 años. Este trabajo se contrasta con Gonzales C. en su estudio cuyo objetivo fue, Identificar los factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de enero a marzo del 2014, muestra que la edad promedio de las pacientes en estudio fueron en promedio de 17 años, los resultados difieren con nuestro estudio.

Grafico N° 01



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

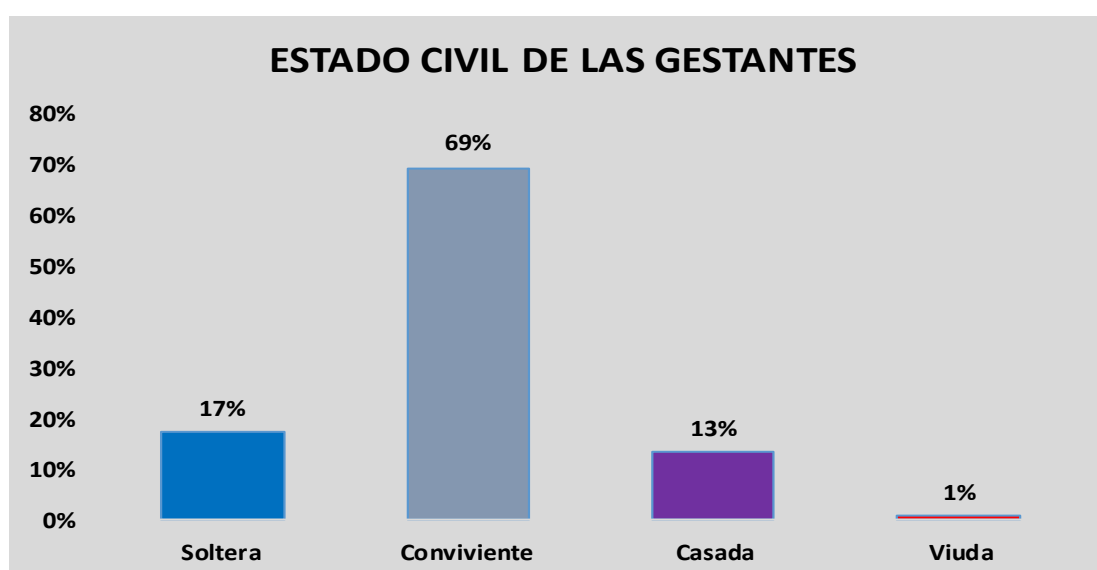
Tabla N° 02
ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

ESTADO CIVIL	FI	PORCENTAJE
Soltera	30	17.0
Conviviente	122	69.3
Casada	23	13.1
Viuda	1	0.6
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: En el gráfico y la tabla N°2: Se indica que el 69.3% (122) de las gestantes en estudio fueron convivientes; **Guerrero C. (2014)**, en su estudio cuyo objetivo fue: Identificar los factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de enero a marzo del 2014, donde menciona que el 60% de gestantes fueron de estado civil de unión estable o convivencia. Estos resultados tienen coincidencia con nuestro estudio.

GRAFICO N°02



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

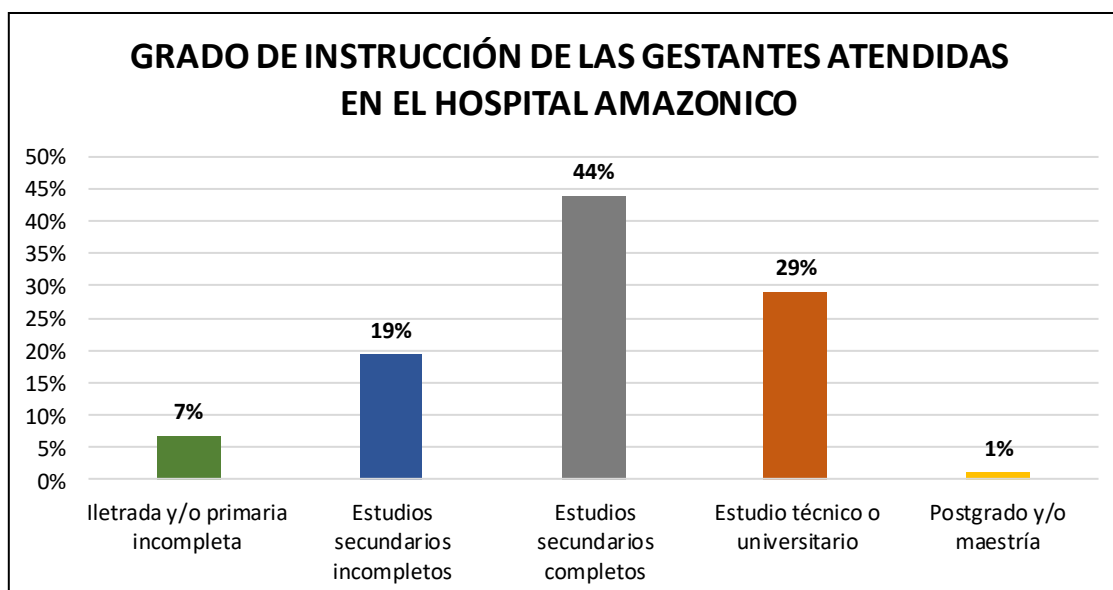
Tabla N° 03
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FI	PORCENTAJE
Iletrada y/o primaria incompleta	12	6.8
Estudios secundarios incompletos	34	19.3
Estudios secundarios completos	77	43.8
Estudio técnico o universitario	51	29.0
Postgrado y/o maestría	2	1.1
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°03, Referente al grado de instrucción de las gestantes: El 43,8% son gestantes con estudios secundarios completos. Carmen V. (2006), en su estudio declara que las mujeres que son víctimas de algún tipo de violencia se asocian con tener estudios primarios o no tener estudios. Lo que indica que los resultados podrían afirmar que la violencia no depende del grado de instrucción.

GRAFICO N°03



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

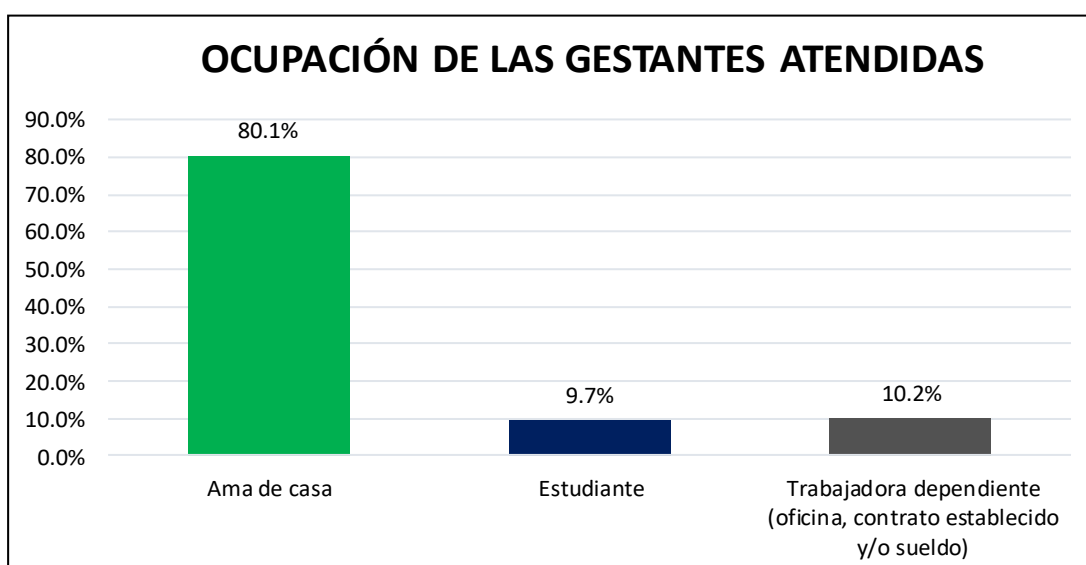
Tabla N° 04
OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

OCUPACIÓN	FI	PORCENTAJE
Ama de casa	141	80.1
Estudiante	17	9.7
Trabajadora dependiente (oficina, contrato establecido y/o sueldo)	18	10.2
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: En el gráfico y tabla N° 4: se indica que el 80.1% son ama de casa. **Gonzales G. (Lima - 2014)**, en su estudio menciona que uno de los factores para la violencia a las gestantes es el factor socio económico, refiriéndose a la ocupación con el 63.57% eran amas de casa. Lo que se indica que estos resultados tienen coincidencia aparentemente con nuestro estudio.

GRAFICO N°04



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

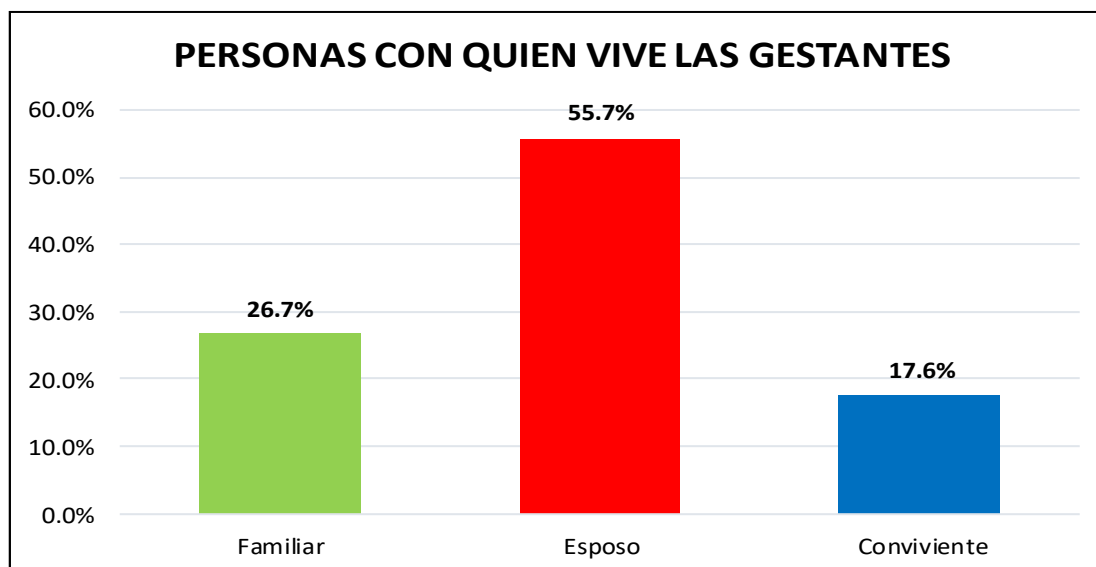
Tabla N° 05
PERSONAS CON QUIEN VIVE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

CON QUIEN VIVE	FI	PORCENTAJE
Familiar	47	26.7
Esposo	98	55.7
Conviviente	31	17.6
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: En la tabla y grafico N°5: El 73.3% viven en unión estable (casados), conviviente. **Sanz B**, en su estudio cuyo objetivo fue, cuyo objetivo consistía en describir la prevalencia de violencia contra la mujer en la pareja en España, menciona que las mujeres que son víctimas de violencias son las que viven con su pareja ya que estos son los primeros agresores de la gestante. Estos resultados indican que tienen coincidencia con nuestro resultado.

GRAFICO N°05



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

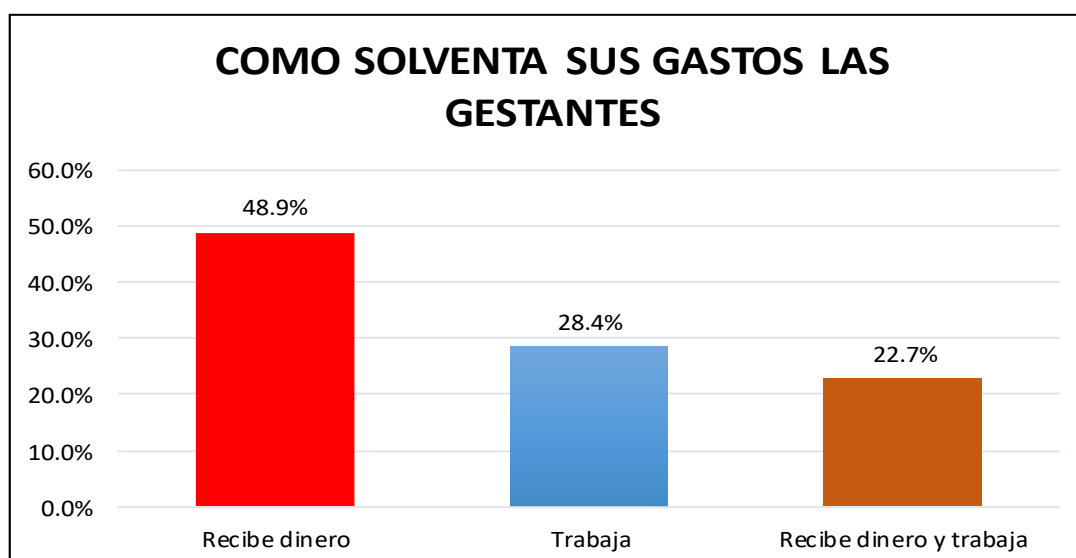
Tabla N° 06
COMO SOLVENTA SUS GASTOS LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018.

COMO SOLVENTA SU GASTO	FI	PORCENTAJE
Recibe dinero	86	48.9
Trabaja	50	28.4
Recibe dinero y trabaja	40	22.7
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°06, sobre los gastos de las gestantes: el 48.9% recibe dinero, Esta tabla se apoya en la misma que el 80.1% de las gestantes son ama de casa

GRAFICO N°06



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

Tabla N° 07

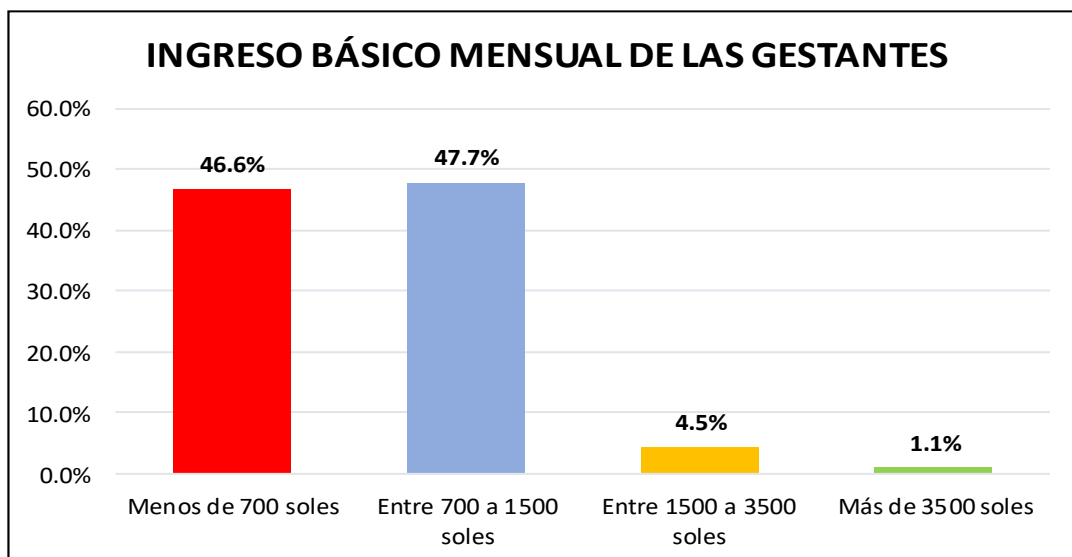
INGRESO BÁSICO MENSUAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

INGRESO BÁSICO MENSUAL	FI	PORCENTAJE
Menos de 700 soles	82	46.6
Entre 700 a 1500 soles	84	47.7
Entre 1500 a 3500 soles	8	4.5
Más de 3500 soles	2	1.1
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°07, sobre el ingreso básico mensual de las gestantes: el 47.7% están entre 700 a 1500 soles y el 46.6% menos de 700 soles.

GRAFICO N°07



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

➤ **FACTORES GINECO OBSTETRICOS**

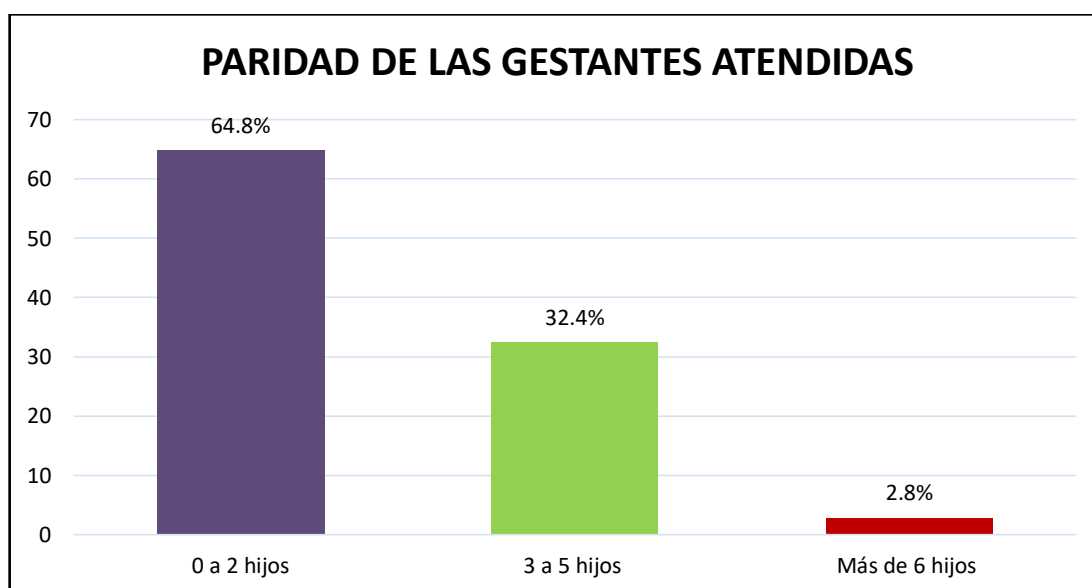
Tabla N° 08
PARIDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018.

PARIDAD	FI	PORCENTAJE
0 a 2 hijos	114	64.8
3 a 5 hijos	57	32.4
Más de 6 hijos	5	2.8
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°08, sobre la paridad de las gestantes: 64.8% tuvieron entre 0 a 2 hijos, **Casafranca G**, en su tesis de post grado Violencia Intrafamiliar En Gestantes, Lima Perú 2013. Menciona que el 51.3% de mujeres fueron multíparas. Estos resultados indican que tienen coincidencia con nuestro estudio

GRAFICO N°08



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

Tabla N° 09

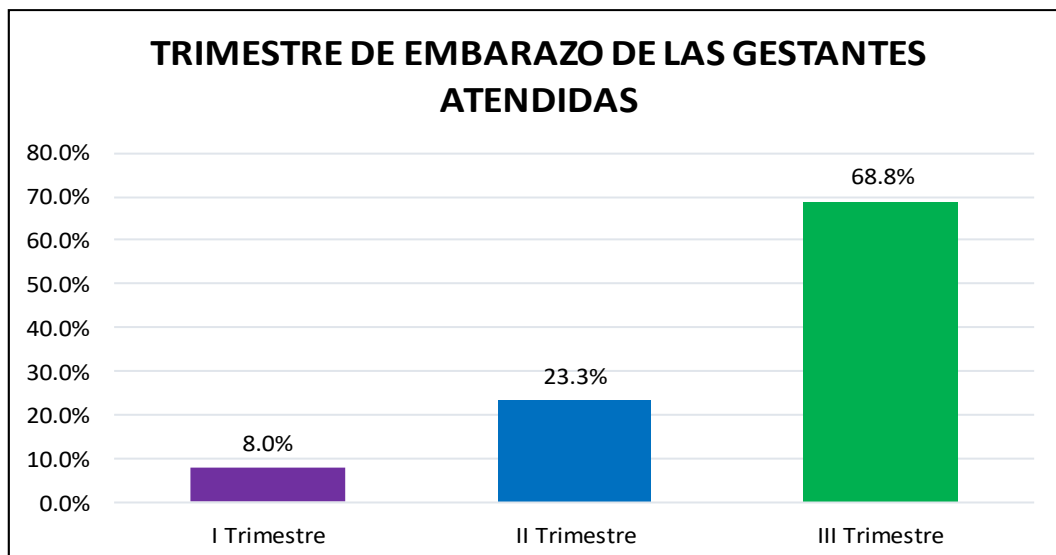
TRIMESTRE DE EMBARAZO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

TRIMESTRE DE LAS GESTANTES	FI	PORCENTAJE
I Trimestre	14	8.0
II Trimestre	41	23.3
III Trimestre	121	68.8
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°09, sobre el trimestre de gestación: el 68.8% de las gestantes estuvieron dentro del III trimestre. **Casafranca G, (Lima-Perú 2013)**. Las gestantes que presentaron algún signo de violencia estaban en el primer trimestre de embarazo. Estos resultados difieren con nuestro estudio.

GRAFICO N°09



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

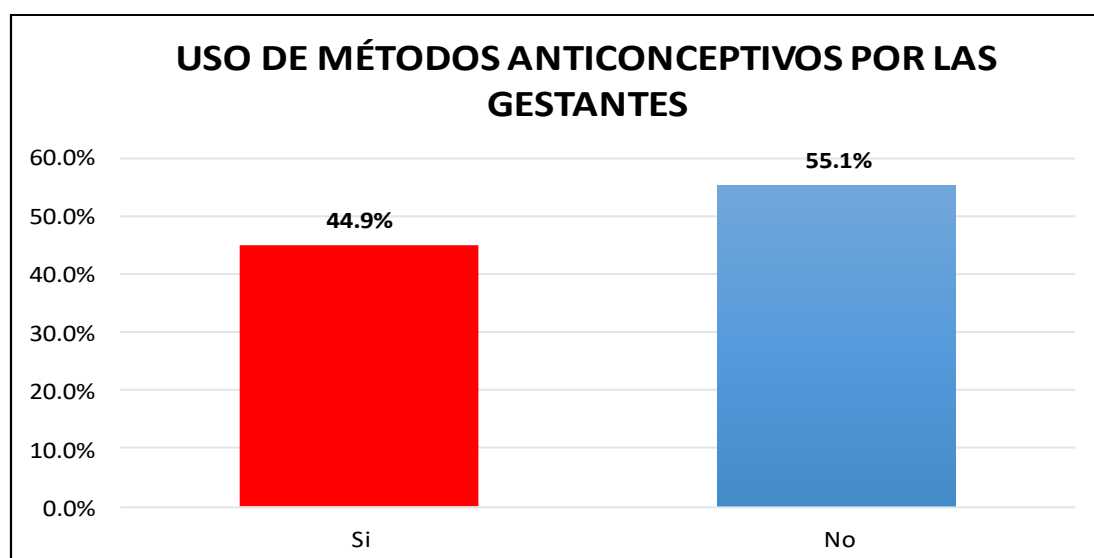
Tabla N° 10
USO DE ANTICONCEPTIVOS POR LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

USO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	FI	PORCENTAJE
Si	79	44.9
No	97	55.1
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°10, sobre los métodos anticonceptivos de la gestantes: el 55.1%, no usó nunca un método de planificación familiar. **Gonzales C.**, menciona en su tesis que el 83.57% de las adolescentes gestantes indicó no haber planificado el embarazo y no haber usado método anticonceptivo, sobre todo el grupo de las adolescentes. Lo que indica que estos resultados tienen coincidencia con nuestro estudio.

GRAFICO N° 10



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

➤ **CARACTERISTICAS DE LAS PAREJAS**

Tabla N° 11

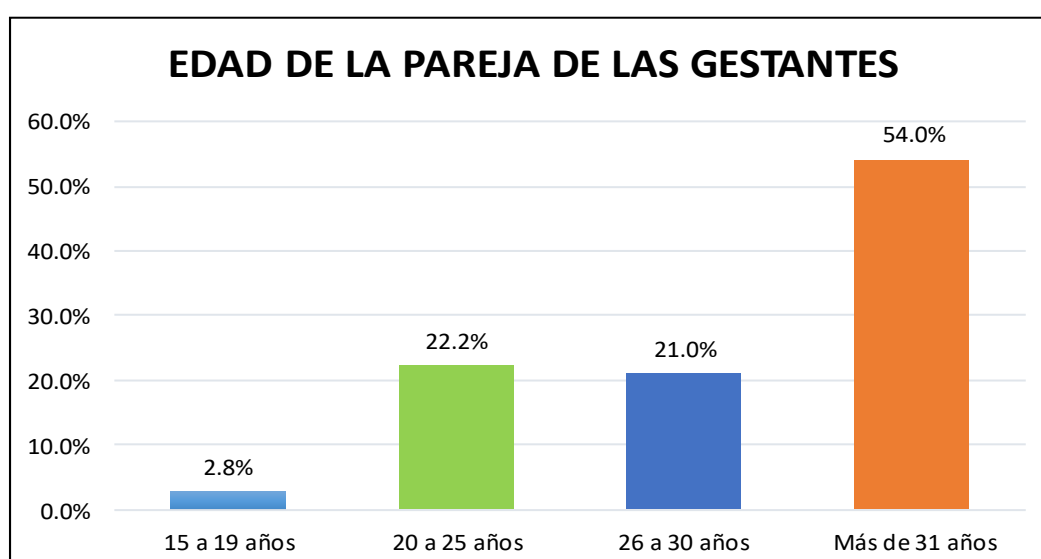
EDAD DE LA PAREJA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

EDAD DE LA PAREJA	FI	PORCENTAJE
15 a 19 años	5	2.8
20 a 25 años	39	22.2
26 a 30 años	37	21.0
Más de 31 años	95	54.0
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°11, sobre la edad de las parejas de las gestantes: el 54% más de 31 años. **Sanz, Rey.** En su estudio cuyo objetivo fue describir la prevalencia de violencia contra la mujer en la pareja en España, menciona en su trabajo que la edad es un condicionante para que la gestante tenga violencia familiar, es decir si la pareja es mayor que ella es más propensa a ser víctima de violencia familiar. Nuestro estudio guarda similitud.

GRAFICO N° 11



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

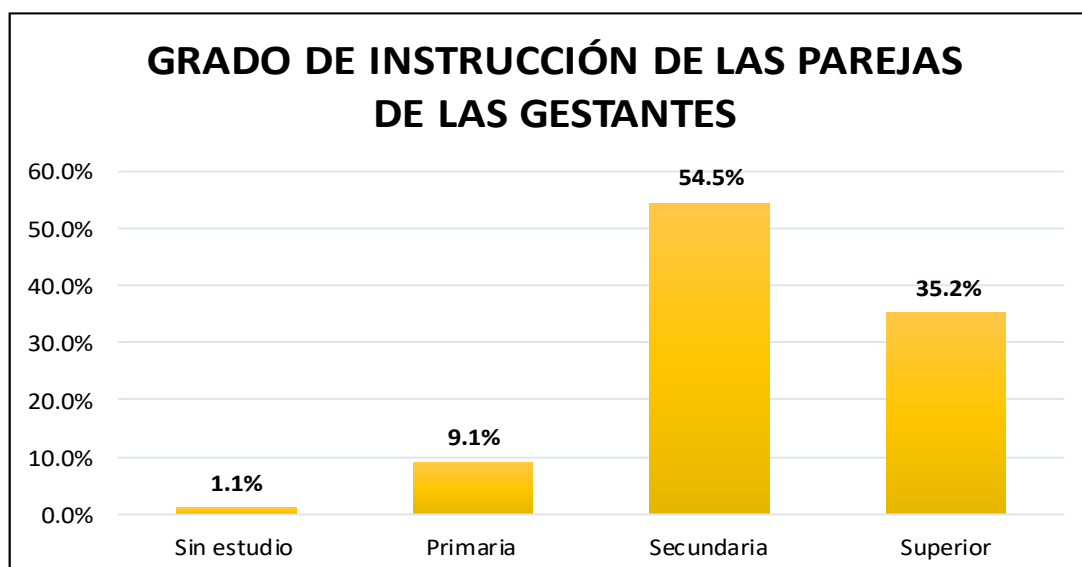
Tabla N° 12
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PAREJAS DE LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO
DEL 2018

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA PAREJA	FI	PORCENTAJE
Sin estudio	2	1
Primaria	16	9
Secundaria	96	55
Superior	62	35
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°12, el grado de instrucción: el 55% tuvieron secundaria, **Ambriz M**, en su estudio Factores asociados a la violencia, menciona la violencia contra la mujer se asocia a la escolaridad de la pareja.

GRAFICO N°12



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

Tabla N° 13

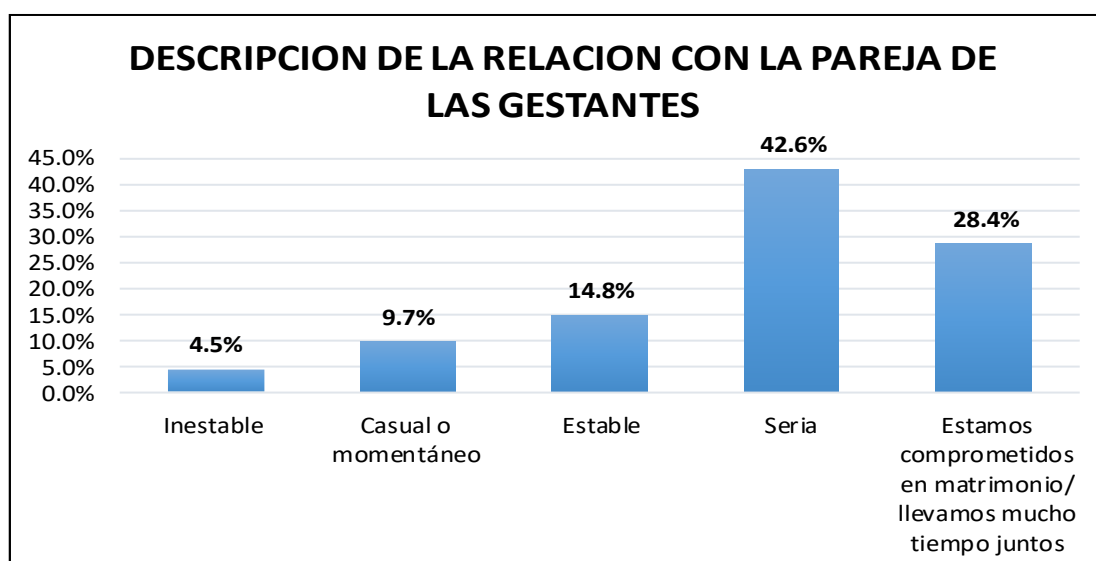
DESCRIPCION DE LA RELACION CON LA PAREJA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

DESCRIPCION RELACION CON LA PAREJA	fi	Porcentaje
Inestable	8	4.5
Casual o momentáneo	17	9.7
Estable	26	14.8
Seria	75	42.6
Estamos comprometidos en matrimonio/ llevamos mucho tiempo juntos	50	28.4
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°13 sobre la descripción de la relación con su pareja: el 42.6% indican que están en una relación seria.

GRAFICO N°13



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

Tabla N° 14

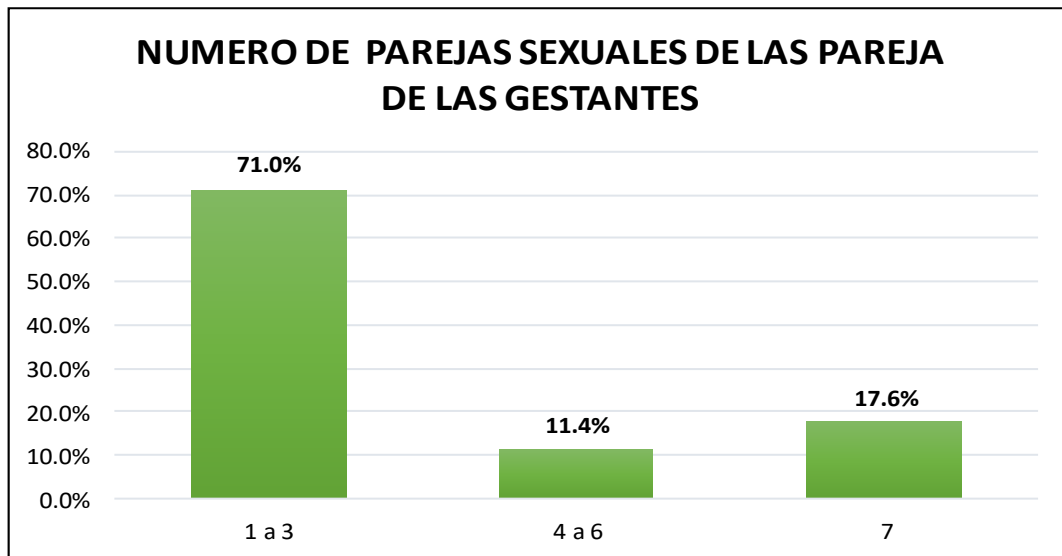
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LA PAREJA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	FI	PORCENTAJE
1 a 3	125	71.0
4 a 6	20	11.4
+6	31	17.6
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°14, sobre el número de parejas sexuales que tuvo el conviviente: el 71% tuvo entre 1 a 3 parejas sexuales previos.

GRAFICO N° 14



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

Tabla N° 15

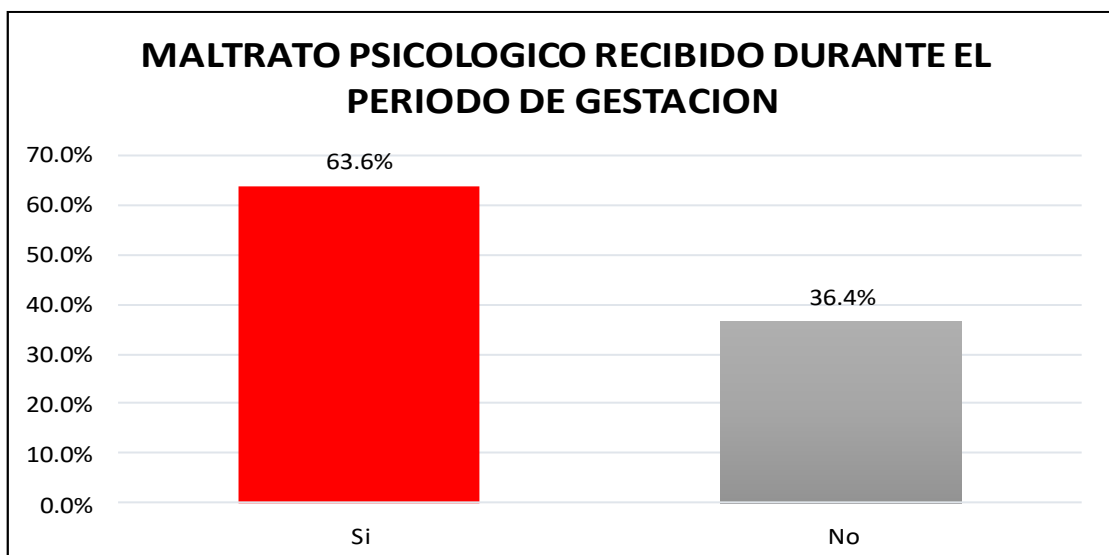
MALTRATO PSICOLOGICO RECIBIDO DURANTE LA GESTACION DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

RECIBIO ALGUN TIPO DE MALTRATO PSICOLOGICO	Fi	Porcentaje
Si	112	63.6
No	64	36.4
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°15, sobre el maltrato psicológico de la gestantes: el 63.3% refirió que si recibió algún tipo de maltrato psicológico (insultos, riñas, discusiones). **Ambriz M**, en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue el de determinar la prevalencia de la violencia del compañero íntimo y analizar sus principales características sociodemográficas, en (México) menciona que el 15,8% de mujeres presento violencia psicológica, lo que determina que nuestro estudio le cuadruplica el índice de violencia psicológica.

GRAFICO N° 15



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

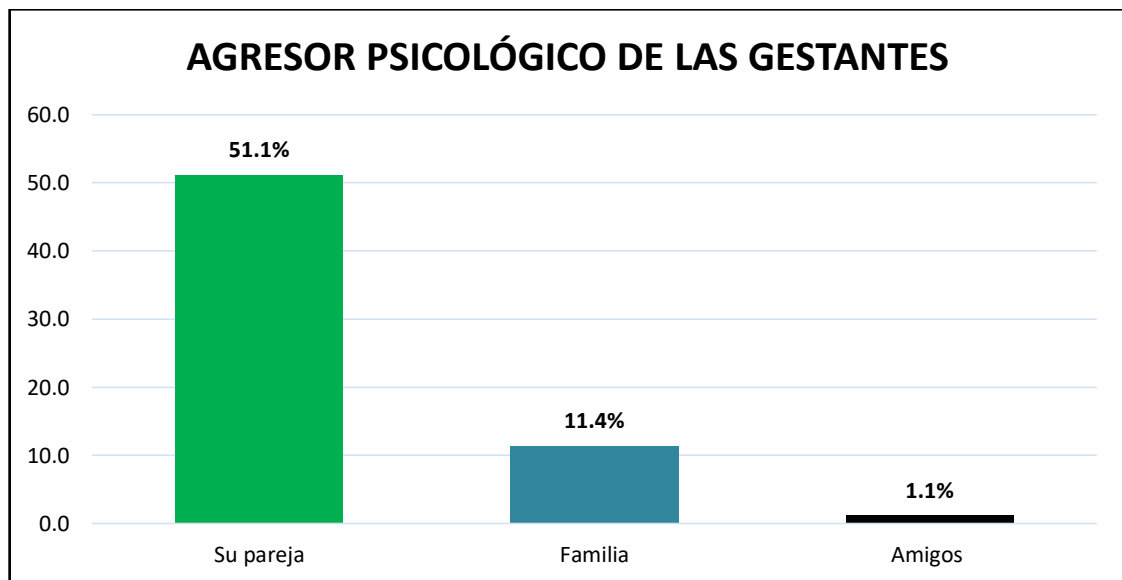
Tabla N° 16
AGRESOR PSICOLÓGICO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

QUIEN FUE EL AGRESOR(A)		
PSICOLOGICO	FI	PORCENTAJE
Su pareja	90	51.1
Familia	20	11.4
Amigos	2	1.1
PROMEDIO	112	63.6

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°16, sobre el agresor de la violencia psicológica de las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Amazónico, el resultado es el siguiente: el 51.1% menciona que es su pareja. **Vives C.**, menciona que el 25% de gestantes que fueron agredidas por el conviviente.

GRAFICO N° 16



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

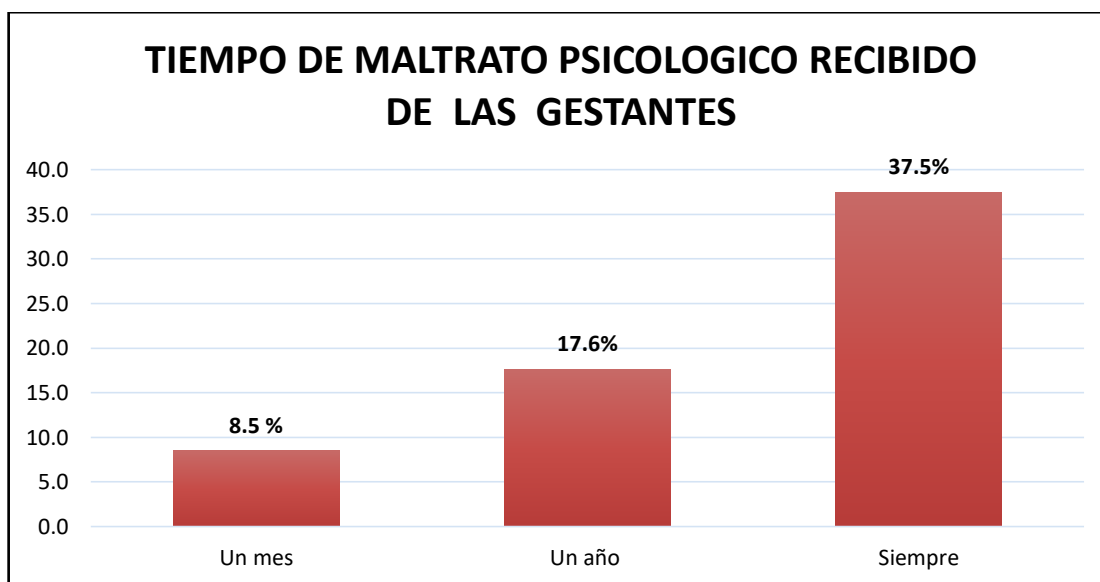
TABLA N° 17
TIEMPO DE MALTRATO PSICOLOGICO RECIBIDO DE LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A
MARZO DEL 2018

Desde cuando fue agredida	fi	Porcentaje
Un mes	15	8.5
Un año	31	17.6
Siempre	66	37.5
PROMEDIO	112	63.6

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°17, sobre el tiempo del maltrato psicológico: el 8.5% menciona que lo recibe hace un mes aproximadamente, el 17.6% menciona que hace aproximadamente una año y el 37.5% menciona que siempre le maltrata psicológicamente

Grafico N°17



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

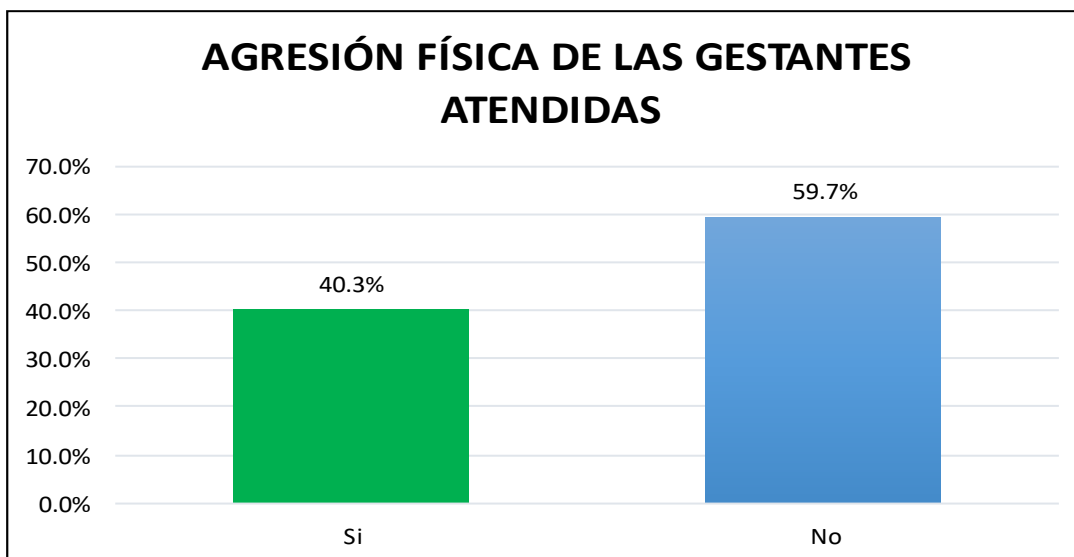
Tabla N° 18
AGRESIÓN FÍSICA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

RECIBIO ALGUN MALTRATO FISICO	fi	Porcentaje
Si	71	40.3
No	105	59.7
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°18, sobre si recibió agresión física de las gestantes: el 40.3% si presento algún tipo de agresión física. Esta tabla se contrasta con el estudio de **Ambriz M.**, cuya tesis es evaluar la prevalencia y factores de riesgo de violencia en mujeres. México - menciona que es el 25,9% de las violencias es de tipo física. Estos resultados reflejan que nuestro estudio le duplica en violencia física.

GRAFICO N° 18



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

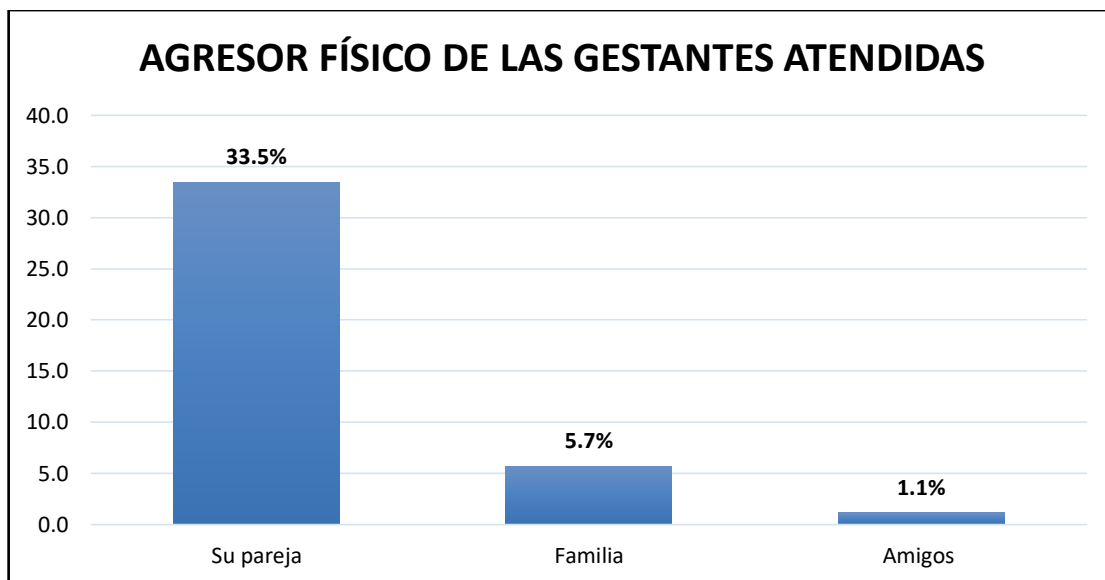
Tabla N° 19
AGRESOR FÍSICO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

Quien fue el agresor(a)	fi	Porcentaje
Su pareja	59	33.5
Familia	10	5.7
Amigos	2	1.1
PROMEDIO	71	40.3

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°19, sobre el agresor físico de las gestantes: el 33.5% menciona que el maltrato físico de la gestante lo recibió por parte del conviviente **Valdez R.**, hace referencia en su trabajo que el primer agresor es la pareja. Lo que se muestra que estos resultados si tienen coincidencia con nuestro estudio.

GRAFICO N° 19



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

Tabla N° 20

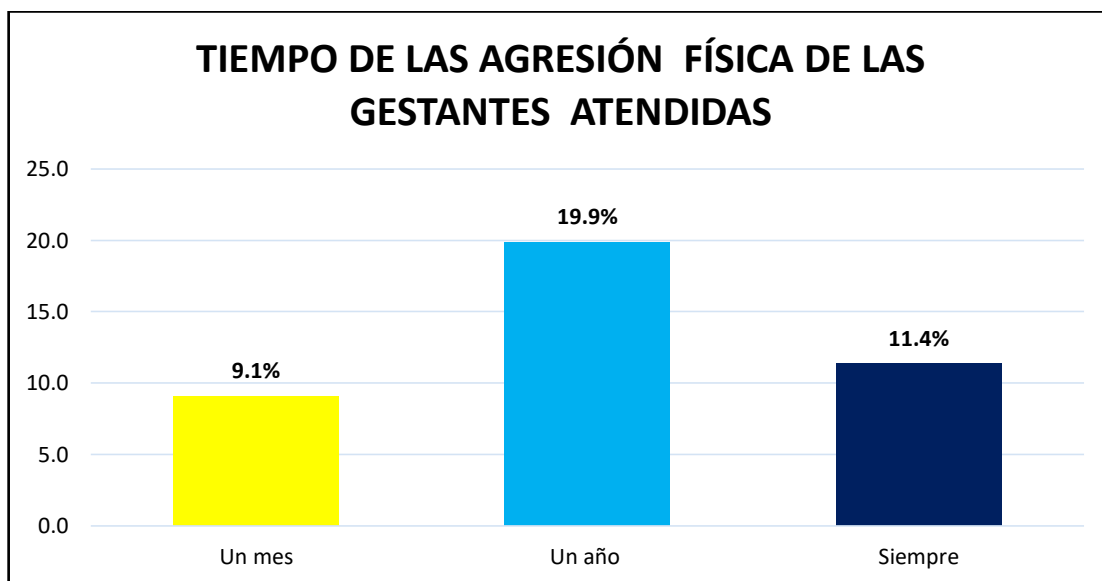
TIEMPO DE LA AGRESIÓN FÍSICA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

Tiempo que fue agredida físicamente	fi	Porcentaje
Un mes	16	9.1
Un año	35	19.9
Siempre	20	11.4
PROMEDIO	71	40.3

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°20, sobre el tiempo de la agresión física de las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Amazónico, el resultado es el siguiente: el 9.1% refiere que hace un mes, el 19.9% hace un año y el 11.4% siempre sufre daños de tipo física.

GRAFICO N° 20



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

Tabla N° 21

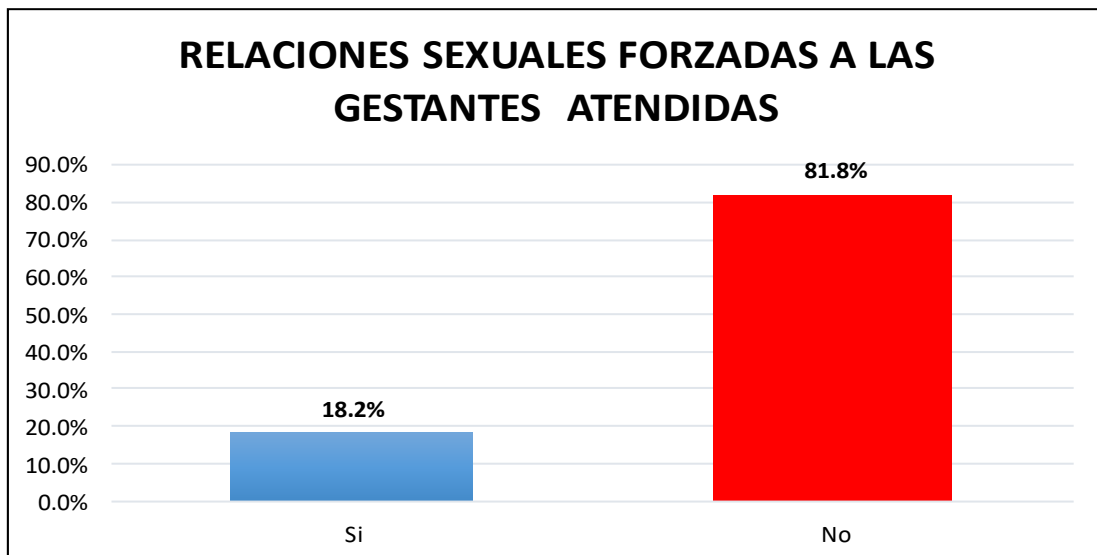
RELACIONES SEXUALES FORZADAS A LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

TUVO RELACIONES SEXUALES FORZADAS		
FORZADAS	FI	PORCENTAJE
Si	32	18.2
No	144	81.8
PROMEDIO	176	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: en la tabla y grafico N°21, sobre las relaciones sexuales forzadas de las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Amazónico, los resultados son los siguientes. El 18.2% menciona si haber tenido al menos una relación de tipo forzada, el 81.8% menciona no haber tenido ninguna relación sexual forzada

GRAFICO N° 21



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

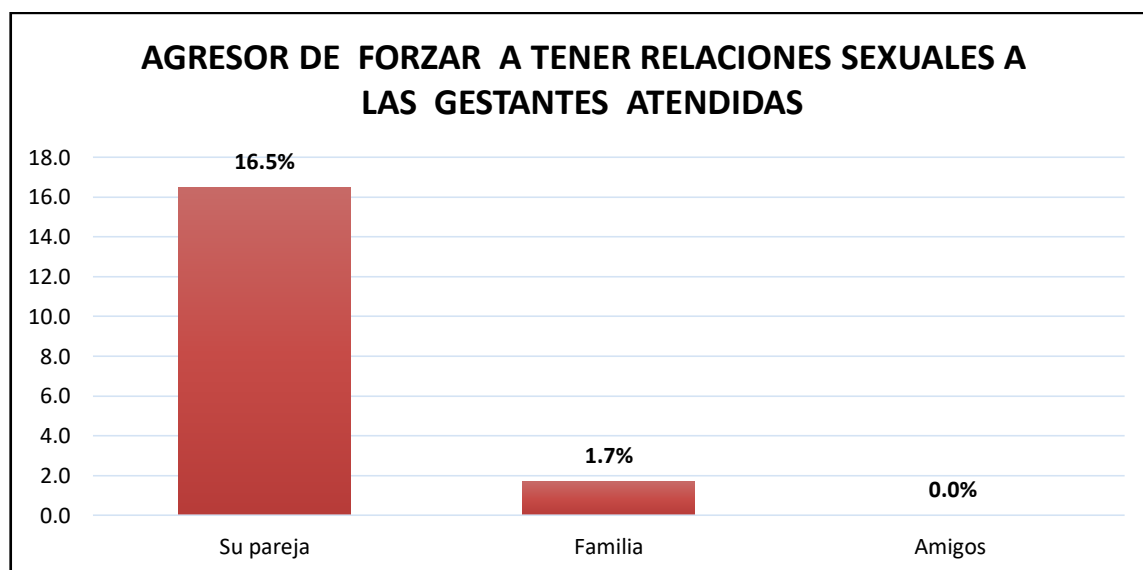
Tabla N° 22
AGRESOR DE FORZAR A TENER RELACIONES SEXUALES A LAS
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO
ENERO A MARZO DEL 2018

QUIEN FUE EL AGRESOR(A)	FI	PORCENTAJE
Su pareja	29	16.5
Familia	3	1.7
Amigos	0	0.0
PROMEDIO	32	18.2

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: el 16.5% mencionó haber sido su pareja y el 1.7% dentro de sus familiares.

GRAFICO N° 22



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

Tabla N° 23

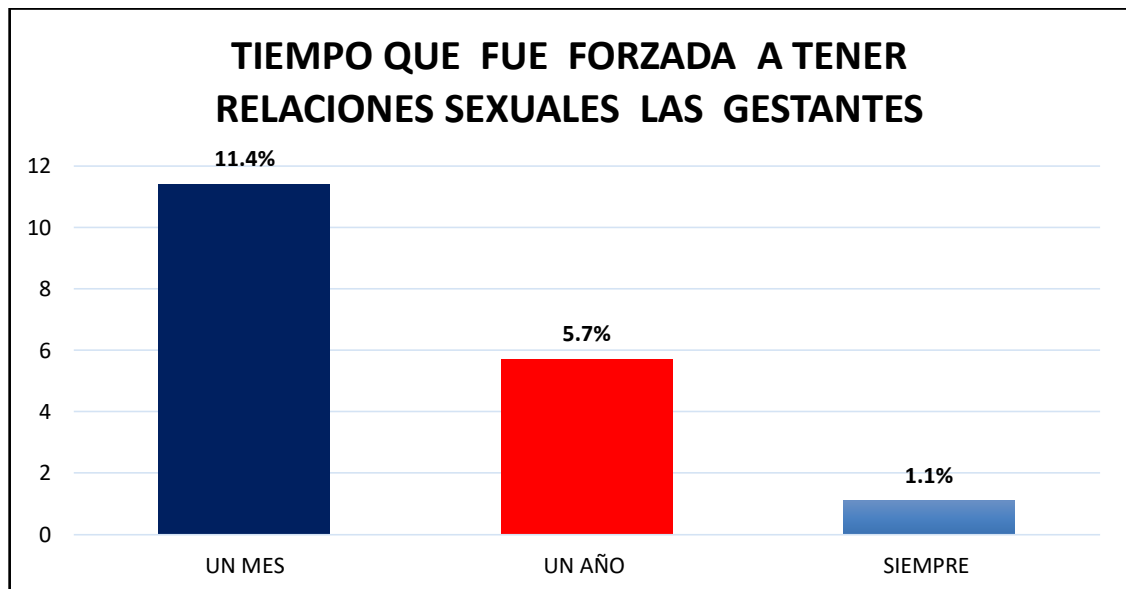
TIEMPO QUE FUE FORZADA A TENER RELACIONES SEXUALES LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO, PERIODO ENERO A MARZO DEL 2018

TIEMPO QUE FUE FORZADA	FI	PORCENTAJE
UN MES	20	11.4
UN AÑO	10	5.7
SIEMPRE	2	1.1
PROMEDIO	32	18.2

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

ANALISIS E INTERPRETACION: En la Tabla y Grafico N°23, sobre el tiempo de la agresión sexual de las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Amazónico, el resultado el 11.4% refiere que hace un mes, el 5.7% hace un año y el 1.1% siempre le obligan a tener relaciones sexuales.

GRAFICO N° 23



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

TABLA N°24
CORRELACIÓN DE PEARSON DE LA DIMENSIÓN FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS Y LA VARIABLE VIOLENCIA DE GÉNERO EN
GESTANTES

Correlaciones

		Factores sociodemográficos	Violencia de género en gestantes
Factores sociodemográficos	Correlación de Pearson	1	,087
	Sig. (bilateral)		,253
	N	176	176
Violencia de género en gestantes	Correlación de Pearson	,087	1
	Sig. (bilateral)	,253	
	N	176	176

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE PACIENTES EN ESTUDIO 2018

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la presente tabla de contingencia, N°24 entre los factores sociodemográficos y la violencia de genero de las gestantes el resultado es la siguiente: aplicando el coeficiente de la correlación de Pearson donde p : es 0.01, se aprecia que entre los **factores sociodemográficos y la violencia de género que no existe una correlación directa, la relación es de 0,253, siendo > 0.01 .** Lo que determina que aun teniendo los factores sociodemográficos adecuados se puede presentar la violencia de género, así mismo, para un mal status socioeconómico, también se presentaría una violencia de género.

TABLA N°25
CORRELACIÓN DE PEARSON DE LA DIMENSIÓN FACTORES
GINECOBSTETRICOS Y LA VARIABLE VIOLENCIA DE GÉNERO EN
GESTANTES

Correlaciones

		Factores ginecostetricos	Violencia de género en gestantes
Factores ginecostetricos	Correlación de Pearson	1	,068
	Sig. (bilateral)		,371
	N	176	176
Violencia de género en gestantes	Correlación de Pearson	,068	1
	Sig. (bilateral)	,371	
	N	176	176

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la presente tabla de contingencia, N°25 entre los factores gineco-obstetricos y la violencia de genero de las gestantes el resultado es la siguiente: aplicando el coeficiente de la correlación de Pearson donde p : es 0.01, se aprecia que entre los **factores gineco-obstetricos y la violencia de género no existe una correlación, donde el nivel sig. Es de 0,371 > 0,01**. Lo que determina que las mujeres nulíparas o multíparas pueden ser víctimas de violencia de género; así mismo, las que se planifican y las que no se planifican.

TABLA N°26
CORRELACIÓN DE PEARSON DE LA DIMENSIÓN CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA Y LA VARIABLE VIOLENCIA DE GÉNERO EN GESTANTES

Correlaciones

		Características de la pareja	Violencia de género en gestantes
Características de la pareja	Correlación de Pearson	1	,205**
	Sig. (bilateral)		,006
	N	176	176
Violencia de género en gestantes	Correlación de Pearson	,205**	1
	Sig. (bilateral)	,006	
	N	176	176

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

INTERPRETACION Y ANALISIS: En la presente tabla de contingencia, N°26 entre las características de la pareja y la violencia de genero de las gestantes el resultado es la siguiente: aplicando el coeficiente de la correlación de Pearson donde p : es 0.01, para la presente dimensión se obtuvo nivel sig. Es =,006, donde se **determina que si existe una correlación directa muy fuerte.** Lo que determina que el principal agresor es el varón

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el Estudio de Investigación se concluye que:

- 1) En relación a los datos sociodemográficos: el 34.1% corresponde al rango de 20 a 25 años, referente al estado civil se encontró que el 69.3% son convivientes; el 43.8% son gestantes con estudios secundarios completos y el 80.1% fueron amas de casa; el 48.9% recibe dinero para su sustento por parte de la pareja.

Los factores sociodemográficos de las gestantes con una correlación $P:0.01$, no existe correlación lineal debido que el nivel de significancia es de 0,253; por lo que se determina que los factores sociodemográficos pudieran estar presentes o no en la violencia de genero de las gestantes

- 2) En relación a los factores gineco-obstétricos: El 64.8% tuvieron entre 0 a 2 hijos, 68.8% de las gestantes estuvieron dentro del III trimestre, el 55.1%, no usaron nunca un métodos de planificación familiar

Los factores gineco-obstetricos de las gestantes: aplicando el coeficiente de la correlación de Pearson donde p : es 0.01, se aprecia que entre los factores gineco-obstetricos y la violencia de género no existe una relación directa, la relación es de 0,371, Lo que determina que los factores gineco obstétricos no se relaciona directamente con la violencia de género.

- 3) En relación con las características de la pareja: la edad de las parejas están representados con el 54% con más de 31 años, el 55% de las parejas tienen un grado de instrucción secundaria, el 71% tuvieron entre 1 a 3 parejas sexuales el 42,6% refieren que están dentro de una relación seria.

Las características de la pareja de las gestantes: aplicando el coeficiente de la correlación de Pearson donde p : es 0.01, se aprecia que entre las características de la pareja si existe correlación con la violencia de género en las gestantes ya que el nivel de significancia es de 0,006; lo que determina que el principal agresor es el varón y las características de este.

- 4) La frecuencia de violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico: el 63.6% refirió que si recibió algún tipo de maltrato psicológico (insultos, riñas, discusiones), el 51.1 el agresor fue la pareja siempre es frecuente este tipo de violencia; el 40.3% refiere que presento algún tipo de agresión física, siendo el agresor su pareja 33.5%, siendo frecuente este tipo de agresión física; El 18.2% menciona si haber tenido al menos una relación sexual forzada, siendo el principal agresor la pareja.

RECOMENDACIONES

Considerando los resultados:

- 1) Se recomienda a la Dirección Regional de Salud (DIRESA) fortalecer nuestro sistema de salud, instalando programas preventivos de autoestima y factores protectores, donde los jóvenes empiecen a valorarse así mismo desde muy temprana edad.
- 2) Se recomienda a los profesionales de salud que trabajan en el primer nivel de atención a realizar las visitas domiciliarias y desarrollar un método educativo para poder unir a la familia e informarla, educarla para poder evitar un caso más de feminicidio, que involucre como principal autor a la pareja, siendo este el principal agresor de la gestante.
- 3) Al sector salud, se recomienda que en su mayoría las gestantes deben ser afiliadas al SIS, a fin de evitar cualquier factor socioeconómico cultural que ponga en desventaja a la gestante y que esta sea motivo de inducir a una violencia de género.
- 4) A los profesionales de obstetricia quienes son responsables del servicio de Planificación Familiar tener en consideración; que las gestantes que recibieron algún tipo de violencia de género, no se encontraban utilizando algún método anticonceptivo, se recomienda que se promocióne, se oferte el servicio en los diferentes espacios del Hospital Amazónico, a fin de dar mayor accesibilidad a los métodos anticonceptivos y disminuir la paridad, motivo por el cual algunas mujeres son víctimas de violencia de género.
- 5) Siendo el principal agresor de la mujer en el estado de la gestación su propia pareja se debe motivar la participación del papá en los espacio de orientación familiar, como el de psicoprofilaxis obstétrica a fin de cambiar actitudes negativas.

FUENTES DE INFORMACION

- 1) Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann.* 2001;32(1):1-16.
- 2) Campbell J, García-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women.* 2004;10(7): 770-89.
- 3) Buvinic M, Morriss A, Shifter M. La violencia en America Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999.
- 4) MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 2006 Aug; 296(5):530-6. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/5/530>
- 5) Gúezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia Sexual y Fisica contra las Mujeres en el Perú. Lima: Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristan," Universidad Peruana Cayetano Heredia, WHO, 2002
- 6) Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, et al. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008 Feb;100(2):104-8. Epub 2007 Oct 25.
- 7) MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.*

2006 Aug; 296(5):530-6. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/296/5/530>

- 8) Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol.* 1999;93(5 pt. 1):661-6.
- 9) Ministerio de Salud. Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar. Managua: Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, MINSA; 2001.
- 10) Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Nueva York, Naciones Unidas, 23 de febrero de 1994 (Resolución No. A/RES/48/104).
- 11) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Capítulo 12: Violencia contra la mujer, niñas y niños en Perú [Internet]. En: Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2010. Lima: INEI; 2011 [citado el 6 de febrero 2017]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/index.html>
- 12) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Modelos multivariados para la violencia conyugal, sus consecuencias y la solicitud de ayuda [Internet]. Lima: INEI; 2009 [citado el 6 de febrero 2012]. Disponible
- 13) Calderón SH, Gilbert P, Jackson R, et al. Cueing prenatal providers effects on discussions of intimate partner violence. *Am J Prev Med.* 2008 Feb;34(2):134-7. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fc>
- 14) Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015 Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>

- 15) Sanz-barbero B, Rey L, Otero-garcía L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. Gac Sanit [Internet]. SESPAS; 2014;28(2):102-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
- 16) Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C, Salgado-de Snyder N, Agoff C, Avila-Burgos L, Híjar MC. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. Salud Publica Mex. 2006;48(2):250–8
- 17) Sanz-barbero B, Rey L, Otero-garcía L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. Gac Sanit [Internet]. SESPAS; 2014;28(2):102–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
- 18) Ambriz-Moraa MI, Zonana-Nacachb A, Anzaldo-Campos MC, realizaron un estudio realizado en México "Factores asociados a violencia doméstica en mujeres mexicanas vistas en primer nivel de atención" <https://medes.com/publication/101153>
- 19) Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C, Salgado-de Snyder N, Agoff C, Avila-Burgos L, Híjar MC. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. Salud Publica Mex. 2006;48(2):250–8.
- 20) Carmen Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Gil-González D, Torrubiano-Domínguez J, Rohlf I, Escriba-Aguir V. Presentaron un estudio durante el 2006 en España denominado "Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España", scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000500009

- 21) Blitchtein-Winicki D, Reyes-Solari E. Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004 - 2007. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29(1):35–43
- 22) Gonzales Guerrero Erika Cristina, Factores Asociados Con La Violencia En Gestantes Adolescentes Del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé Enero - Marzo 2014. Lima – Perú
- 23) Giovanni Paolo Casafranca Mendoza, en su tesis de post grado Violencia Intrafamiliar En Gestantes, Lima Perú 2013.
- 24) Comisión de la Mujeres y la Familia del Congreso de la República. (Internet) Diagnostico de género en la Amazonía al 2017 (Citado el 4 de Septiembre del 2017) Disponible en: <http://www.prodescentralizacion.org.pe/assets/Diagnostico%20de%20genero%20en%20la%20Amazonia%20resumen.pdf>
- 25) Liliana Hendel, titulo de libro “Violencia de Genero”. Editorial Paidos SAIF, Primera edición, marzo del 2017.
- 26) Norma Técnica para la Atención Integral de las personas afectadas por la violencia basada en género. Ministerio de salud. Dirección General de Promoción de la Salud. 2007. Lima

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA DE GENERO EN GESTANTES DEL HOSPITAL AMAZONICO

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN		MÉTODO
			VARIABLE	INDICADORES	
PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO PRINCIPAL	Existen factores asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018	V.(1) INDEPENDIENTE FACTORES ASOCIADOS	Edad -Estado Civil -Grado de instrucción	Tipo de investigación: Estudio transversal, prospectivo, cualitativo Nivel de investigación: Correlacional Método: entrevista Población: 325 Muestra: 176
			SOCIODEMOGRAFICOS	--Ocupación Con quién vive	
			GINEOBSTETRICOS	-Ingreso Mensual -Solventar gastos	
			CARACTERISTICA DE LA PAREJA	Paridad -Edad de inicio de relaciones sexuales -Fecha de primera menstruación -Uso de métodos anticonceptivos Pareja estable -Edad de la pareja -grado de instrucción de la pareja - tipo de relación con su pareja	
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS		V. DEPENDIENTE V(2) VIOLENCIA	- n	

<p>PE 1.- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018?</p> <p>PE 2.- ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018?</p> <p>PE 3.- ¿Cuál es la frecuencia de violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018?</p> <p>PE 4.- ¿Cuáles son las características de la pareja que se asocian a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018?</p>	<p>OE 1.- Conocer los factores sociodemográficos asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018</p> <p>OE 2.- Identificar los factores gineco-obstétricos asociados a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018?</p> <p>OE 3.- Identificar la frecuencia de violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018</p> <p>OE 4.- Conocer las características de la pareja que se asocian a la violencia de género en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico, durante el periodo de enero a marzo del 2018</p>			<p>Numero de gestantes que presentaron violencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - psicológica - Física - Sexual 	
---	---	--	--	--	--



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

ENCUESTA:

**FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA DE GENERO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO, DURANTE ENERO A MARZO
DEL 2018**

I.- FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad:

- a) Estado civil:
- b) Soltera
- c) Conviviente
- d) Casada
- e) Viuda

2. Grado de instrucción

- a) Ilustrada y/o Primaria incompleta
- b) Estudios secundarios incompletos
- c) Estudios secundarios completos
- d) Estudio técnico o universitarios
- e) Postgrado y/o maestría

3. Ocupación

- a) Ama de casa
- b) estudiante
- c) Trabajadora dependiente (Oficina, contrato establecido y/o sueldo)

5.- Con quien vive usted

- a) familiar
- b) esposo
- c) conviviente

6.- Como solventa sus gastos

- a) Recibe dinero
- b) Trabaja
- c) Recibe dinero y trabaja

7.- Ingreso básico mensual

- a) Menos de 700 soles
- b) Entre 700 a 1500 soles
- c) Entre 1501 a 3500 soles
- d) Más de 3500 soles

II.- FACTORES GINECOOBSTETRICOS

8.- PARIDAD

- a) 0 a 2 hijos
- b) 3 a 5 hijos
- c) +6 hijos

9.- EDAD GESTACIONAL ACTUAL

- a) I Trimestre
- b) II Trimestre
- c) III Trimestre

10.- USA MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- a) si
- b) No

III.- SOBRE LAS CARACTERISTICAS DE LA PAREJA

11.- ¿Cuántos años tiene su pareja?

- a) 15 a 19
- b) 20 a 25
- c) 25 a 30
- d) +30

12.- ¿Grado de instrucción de la pareja?

- a) Sin estudio
- b) primaria
- c) secundaria
- d) superior

13.- ¿Cómo describirías tu relación con tu pareja?

- (a) inestable (hemos comenzado a salir juntos).
- (b) Casual (salimos con otros chicos/as).
- (c) Estable (estamos juntos y no salimos con otros chicos/as).
- (d) Seria (hacemos planes juntos para el futuro).
- (e) Estamos comprometidos en matrimonio/Llevamos mucho tiempo juntos.

14.- Numero de parejas sexuales de la pareja.

- a) 1 a 3 parejas
- b) 4 a 6 parejas
- c) + 6 pareja

**IV.- CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE LA VBG EN LA GESTACION
VIOLENCIA PSICOLOGICA**

15. ¿Ha sentido alguna vez maltratada(o) psicológicamente por su pareja u otra persona importante para usted? Recibió insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos importantes para usted, amenazas aislamientos, maldiciones, ridiculización. Si la respuesta es positiva preguntar quién fue el agresor

- a) Si () b) No ()

16.- Quién fue el agresor(a)

- a) su pareja
- b) familia
- c) amigos

17.- Desde cuándo es agredida y cuándo fue la última agresión?

- a) un mes
- b) un año
- c) siempre

VIOLENCIA FÍSICA

18. ¿Ha sido agredida(o) físicamente por su pareja u otra persona cercana a usted? Citar ejemplos: Recibió empujones, golpes, puñetazos, cachetadas o fue golpeada con algún objeto, ha recibido quemaduras o amenazas con arma, Si la respuesta es positiva, preguntar quién fue la agresora(o)

- a) Si () b) No ()

19.- Quién fue el agresor(a)

- a) su pareja
- b) familia
- c) amigos

20.- Desde cuándo es agredida y cuándo fue la última agresión?

- a) un mes
- b) un año
- c) siempre

VIOLENCIA SEXUALES

21.- ¿Se ha sentido forzada(o) alguna vez a tener relaciones sexuales? Si la respuesta es positiva, preguntar quién fue la agresora(o)

- a) Si () b) No ()

22.- Quién fue el agresor(a)

- a) su pareja
- b) familia
- c) amigos

23.- Desde cuándo es agredida y cuándo fue la última agresión?

- a) un mes
- b) un año
- c) siempre

PRUEBA DEL ALFA DE CRONBACH

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	30	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	30	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,978	,980	22

Matriz de correlaciones inter-elementos

	ITEM_01	ITEM_02	ITEM_03	ITEM_04	ITEM_05	ITEM_06	ITEM_07	ITEM_08	ITEM_09	ITEM_10	ITEM_11	ITEM_12	ITEM_13	ITEM_14	ITEM_15	ITEM_16	ITEM_17	ITEM_18	ITEM_19	ITEM_20	ITEM_21	ITEM_22
ITEM_01	1,000	,851	,851	,781	,802	,797	,909	,827	,882	,696	,896	,212	,745	,626	,767	,835	,598	,831	,845	,501	,824	,787
ITEM_02	,851	1,000	,683	,848	,775	,792	,862	,771	,785	,641	,811	,252	,839	,605	,746	,749	,655	,769	,762	,601	,788	,767
ITEM_03	,851	,683	1,000	,701	,792	,708	,829	,727	,795	,683	,837	,081	,758	,569	,653	,753	,570	,749	,766	,472	,755	,723
ITEM_04	,781	,848	,701	1,000	,652	,876	,854	,825	,826	,667	,762	,392	,805	,477	,791	,742	,726	,756	,746	,678	,828	,758
ITEM_05	,802	,775	,792	,652	1,000	,725	,786	,784	,791	,673	,783	,113	,760	,596	,608	,771	,540	,763	,753	,389	,685	,623
ITEM_06	,797	,792	,708	,876	,725	1,000	,840	,908	,872	,711	,783	,332	,771	,674	,754	,820	,765	,779	,758	,559	,775	,667
ITEM_07	,909	,862	,829	,854	,786	,840	1,000	,823	,835	,650	,845	,249	,816	,539	,712	,840	,652	,748	,861	,447	,794	,687
ITEM_08	,827	,771	,727	,825	,784	,908	,823	1,000	,907	,787	,849	,359	,737	,633	,769	,844	,655	,865	,783	,496	,858	,741
ITEM_09	,882	,785	,795	,826	,791	,872	,835	,907	1,000	,824	,871	,285	,749	,644	,828	,872	,718	,870	,806	,664	,877	,810
ITEM_10	,696	,641	,683	,667	,673	,711	,650	,787	,824	1,000	,888	,244	,603	,636	,719	,711	,750	,901	,659	,857	,848	,751
ITEM_11	,896	,811	,837	,762	,783	,783	,845	,849	,871	,888	1,000	,217	,726	,641	,749	,783	,665	,912	,794	,583	,880	,807
ITEM_12	,212	,252	,081	,392	,113	,332	,249	,359	,285	,244	,217	1,000	,113	-,112	,104	,083	,247	,220	,068	,371	,314	,112
ITEM_13	,745	,839	,758	,805	,780	,771	,816	,737	,749	,603	,726	,113	1,000	,596	,750	,725	,604	,763	,753	,473	,728	,765
ITEM_14	,626	,605	,569	,477	,596	,674	,539	,633	,644	,636	,641	-,112	,596	1,000	,657	,775	,659	,714	,636	,452	,637	,681
ITEM_15	,767	,746	,653	,791	,608	,754	,712	,769	,828	,719	,749	,104	,750	,657	1,000	,817	,766	,803	,760	,632	,831	,838
ITEM_16	,835	,749	,753	,742	,771	,820	,840	,844	,872	,711	,783	,083	,725	,775	,817	1,000	,765	,779	,881	,447	,832	,729
ITEM_17	,598	,655	,570	,726	,540	,765	,652	,655	,718	,750	,665	,247	,604	,659	,766	,765	1,000	,676	,558	,665	,723	,611
ITEM_18	,831	,769	,749	,756	,763	,779	,748	,865	,870	,901	,912	,220	,763	,714	,803	,779	,676	1,000	,763	,592	,869	,889
ITEM_19	,845	,762	,766	,746	,753	,758	,861	,783	,806	,659	,794	,068	,753	,636	,760	,881	,558	,763	1,000	,413	,833	,739
ITEM_20	,501	,601	,472	,678	,389	,559	,447	,496	,664	,657	,583	,371	,473	,452	,632	,447	,665	,582	,413	1,000	,634	,652
ITEM_21	,824	,788	,755	,828	,685	,775	,794	,858	,877	,848	,880	,314	,728	,637	,831	,832	,723	,869	,833	,634	1,000	,866
ITEM_22	,787	,767	,723	,758	,623	,667	,687	,741	,810	,751	,807	,112	,765	,681	,838	,729	,611	,889	,739	,652	,866	1,000

	ITEM_01	ITEM_02	ITEM_03	ITEM_04	ITEM_05	ITEM_06	ITEM_07	ITEM_08	ITEM_09	ITEM_10	ITEM_11	ITEM_12	ITEM_13	ITEM_14	ITEM_15	ITEM_16	ITEM_17	ITEM_18	ITEM_19	ITEM_20	ITEM_21	ITEM_22
1	4	4	5	3	5	3	4	3	3	2	4	2	5	2	3	3	2	3	3	2	3	3
2	4	3	4	3	3	3	4	3	3	2	4	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3
3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3
4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3
5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2
6	4	4	4	3	4	3	4	3	3	2	4	2	4	2	3	3	2	3	3	2	3	3
7	2	3	2	3	2	3	3	2	2	1	1	2	3	2	3	3	3	1	2	2	2	2
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3
9	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2
10	4	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3
11	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3
12	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2
13	4	4	3	3	4	3	4	3	3	2	4	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3
14	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
15	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3
16	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1
17	4	4	3	3	3	3	4	3	3	2	4	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3
18	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
19	3	4	3	3	4	3	4	3	3	2	3	2	4	2	2	3	2	3	3	2	3	3
20	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2
21	4	4	3	3	3	3	4	3	3	2	4	2	4	2	3	3	2	3	3	2	3	3
22	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1
24	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1
25	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	4	2	3	3	2	3	3	2	3	3
26	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	4	3	3	3	3	3	4	3	3	2	4	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3
28	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3
29	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	2
30	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1

