

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSTGRADO**

**Violencia psicológica y disfunción sexual de la mujer,  
Hospital Loayza, 2009**

**TESIS**

para optar el grado académico de Magíster en Salud Reproductiva con  
Mención en Sexualidad Humana

**AUTORA**

Flor Guicela Zorozábal De La Cruz

**ASESORA**

Ana María Gonzáles Espinoza

**Lima – Perú**

**2010**

**ASESORA:**  
**MG.ANA MARÍA GONZÁLES ESPINOZA**

**Dedicatoria.**

**A MI HIJO: Cristhiam Ralph**

## AGRADECIMIENTOS

- A Dios por la vida, la fuerza e iluminación que me dio para culminar mis anhelos profesionales y personales.
- Al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mi institución laboral por brindarme la oportunidad de realizar mi investigación.
- A la Unidad de Post Grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en especial a la Coordinadora de la Maestría en Salud Reproductiva Mg. Carolina Tarqui Mamani por su aporte en enriquecer mi investigación.
- A la Mg. Ana María Gonzáles Espinoza asesora del trabajo de investigación.
- Al Dr. Eloy Saravia Sandoval Presidente del Comité de Ética del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, por su apoyo en la realización de la investigación
- A todas las mujeres que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

## INDICE DEL CONTENIDO

INDICE DE TABLAS .....	vi
INTRODUCCIÓN .....	vii
CAPÍTULO I .....	10
1.1 PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	10
1.2 OBJETIVOS .....	12
1.3 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....	12
1.4 JUSTIFICACIÓN .....	12
1.5 LIMITACIONES.....	13
1.6 MARCO TEÓRICO.....	13
1.7 ANTECEDENTES .....	24
CAPÍTULO II.....	26
2.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO .....	26
2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	26
2.3 VARIABLES DE ESTUDIO .....	28
2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	30
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	31
2.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	31
2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	32
2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
CAPÍTULO III .....	33
3.1 RESULTADOS .....	33
CAPÍTULO IV.....	36
3.2 DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	41
ANEXOS .....	43

## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA N°1. ANÁLISIS BIVARIADO ENTRE LOS FACTORES DE RIEGO QUE INCREMENTAN LA PRESENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA-2009 .....</b>	<b>34</b>
<b>TABLA N°2 VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA JULIO - DICIEMBRE 2009 .....</b>	<b>34</b>
<b>TABLA N°3. REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LOS FACTORES DE RIESGO ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA. 2009 .....</b>	<b>35</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la relación entre la violencia psicológica por parte de la pareja y la disfunción sexual de origen no orgánico de la mujer en edad fértil, que asiste a la consulta externa del Hospital Arzobispo Loayza - 2009.

**Metodología:** Estudio observacional, analítico, de casos y controles, de dos grupos seleccionados bajo diagnóstico, a cuyas poblaciones se les aplicó el cuestionario de Tamizaje de violencia psicológica (estandarizado en el Hospital Arzobispo Loayza y MINDES) y cuestionario de Disfunción Sexual de origen no orgánico.

**Resultados:** Se estudiaron 91 mujeres con disfunción sexual (casos) y 91 sin disfunción sexual (Controles), donde la edad promedio de los casos y los controles fue de  $31 \pm 9$  años. El análisis bivariado demostró asociación significativa ( $p < 0,05$ ) de la violencia psicológica, nivel educativo (secundaria y superior), estado civil y el tiempo de vivir en pareja. Al aplicar el análisis multivariado a los factores significativos con el modelo de regresión logística, fueron confirmados los factores de riesgo: violencia psicológica (OR=9.64; IC 95%: 4.71 - 19.8), tiempo de vivir en pareja (OR=2.54; IC 95%: 1.2 - 5.3) y nivel educativo (OR=1.79; IC 95%: 0.6 - 5.6).

**Conclusiones:** La mujer con violencia psicológica de parte de la pareja, tiene mayor posibilidad de presentar Disfunción Sexual de origen no orgánico, se debe prevenir que la violencia psicológica forme parte de la vida de la mujer.

**Palabras Clave:**

Violencia Psicológica / Disfunción Sexual / Mujer Edad Fértil

## ABSTRACT

**Objective:** Analysis of the relationship between physiological violence from the partner and sexual dysfunction of non organic origin the women of childbearing age attending the outpatient department of the Arzobispo Loayza Hospital - 2009.

**Methodology:** Observational, analytic study of cases and controls, between two groups selected under diagnostic, to whose populations were applied a questionnaire of psychological violence screening (standardized in Arzobispo Loayza Hospital and MINDES- Ministry of Women and Social Developing) and survey of sexual dysfunction of non organic origin.

**Results:** 91 Women with sexual dysfunction were studied (cases) and 91 without sexual dysfunction (Controls), whose average in age was  $31 \pm 9$  years. Bivariate analysis demonstrated there is a significant association ( $p < 0,05$ ) in psychological violence, higher educational proficiency (secondary and post-secondary), civil status and cohabitation time in couples. Upon applying the multivariate analysis model to the significant factors with logistic regression, only two risk factors were confirmed: Psychological violence (OR=9.64; CI 95%:4.71 - 19.8), cohabitation time (OR=2.54; CI 95%: 1.2 - 5.3) and higher educational proficiency (OR=1.79; CI 95%: 0.6 - 5.6).

**Conclusions:** Women experiencing psychological violence caused by the partner have higher chances of having sexual dysfunction from non-organic origin; it must be prevented psychological violence to be part of women's life.

**Keywords:**

Psychological Violence / Sexual Dysfunction / Female Reproductive Age



## INTRODUCCIÓN

Vivimos en un mundo donde los avances científicos y tecnológicos son cada vez más rápidos, pero la violencia psicológica continua aún oculta, a pesar de ser la forma de violencia más común contra la mujer; tomándose como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos porque afecta la dignidad y valía de la persona humana, así como por su repercusión en la salud sexual incluido los derechos sexuales y reproductivos y la mortalidad indirecta, sin embargo las disfunciones sexuales femeninas de origen no orgánico, es un tema espinoso de tratar por el contexto cultural, religioso, moral, los prejuicios o simplemente por la falta de conocimiento y porque está relacionada con factores psicológicos que incluyen problemas interpersonales como problemas de pareja que afectan la vida sexual.

Según datos publicados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2005 – 2006 del 100% de las mujeres “alguna vez unidas”, un 60% ha sido agredida físicamente y/o psicológica por su esposo o compañero; el 83 % a veces y el 16 % con frecuencia, en relación a la violencia psicológica, se ha identificado situaciones de control (34 %) “la ignora o es indiferente”, situaciones de agresión verbal (48 %) “la grita cuando le habla” y amenazas (25 %) “me tienes cansado, me voy de la casa”.<sup>(1)</sup>

La salud mental factor preponderante, determinante en la vida de la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano, derecho amparado en nuestra constitución así como en los tratados internacionales vigentes, aún no ha logrado llegar a un nivel aceptable.

El presente estudio tiene como objetivo: Analizar la relación entre la violencia psicológica por parte de la pareja y la disfunción sexual de origen no orgánico de la mujer en edad fértil, que asiste a la consulta externa del Hospital Arzobispo Loayza.

El trabajo se desarrolla en 5 capítulos, el primero hace un planteamiento general del problema, el segundo detalla el marco teórico, el tercero desarrolla la metodología, el cuarto capítulo los resultados y discusión y el quinto capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones, finalmente se encuentran las referencias bibliográficas y anexos.

## CAPÍTULO I

### **1.1 PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA :**

En la actualidad, diferentes estudios señalan que la violencia psicológica contra la mujer, es uno de los problemas de mayor importancia, porque es un factor de riesgo en su salud, bienestar y ejercicio de los derechos humanos incluidos los derechos sexuales y reproductivos; la violencia psicológica en cualquiera de las etapas de la vida de la mujer trae como consecuencia el incremento de riesgo a desarrollar problemas de salud con efectos amplios, que incluyen: Disfunción Sexual de origen no orgánico, estrés postraumático, ansiedad, fobias, depresión, entre otros. Este fenómeno también asociados con disfuncionalidades de la vida psíquica de las mujeres que lo sufren, conducen a conductas negativas para su salud; como tabaquismo, abuso de alcohol, otras drogas, conducta sexual de riesgo y conductas compulsivas. <sup>(2)</sup>

Según el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud la violencia contra la mujer, adquirirá carácter de pandemia, por sus efectos devastadores en la salud, al ser causa directa o indirecta de estados patológicos que ocasionan discapacidad, pérdida de capital humano y finalmente generan mayor gasto e inversión en salud que muchas otras enfermedades, por lo que es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, en general todos los intentos para enriquecer su análisis y que puedan crear nuevas soluciones deben ser bienvenidos. <sup>(3)</sup>

La violencia familiar por ocurrir dentro del hogar, muchas veces es considerada como un problema que debe mantenerse dentro de la esfera privada, aún cuando este problema es de carácter social y es persistente a través de todas las épocas, recién a partir de las Conferencias Internacionales de El Cairo (1994), Beijing (1995) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer de Belem do Pará (1994), comienza a discutirse en la esfera pública y a elaborarse planes para combatirla y erradicarla, según datos de la Comisión Europea las cifras son preocupantes: una de cada cinco mujeres de la Unión Europea ha sufrido violencia psicológica alguna vez en su vida, una mujer de cada diez que vive en pareja ha sido víctima de violencia psicológica por su marido o compañero. <sup>(4)</sup>

En el Perú sólo a partir de la última década del siglo pasado, se dan disposiciones legales que tipifican la violencia como delito, se establecen sanciones para los agresores, se da la

Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar N ° 26260 y el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer, en el sector salud, la violencia de género tiene implicaciones importantes en términos de demanda de servicios, según datos en encuestas demográficas de América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres con violencia psicológica por parte del esposo o compañero que visitaron a un médico, centro de salud o institución, alcanzó 27,4 % en Colombia; 13,3 % en Nicaragua y 19,4 % en el Perú. <sup>(5)</sup>

En la actualidad, casi todos los países de América Latina y el Caribe cuentan con un marco jurídico que sanciona, previene y atiende la violencia, en algunos se han diseñado planes y programas locales y nacionales que intentan dar respuesta al problema pero las limitaciones enfrentadas en la implementación de estas políticas dificultan la solución.

Investigaciones recientes realizadas por la Organización Mundial de la Salud nos dan como referencia que cuatro de cada diez mujeres se ven afectadas por disfunciones sexuales. <sup>(6)</sup> La disfunción sexual femenina problema multidimensional, en el cual las relaciones de pareja tienen compromiso transcendental integral y de contexto. A nivel social la violencia del hombre contra la mujer es manifestación de desigualdad de género, el mecanismo de subordinación de la mujer muchas veces enmarcada a la reproducción y el rol maternal y el mantener el status de dominación masculina y subordinación femenina es una actitud clásica del llamado “machismo”, aunque al respecto en la sociedad peruana de nuestros tiempos no se engendra violencia contra la mujer, estructural ni institucional, aún persisten conductas sexistas y manifestaciones violentas; la violencia psicológica por su característica de invisibilidad, no es percibida por la gran mayoría de mujeres como violencia de género por parte de su pareja y el plano sexual ligado muchas veces a lo social, religioso y a las diferentes connotaciones que varían según su formación, nivel cultural que con frecuencia, confunden conceptos y en muchos casos creen que pueden obtener el amor de la pareja por la complacencia o el sometimiento .

- **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿CUÁL ES RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA POR PARTE DE LA PAREJA CON LA DISFUNCIÓN SEXUAL DE ORIGEN NO ORGÁNICO DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL, QUE ASISTE A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA?

## **1.2 OBJETIVOS:**

### **1.2.1 Objetivo General:**

Analizar la relación entre la violencia psicológica por parte de la pareja y la disfunción sexual de origen no orgánico de la mujer en edad fértil, que asiste a la consulta externa del Hospital Arzobispo Loayza.

### **1.2.2 Objetivos Específicos:**

- a. Determinar las características epidemiológicas de la población de estudio.
- b. Identificar los factores de riesgo de disfunción sexual de origen no orgánico en la mujer en edad fértil.
- c. Relacionar la violencia psicológica con la disfunción sexual de origen no orgánico, en la mujer en edad fértil.

## **1.3 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS:**

LA VIOLENCIA PSICOLOGICA POR PARTE DE LA PAREJA INCREMENTA LA POSIBILIDAD DE PRESENTAR DISFUNCIÓN SEXUAL DE ORIGEN NO ORGANICO DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL, QUE ASISTE A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA, JULIO – DICIEMBRE DEL 2009.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN:**

La violencia psicológica por parte de la pareja, tipo de violencia que mayor (23%) tasa de prevalencia presenta cuando se compara con otras formas de violencia contra la mujer: abuso físico (6%) y acoso sexual (3,4%); lo que produce padecimiento y consecuencias negativas para la salud a una proporción significativa de la población femenina (más del 20%) en la mayoría de los países. Para muchas mujeres que han sido violentadas, los trabajadores de salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información <sup>(7)</sup>. Es desde este contexto que, surge el interés de sensibilizar a los profesionales de la salud considerar que el problema de la violencia psicológica es enorme, preocupante y el sector salud no puede resolverlo por sí solo, pero la sensibilidad y el compromiso de todos pueden empezar a marcar la diferencia.

Actualmente, en todo el mundo, las consecuencias de la violencia especialmente contra la mujer en el plano de la salud física, psicológica y sexual, como las disfunciones sexuales femeninas de origen no orgánico, son considerados todavía como tema tabú, donde las parafilias como el sadismo y el masoquismo son consideradas de disfrute para la mujer, sin embargo ocasionan efectos negativos en la salud, proyectando un inadecuado estilo de vida en su descendencia, afectando directamente a su estructura familiar, a las relaciones en la pareja, que al final generan más pobreza e impacto negativo al país.

Muchas de las estrategias dirigidas a la prevención de todas las formas de violencia hacia la mujer y las alteraciones en la salud, como la disfunción sexual, han fracasado o no han tenido el éxito esperado, porque en la mayoría de los casos se le asigna un carácter privado que no podemos cuestionar, debido a que atraviesa temas de sensibilidad como: poder, género y sexo; pero la intervención de los profesionales de la salud y la sociedad en general pueden marcar la diferencia y el cambio. De allí la importancia de este estudio para conocer las características epidemiológicas que nos permitan diseñar estrategias que contribuyan a disminuir el daño, atenuar el problema planteando, desarrollando programas de atención integral, educación en los colegios, difusión de los derechos de la mujer, manejo multidisciplinario, con la finalidad de fortalecer la familia, la sociedad y el desarrollo del país.

### **1.5 LIMITACIONES:**

La veracidad con que respondieron al instrumento de recolección de datos en algunos casos tuvo algún margen de sesgo dado que la disfunción sexual tiene muchas veces una connotación privada. Las conclusiones del estudio se circunscriben a mujeres en edad fértil, con factores asociados: Violencia psicológica, nivel educativo, estado civil, tiempo de vivir en pareja, hijos, trabajo, religión, procedencia y se atienden en hospital público.

### **1.6 MARCO TEÓRICO:**

#### **VIOLENCIA FAMILIAR**

La violencia es una enfermedad tan antigua como el hombre mismo, sus manifestaciones a nivel social se recogen a diario bajo múltiples explicaciones y justificaciones, mueren miles de personas diariamente y otras muchas más son víctimas

de sus secuelas, que marcan sus vidas para siempre, la violencia es una acción ejercida por una o varias personas en donde se somete de manera intencional al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto física, como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas, con el propósito de obtener fines contra la voluntad de la víctima, en este sentido se destaca la división que se hace de la violencia en tres grandes categorías: autoinfligida, interpersonal y colectiva, identificarla y nombrarla como ejemplo: a) El asesinato de Abel por su hermano Caín sustentado por la envidia. b) La conquista de la mujer mediante el garrote por el hombre primitivo, acto que indica agresividad y sometimiento; c) La conocida "ley del pulgar", vigente en E.U. hasta mediados del siglo XIX, que permitía que los hombres golpearan a sus esposas siempre y cuando el palo que utilizasen no fuese más ancho que su dedo pulgar, la violencia contra la mujer definido como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como amenazas, una forma endémica de la violencia familiar es el abuso a la mujer por parte de su pareja, la prevalencia tan significativa de la violencia contra la mujer, constituye un serio problema de salud pública un obstáculo oculto para el desarrollo socio económico y una violación flagrante de los derechos humanos; según estudios realizados en América Latina, entre un cuarto y más de la mitad de mujeres informan haber sufrido violencia en algún momento por la pareja, en toda relación humana, hay una estructura de poder pero esto no quiere decir indefectiblemente que exista dominio de una parte y sumisión de la otra, un dominio que adquiere privilegios basados en la subordinación y la humillación no es adecuado ni favorable para la salud, una verdadera relación de pareja incluirá lazos de poder, pero ellos no pueden estar desbalanceados, sino estar orientados a estar balanceada para hacer la relación más durable, más fuerte y más segura, "Pareja" tiene también ese significado: igualdad de posibilidades a pesar de las diferencias de género y las particularidades personales.

## **VIOLENCIA PSICOLÓGICA**

En la Asamblea General de la ONU <sup>(8)</sup>, se señaló que la violencia psicológica es toda acción u omisión destinado a producir daño psicológico, que incluye maltrato verbal en forma repetida, acoso, reclusión, privación de recursos físicos, financieros y personales para la mujer, insultos incesantes, pérdida de la autoestima y que la tiranía constituye el maltrato emocional más dolorosos , porque afectan la seguridad y la confianza en sí

misma, se ha informado que las mujeres opinan que la violencia física, no se compara con la "tortura mental", "vivir con miedo y aterrorizada" y que la violencia psicológica contra la mujer en el contexto doméstico, es más sutil, más silente, difícil de detectar, pero no menos insidioso y bastante más destructivo, además la integridad psicológica de la mujer con violencia psicológica, se fragmenta, se comienza a sentirse insignificante, pequeña, avergonzada de ser y existir, todos estos efectos son generalmente identificables a posteriori, las expresiones de deterioro psicológico encontradas en las víctimas de violencia psicológica habitualmente oscilan entre la ansiedad crónica, la depresión por desesperanza, hasta la configuración de cuadros psicopatológicos como el síndrome de estrés postraumático y llegar al suicidio; mencionaremos los tipos y efectos más usuales de violencia psicológica según O.P.S/O.M.S:

- **Tipos:**

- **Omisión:** Acción y efecto de dejar, decir, de hacer, de ignorar voluntaria o involuntariamente que implica un perjuicio en la salud psicológica, emocional, la autodeterminación o desarrollo de la persona.
- **No Verbal:** Una mirada ofensiva, comprometedora, culpabilizadora, un gesto que afecta directa o indirectamente la salud mental del ser humano.
- **Verbal:** La forma de hablar, en la cual por la elección de las palabras, entonación y volumen de voz, se trata de dominar a la otra persona, logrando provocar en ésta sentimientos de impotencia, rabia, humillación, vergüenza, inutilidad, vejación además provoca emociones y reacciones intensas con efectos mortales y no mortales en la salud.

- **Efectos:**

- Dolores de espalda y articulaciones.
- Irritabilidad y cefaleas.
- Insomnio y fatiga permanente.
- Tristeza, ánimo deprimido y ganas de llorar sin motivo aparente.
- Ansiedad, angustia, depresión y suicidio.
- Desamor, Infidelidad.
- Disfunción sexual de origen no orgánico.

La renovada legislación penal peruana reconoce la violencia psicológica habitual como tipología delictiva, no obstante, pocas son las ocasiones en que pueden demostrarse judicialmente su presencia y su grave incidencia en la salud de la mujer.

## **VIOLENCIA PSICOLÓGICA CONTRA LA MUJER EN LA RELACIÓN DE PAREJA**

Según investigaciones OMS/OPS <sup>(9)</sup>, Son aquellos comportamientos destructivos causantes de sufrimiento psicológico en la pareja, por: cónyuges, ex cónyuge, convivientes y ex convivientes, lo cierto es que la violencia en la relación de pareja, se da sin distinción en todas las clases sociales, económicas y culturales, a todas las edades, sin importar la educación, religión o raza, puesto que es consecuencia de la interiorización de las reglas sociales que marcan relaciones de desigualdad que se da entre hombres y mujeres, caracterizada frecuentemente porque:

- Te obliga a hacer algo que no quieres: “Quiero tener relaciones sexuales ahora no me puedes decir que NO!!”
- Te limita a realizar ciertas actividades: ¿Qué pasó con la comida?!!Tú eres la mujer, tienes que hacerlo es tu obligación, para eso te doy plata!!Té prohíbo que salgas a la calle, sólo a trabajar!!
- Te amenaza con dejarte si no haces lo que quiere: ¡Sí sigues así, te dejo!!.
- Cuando te insultan: Eres una bruta, cualquiera es mejor que tú!!
- Cuando te manipula con el dinero para la mantención de tus hijos (as): Te doy para el bebé pero si estás conmigo!!

Destacan que a medida que transcurre el tiempo y los años de vivir en pareja, se enfrentan a un gran número de problemas, que no son nada fáciles de enfrentar, ya que la fantasía con la que se llega a formar la unión, nos dice que todo será maravilloso y la verdad es un tanto diferente ,no necesariamente se basa en la felicidad absoluta, vivir en pareja o andar con una pareja también es una forma de enfrentar situaciones propias de la vida, entre los problemas más comunes que enfrentan las parejas están los siguientes:

- Económicos, sexuales, familiares, de aceptación de sí mismo o de las otras personas, integración a las familias de origen, infidelidad, enfermedad y desempleo.



Todos estos problemas requieren ser enfrentados y solucionados saludablemente y no arbitrariamente; "Pensar que los problemas como vienen se van"; "Que con el tiempo las cosas van a cambiar"; "No hay mal que dure cien años", "Con mi amor va a cambiar", la lista se vuelve interminable y con resultados adversos en especial para la salud integral de la mujer, la violencia psicológica es la que primero se instaura y la que más daño hace.

### **MITOS Y CREENCIAS MÁS COMUNES QUE LA SOCIEDAD IMPONE**

Investigaciones OPS/OMS <sup>(10)</sup> respecto a mitos y creencias nos refieren, que las manifestaciones culturales que dan soporte al comportamiento violento, son debidamente cuestionados, sustentándose en evidencias generadas por investigaciones así como en datos estadísticos, a continuación mencionaremos:

- **“La violencia dentro de la casa es un asunto de la familia y no debe salir ni difundirse afuera”.** Falso. Ante los actos violentos que se realizan en la familia, algunas personas piensan que es mejor callar y no intervenir porque es un asunto “privado”, esto es un error, ningún acto que dañe a las mujeres, ni a nadie, puede ser privado, ni mantenerse en silencio.
- **“Si la mujer no termina la relación es porque le gusta”.** Falso. En ningún caso la mujer experimenta situaciones de placer por la violencia, muy por lo contrario los sentimientos más comunes que las aquejan son el miedo, la impotencia y la debilidad, existen frases populares como: **“Más me pegas, mas te quiero”**, **“Pega a tu mujer todos los días, tu no sabrás por qué, pero ella sí”** o **“Los que me aman son los que me golpean”**, cuya finalidad es contribuir a reforzar la existencia de modelos machistas ; la **“Teoría del mundo justo”**, trata de explicar que las cosas buenas solo le ocurren a las buenas personas y en consecuentemente la violencia contra la mujer solamente se da en las mujeres malas, de tal manera que la víctimas suele auto culparse de lo que ocurre. **“El amor jamás lastima”**.
- **“Si el hombre no tomara bebidas alcohólicas no golpearía a su mujer”.** Falso. En ocasiones el consumo de alcohol puede favorecer el surgimiento de conductas violentas en tu pareja, pero no es la causa principal.
- **“Cuando una mujer sufre violencia, por lo general ella provoco la agresión”.** Falso. No puede existir **“provocación”** que justifique, la violencia no es la solución a ningún problema, no es respuesta válida a ninguna incertidumbre o preocupación.
- **“La violencia en la familia no afecta a los niños, ellos no se fijan en esas cosas”.** Falso. Los efectos de la violencia, son transmitidas generacionalmente y son los niños

que han vivido los que transmiten estos modelos negativos, los episodios de violencia que las personas sufren de manera directa o indirecta, en este caso los niños o niñas truncan su vida saludable, generan su partida del hogar familiar y a posteriori una insana relación afectiva con su pareja.

- **“La violencia psicológica no es tan grave como la violencia física”. Falso.** La violencia psicológica aún cuando no existe violencia física, provoca consecuencias muy grave desde el punto de vista del equilibrio emocional, los psiquiatras llegan a diagnosticar cuadros psicóticos por esta causa.
- **“Las mujeres que sufren de violencia vienen de familias sin dinero y sin educación”. Falso.** La violencia dentro de la pareja se da en todos los estratos socioeconómicos y culturales.
- **“El amor todo lo puede, todo lo cambia”. Falso.** A veces se confunde el amor con la resignación y con el hecho de aguantar, una situación cotidiana que te va destruyendo poco a poco, la violencia de ninguna manera es amor.

#### **MITOS RESPECTO AL AMOR:**

Según estudios realizados por el MINDES <sup>(11)</sup> que contextualizan el amor hacia la pareja como el conjunto de sentimientos, pero también de pensamientos, que se sienten por el otro, con razonamiento es decir equilibrio entre la parte emocional y racional, fundamental para el desarrollo de este proceso, incluyendo valores, especialmente, el respeto que es fundamental, nos refiere que los mitos y creencias socialmente compartidas, que se crean en todas las culturas a partir del desconocimiento y con perjuicios para la salud de la mujer, con efectos mortales como homicidio, suicidio, mortalidad materna, etc., efectos no mortales en la salud física, salud mental: Angustia, Depresión, Disfunción Sexual y salud reproductiva: Trastornos ginecológicos, embarazos no deseados, estos mitos nunca demostrados científicamente, son engañosas e irracionales; a continuación mencionaremos los siguientes:

- **La media naranja:** Ha provocado que muchas mujeres se sientan como mitades, como seres incompletos, abocadas a buscar la otra mitad.
- **De los celos:** Es cuando se piensa equivocadamente que los celos son un verdadero signo de amor, los celos son una violencia encubierta cuyo objetivo es el control para someter.

- **La pasión eterna:** Pensamiento erróneo que cree que la pasión del inicio de una relación no se agota nunca y dura hasta la eternidad.
- **Del emparejamiento:** Es la creencia de que la pareja es algo natural, universal y es una norma social.
- **De culpabilidad:** Supone pensar que cuando una relación termina es por tu culpa.
- **Del libre albedrío:** Es cuando pensamos que no tenemos ningún tipo de control sobre nuestros propios sentimientos convirtiendo el amor en algo que está fuera de nuestra voluntad y conciencia, la consecuencia negativa es que las mujeres piensan que ellas no eligen a su pareja, el destino lo hace.
- **Del sacrificio:** Es cuando tenemos interiorizado que el amor supone renunciar a muchos de tus deseos, opiniones, proyectos vitales por el bien de tu pareja, lo perverso de este mito es que provoca una relación de dependencia y la pareja en situación dominante.
- **De los roles de género:** Es la creencia basada en que para que la relación de pareja sea perfecta deben mantenerse las conductas típicamente asignadas a los hombres y las mujeres.
- **Del sufrimiento:** Consiste en pensar que cuantos más obstáculos y problemas se da en una relación esa relación es más bella y auténtica, la creencia popular que dice: “Quien te ama verdaderamente te hará llorar”, el dolor se convierte en un elemento importante del amor, para aprender a amar hay que aprender a sufrir.
- **Del control:** Es cuando pensamos erróneamente que cuanto más nos controla nuestra pareja más nos quiere, por eso se toleran comportamientos de abuso, posesión y vigilancia.

### **DISFUNCIÓN SEXUAL DE ORIGEN NO ORGÁNICO:**

Rubio E.<sup>(12)</sup> Psiquiatra sexólogo, manifiesta que las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada, según los casos, se trata de una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción sexual, una incapacidad para sentir orgasmo, puesto que la respuesta sexual es un proceso psicósomático, lo normal en la etiología de las disfunciones sexuales es que estén implicados los factores psicológicos.

## **DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DE ORIGEN NO ORGÁNICO (D.S.F):**

En 1992 la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación de Enfermedades ICD-10 incluyó la Difusión Sexual de origen no orgánico.

Según los reportes de OPS/OMS <sup>(13)</sup>. La respuesta sexual femenina está fuertemente condicionada por factores de tipo psicológico, emocional, afectivo y relacional. La disfunción sexual femenina son alteraciones de tipo psicossomático, que pueden presentarse en forma permanente o pasajera en la vida sexual de una mujer, que afectan cualquiera de las fases de la respuesta sexual: deseo-excitación-orgasmo y tienen un marcado componente afectivo y de comunicación con la pareja, las mujeres generalmente se quejan de ausencia de amor, romance, sensualidad y pasión en sus parejas, la forma más grave es una relación deteriorada, marcada por descalificaciones, agresiones verbales, físicas, o mixtas, que provocan una disfunción en la mujer que en condiciones favorables, sería capaz de tener una respuesta sexual normal. Un comportamiento masculino machista, unido al miedo a perder a la pareja, lleva a algunas mujeres a fingir un orgasmo que no sienten, el concepto de “frígida” usado a veces en forma despectiva por los hombres, generaliza a todas las DSF, sin embargo las principales disfunciones son: la apatía sexual, la anorgasmia, la dispareunia, y el vaginismo, de las consultas por disfuncionalidad, un 37.9 corresponde a inhibición del deseo sexual, y un 16.5 a vaginismo y dispareunia.

### **A) Apatía Sexual:**

Es una inhibición general del deseo y la excitación sexual, se caracteriza por la falta de sentimientos eróticos, en esta disfunción, las mujeres sienten la relación sexual como un castigo, la situación provoca elaboración de excusas para evitar una relación sexual, además de insatisfacción, temor a la infidelidad o al abandono, las causas son fundamentalmente de origen psicológico: aburrimiento o rutina, conflictos de pareja, violencia, miedo al placer, ansiedad, estrés, depresión, baja autoestima física, etc.

### **B) Anorgasmia:**

Es la imposibilidad de alcanzar el orgasmo, a pesar de mediar una adecuada excitación. Existen distintos tipos de anorgasmia: primaria (nunca experimentó un orgasmo en su vida), secundaria (solía tener orgasmos pero no logra alcanzarlos), absoluta (no puede tener orgasmos en ninguna circunstancia), relativa (no alcanza el orgasmo en

determinadas circunstancias, por ejemplo, anorgasmia coital y situacional (en ciertas situaciones puede experimentar el orgasmo). Las principales causas son psicológicas: experiencias sexuales traumáticas, violencia psicológica, estrés, depresión, falta de información sobre la sexualidad, etc. Solo un 5% de los casos tiene origen orgánico, ya sea traumático o por consumo de ciertas drogas.

### **C) Dispareunia**

Es el dolor o molestia que padece la mujer durante el acto sexual y que muchas veces dificulta su realización, provoca desde irritación vaginal, hasta un profundo dolor, puede tener causas de origen orgánico, como agentes infecciosos, enfermedades gíneco-urinarias, irritaciones por el material de los anticonceptivos de barrera (preservativos, dispositivos intrauterinos – DIU, espermicidas) y dentro de las causas psicológicas, tenemos la pérdida de interés por la pareja, desamor, conflictos de pareja, infidelidad, violencia psicológica, descalificaciones que originan una inadecuada lubricación vaginal, o la falta de excitación en el momento de la penetración.

### **D) Vaginismo**

Es la imposibilidad de realizar el acto sexual, debido a la contracción involuntaria de los músculos del tercio inferior de la vagina, a veces las mujeres que padecen vaginismo pueden gozar de los juegos sexuales, e incluso alcanzar el orgasmo, siempre que no se produzca el coito. En la mayoría de los casos, las causas del vaginismo son psicológicas: falta de información sexual, experiencias traumáticas, violencia, violación, abusos sexuales, miedo al embarazo, temor a contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), depresión.

Guirao L., presidente de la Asociación para la Investigación de la Disfunción Sexual en Atención Primaria, que reúne en Madrid a 3.000 expertos (2009) indicó que la Disfunción Sexual de origen no orgánico en la mujer, en el contexto mundial actual en general: El 20% carece de interés por el sexo, el 20% tiene relaciones no placenteras, el 5% dispareunia en las relaciones sexuales, el 25% encuentra muchas dificultades para llegar al orgasmo y el 30% es incapaz de lograrlo.

Nappi R., del Centro de Investigación para Medicina Reproductiva de la Fundación Salvatore Maugeri de la Universidad de Pavía (Italia), afirmó que una de cada cuatro

mujeres en edad reproductiva, reconoce presentar apatía sexual en Disfunción Sexual y señala que lo más importante, que cualquier manifestación clínica de la Disfunción Sexual, que presenta la mujer, tiene derecho a tener una vida sexual satisfactoria y que estas manifestaciones clínicas de Disfunción Sexual, tienen remedio cualquiera sea la causa o origen.

### **DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

- **PLACER SEXUAL:** Es la respuesta del sistema nervioso central provocada por la estimulación sensitiva de los órganos sexuales, la excitación puede ser simplemente psicológica, el placer es una respuesta agradable.
- **RESONANCIA AFECTIVA:** Muchas palabras que están asociadas a distintos periodos de nuestra vida, o épocas en las que tales palabras estaban de moda, y el recordar esas palabras, nos despierta en la memoria esa etapa en particular, se puede decir que las palabras tienen resonancia afectiva o emocional para todo individuo, ya que al mencionar nos dan distintas imágenes mentales y su consecuente emocionalidad.
- **LÍBIDO:** Impulso de la sexualidad que hace que la persona busque la satisfacción sexual, según Freud, forma de la energía vital que dirige y origina las manifestaciones del instinto sexual
- **AUTOESTIMA:** Es la autovaloración de uno mismo, de la propia personalidad, de las actitudes y de las habilidades, que son los aspectos que constituyen la base de la identidad personal.
- **IDENTIDAD FEMENINA:** Es el conjunto de características sociales, corporales y subjetivas que las caracterizan de manera real y simbólica de acuerdo con la vida vivida. La experiencia particular está determinada por las condiciones de vida que incluyen, además, la perspectiva ideológica a partir de la cual cada mujer tiene conciencia de sí y del mundo, de los límites de su persona y de los límites de su conocimiento, de su sabiduría, y de los confines de su universo, todos los hechos a partir de los cuales y en los cuales las mujeres existen, devienen.
- **EROTISMO:** Abarca diversos componentes de lo subjetivo, de lo social y desde la bioquímica hasta el arte, canalizado adecuadamente puede lograr completa satisfacción de las personas si no afecta de un modo concreto negativamente a otras.
- **ORGASMO:** Momento de mayor intensidad en las relaciones sexuales porque se presenta una sensación muy placentera en los órganos sexuales, acompañada de otros

fenómenos físicos, en casi todas las culturas es un bien preciado, una meta anhelada como fuente de satisfacción erótica, considerado como el clímax de la excitación sexual, es por ello mismo, promovido, perturbado o reprimido y censurado.

- **AUTOESTIMULACIÓN:** Se refiere a las caricias que uno mismo hace en los genitales para disfrutar del placer sexual o para reconocer las sensaciones de su propio cuerpo de manera íntima y privada.
- **CONDUCTA:** Manera de comportarse en la vida y acciones que se realizan.
- **DIMORFISMO SEXUAL PRIMARIO:** Es la diferencia física entre masculino y femenino de una misma especie.
- **PARAFILIAS:** Proviene de palabra griega para “fuera de” y filia “amor”. Son desviaciones en la conducta sexual de ciertos individuos que no son capaces de tener una vida sexual saludable.
- **SADISMO:** Comportamiento sexual parafilico, por el cual una persona siente placer sexual al infligir dolor a otra.
- **MASOQUISMO:** Comportamiento sexual parafilico, la persona obtiene el placer sexual al ser dañado físicamente, amenazado o sometido a distintos tipos de abusos.
- **MUJER EN EDAD FÉRTIL:** Mujer cuya edad está comprendida entre 15 y 49 años según I.N.E.I.
- **MUJER EN EDAD FÉRTIL POR GRUPO ETAREO:** Adolescente de 15 a 19 años, adulta de 20 a 49 años según I.N.E.I.
- **NIVEL DE SIGNIFICANCIA:** Se utiliza para probar la hipótesis de una prueba estadística como la prueba de asociación Chi-cuadrado, o la prueba de exposición de un factor, también se le conoce como P\_value, cuyo resultado se interpreta de manera significativa si este valor no excede el 5% (0.05).
- **NIVEL DE CONFIANZA:** Es la seguridad con la que se desea trabajar, o riesgo de no rechazar la hipótesis cuando el valor es verdadero, normalmente se utiliza un nivel del 95%.
- **INTERVALO DE CONFIANZA:** Es el rango que contiene al estadístico de muestra un nivel de confianza dado, que en algunos casos no debe contener el cero si estamos hablando de una diferencia significativa o un uno si estamos hablando de una asociación entre el factor de exposición y el evento.
- **ESTADÍSTICO:** Es el valor calculado de la muestra como la estadística Chi-cuadrado, el Odds ratio.

- **MOMIO:** Es el riesgo relativo de presentar la enfermedad cuando el factor está presente.
- **ODDS RATIO (O.R):** Es el cociente de momios, también se le conoce como el cociente de posibilidades o ventajas.

### 1.7 ANTECEDENTES:

La violencia contra la mujer es un problema esencial de salud pública y derechos humanos, tomando como referente la población femenina mundial, por lo menos una de cada cinco mujeres en edad reproductiva ha sido violentada psicológica en algún momento de su vida, siendo el agresor en el 90% de los casos la pareja, el compañero o esposo y el 10% restante está representado por padrastros, vecinos, hermanos(as), la violencia y la disfunción sexual femenina de origen no orgánico, pueden combinarse de tal manera que marcan una enorme diferencia en la vida de la mujer, entre la salud y bienestar, a veces entre la vida y la muerte, en el Perú mueren 12 mujeres cada mes víctimas de violencia de género. <sup>(14)</sup>

En la consulta externa del hospital Arzobispo Loayza, durante los últimos tres años se ha mantenido la misma prevalencia en Diagnóstico de Disfunción Sexual de origen no orgánico, Cód.F52 (CIE-10) reporte 24A2, registros HIS; estos datos fueron reportados por la Oficina de Estadística e Informática del total de atendidos y atenciones de mujeres en edad fértil. <sup>(15)</sup>

Durante la década pasada la violencia contra la mujer cobró mayor reconocimiento como tema prioritario, digno de preocupación y acción internacional, ya han transcurrido varios años desde que los representantes de 184 estados aprobaran el importante Programa de Acción, en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en Setiembre de 1994 en el Cairo y la Cumbre Mundial de la Asamblea General de las Naciones Unidas que renovó en 2005 su compromiso con el objetivo de conseguir el acceso a la salud reproductiva en el año 2015, la prevención de enfermedades psicosomáticas como la disfunción sexual femenina, el derecho a explorar, buscar placeres, deseos, satisfacción y desligar a la mujer solo de la procreación, el rol maternal y de la inequívoca contextualización de considerar necesarias las parafilias, como el sadismo y masoquismo para alcanzar el orgasmo y por ende la satisfacción sexual. Investigar sobre violencia psicológica y disfunción sexual de la mujer, implica una



salud sexual satisfactoria con derechos y sin riesgos, como también sus repercusiones en el seno familiar, lo legal, la pobreza, la marginación y la muerte, que pueden conducir al gozo, la satisfacción, el bienestar y además potenciar las relaciones humanas con vinculación afectiva o placer compartido.

Las investigaciones relacionadas con la violencia psicológica de parte de la pareja y la disfunción sexual de origen no orgánico de la mujer en edad fértil que se relacionan con el presente estudio están dadas por Aliaga M. <sup>(16)</sup>, en su estudio basado en los datos de la ENDES 2000 (I.N.E.I), quien encuentra que la violencia psicológica es independiente en un 90 % del tiempo de vivir en pareja. Luego, Caron SL. <sup>(17)</sup> concluye que la mujer universitaria y docente, tiene un 70 % más exposición a la violencia psicológica en la relación de pareja, cuando la pareja tiene el mismo nivel educativo. Así mismo, Broman CL. <sup>(18)</sup> afirma que solo la violencia sexual, es factor determinante en un 60 % de presentar Disfunción Sexual de origen no orgánico en la mujer. Mientras tanto, Arcos E., et al <sup>(19)</sup> establece que la sexualidad en la mujer con violencia es patológica y presentan un 65 % de disfunción sexual de origen no orgánico Por otro lado, Cayuñir A., et al <sup>(20)</sup> encuentran que el 85 % son mujeres adultas, convivientes y se reconocen como católicas

Sepúlveda E. (2008) <sup>(21)</sup> en su estudio concluye que más del 70% de las mujeres con Disfunciones Sexuales de origen no orgánico, manifestaron violencia psicológica en la relación de pareja; luego, Rodríguez Y., Rubio M. <sup>(22)</sup> señalan en su investigación que es mayor en la mujer la violencia psicológica y el agresor es la pareja con efectos devastadores para la salud sexual y reproductiva; a su vez, Vírveda J., <sup>(23)</sup> encuentra que el 70 % de mujeres con Disfunción Sexual de origen no orgánico, refirieron violencia psicológica en la relación de pareja. Mientras que, Cortés M. (2009) <sup>(24)</sup>, en su investigación analítica observa que el 80 % de agresión más común en la relación de pareja es la violencia psicológica. Finalmente, Matos M., et al <sup>(25)</sup> en su estudio de análisis estadístico de la ENDES 2004-2007 llegó a la siguiente conclusión: El logro educativo de la mujer no aumenta, ni disminuye la probabilidad de la mujer de sufrir violencia conyugal, sea psicológica, física y sexual.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

Se realizó un Estudio observacional, analítico, de casos y controles, de dos grupos seleccionados bajo diagnóstico, a cuyas poblaciones se les aplicó el cuestionario de Tamizaje de violencia psicológica (Anexo A, estandarizado en Hospital Arzobispo Loayza y MINDES) y posteriormente el cuestionario de Disfunción Sexual de origen no orgánico de la mujer en edad fértil (Anexo B).

### **2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:**

#### **A. ÁREA DE ESTUDIO**

Se realizó en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima en la Consulta Externa, durante el periodo de Julio a Diciembre del 2009.

El Hospital Arzobispo Loayza está ubicado en la ciudad de Lima Metropolitana, Departamento de Lima - Perú, establecimiento con Categoría III-1, de acuerdo a la Norma Técnica de Categorización de Establecimientos del Sector Salud en el Ministerio de Salud, Centro de referencia de nivel nacional, cuenta con 113 consultorios físicos, pero funcionalmente atiende en doble turno, es decir en el turno de mañana 157 consultorios funcionales y 96 consultorios en el turno tarde, con todas las especialidades médicas, tales como: Medicina Interna, Especialidades Médicas, Cirugía General, Especialidades Quirúrgicas, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Neonatología y Quemados, distribuidos físicamente en el sector norte y sector sur. Según reporte de la Oficina de Estadística e Informática, el 2008 se atendieron anualmente en la consulta externa un total de 150,467 M.E.F, de las cuales pertenecen al área específica de estudio 27,753 M.E.F y con Diagnóstico confirmado por profesional médico de Disfunción Sexual de Origen No Orgánico. Cód.F52, reporte 24A2 (CIE-10) registros HIS, un total anual de 200 mujeres en edad fértil.

El Hospital Arzobispo Loayza es la continuación del Hospital Santa Ana que fue creado en 1549, cambió de denominación en homenaje al Primer Arzobispo de Lima. Gerónimo

de Loayza, desde su creación dedicó su atención a mujeres, conservándose la mayor atención, sin embargo actualmente atiende varones y a una población de nivel socioeconómico medio a baja.

## **B. POBLACIÓN:**

La población está conformada por mujeres de 15 a 49 años, que reciben atención en Consulta Externa del Hospital Arzobispo Loayza, a las que se les realizó el diagnóstico de Disfunción Sexual de origen no orgánico. Cód.F52, reporte 24A2 (CIE-10) registros HIS, durante el periodo de Julio a Diciembre del 2009, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

**Caso:** Mujeres en edad fértil (15 a 49 años), tiempo de vivir en pareja mayor de un año, con Diagnóstico afirmativo de Disfunción Sexual de origen no orgánico, registrado en historia clínica, efectuado por profesional médico.

**Control:** Mujeres en edad fértil (15 a 49 años), tiempo de vivir en pareja mayor de un año, con Diagnóstico negativo de Disfunción sexual de origen no orgánico efectuado por el profesional médico, con registro en historia clínica.

## **C. MUESTRA:**

### **C.1 MUESTREO:**

Estudio no probabilístico de muestreo por cuotas, de mayor frecuencia en estudio de casos y controles, la selección de los pacientes fue de manera aleatoria en ambos grupos: caso y control, con características semejantes entre los grupos, la cual se verificó mediante las variables control.

### **C.2 TAMAÑO MUESTRAL CASOS Y CONTROLES**

Para el cálculo del tamaño de muestra, se tomó como base Epi Info 2000, se consideró un planteamiento bilateral y para el cálculo del tamaño de muestra, se utilizó los siguientes parámetros:

Prevalencia de disfunción sexual de origen no orgánico en mujeres: 52 %

Nivel de confianza (1- $\alpha$ ): Seguridad con la que se va a trabajar (alfa), o riesgo de cometer el error tipo I<sup>1</sup>, trabajaremos con una seguridad del 95%, es decir a un nivel de significancia ( $\alpha$ ) del 5%.

Potencia: Poder estadístico (1-B) que se requiere para el estudio, o riesgo de cometer el error de tipo II<sup>2</sup>, usaremos lo habitual que es B=0.2, es decir, un poder del 80%.

OR que se espera encontrar<sup>3</sup>: 2.5

Razón: 1 control: 1 caso

La muestra será de 182 mujeres: 91 casos y 91 controles.

#### **a.- Criterio de Inclusión:**

- Mujeres con diagnóstico positivo de Disfunción Sexual de origen no orgánico. (Grupo caso)
- Mujeres con diagnóstico negativo de Disfunción Sexual de origen no orgánico (Grupo control)
- Mujeres de 15 a 49 años.
- Mujeres sexualmente activas.
- Mujeres que trabajan.
- Mujeres cuyo tiempo de vivir en pareja es mayor de un año.
- Mujeres que acepten participar en el estudio.

#### **b.- Criterios de Exclusión:**

- Mujeres con tratamiento Psicológico y/ o Psiquiátrico.
- Mujeres con enfermedades agudas o crónicas.

### **2.3 VARIABLES DE ESTUDIO**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Violencia psicológica.

#### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Disfunción sexual de la mujer en edad fértil.

---

<sup>1</sup> Error Tipo I (Probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera) =  $\alpha$

<sup>2</sup> Error Tipo II (Probabilidad de no rechazar la hipótesis nula cuando es falsa) =  $\beta$

<sup>3</sup> Se espera encontrar que es 2.5 veces más posible que una paciente presente disfunción sexual cuando sufre de violencia psicológica.

**VARIABLES DE CONTROL:**

Edad, tiempo de vivir en pareja, estado civil, nivel educativo, lugar de procedencia, trabajo, hijo(a) y religión.

**A. DEFINICIÓN DE VARIABLES:**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>VIOLENCIA PSICOLÓGICA</b>	Comportamiento amenazante o intimidatorio de la pareja de la mujer manifestado a través de conductas, acciones u omisiones que van dirigidas a la mujer
<b>DISFUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER</b>	Son alteraciones de tipo psicossomático, que pueden presentarse en forma permanente o pasajera en la vida sexual de una mujer, que afectan cualquiera de las fases de la respuesta sexual: deseo-excitación-orgasmo y tienen un marcado componente afectivo y de comunicación con la pareja
<b>TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA</b>	Años compartidos en pareja
<b>EDAD</b>	Años que cumplió, el día del último cumpleaños
<b>PROCEDENCIA</b>	Domicilio actual de la pareja
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	Escolaridad alcanzada
<b>ESTADO CIVIL</b>	Situación actual de la pareja
<b>TRABAJO</b>	Desempeño, actividad física mental y social que realiza la mujer en un contexto laboral
<b>RELIGIÓN</b>	Conjunto de creencias, normas morales y prácticas rituales relacionadas con la divinidad.
<b>N_HIJO(A)</b>	Nº de hijos que tiene la mujer.

## 2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLES	DIMENSIONES	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>VIOLENCIA PSICOLÓGICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ CONDUCTAS VERBALES</li> <li>➤ CONDUCTAS NO VERBALES</li> <li>➤ OMISIONES</li> </ul>	CUALITATIVA	NOMINAL
<b>DISFUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ APATÍA SEXUAL</li> <li>➤ ANORGASMIA</li> <li>➤ DISPAREUNIA</li> <li>➤ VAGINISMO</li> </ul>	CUALITATIVA	NOMINAL
<b>TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ DE 1 A 3 AÑOS</li> <li>➤ DE 4 A 15 AÑOS</li> </ul>	CUANTITATIVA	DE RAZÓN
<b>EDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 15 – 19 AÑOS</li> <li>➤ 20 – 49 AÑOS</li> </ul>	CUANTITATIVA	DE RAZÓN
<b>PROCEDENCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ CERCADO DE LIMA</li> <li>➤ BREÑA</li> <li>➤ SAN JUAN DE LURIGANCHO</li> <li>➤ SAN MARTIN DE PORRES</li> <li>➤ CHORRILLOS</li> </ul>	CUALITATIVA	NOMINAL
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PRIMARIA</li> <li>➤ SECUNDARIA SUPERIOR</li> </ul>	CUALITATIVA	ORDINAL
<b>ESTADO CIVIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ CONVIVIENTE</li> <li>➤ CASADA</li> </ul>	CUALITATIVA	NOMINAL
<b>TRABAJO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ DEPENDIENTE</li> <li>➤ INDEPENDIENTE</li> </ul>	CUALITATIVA	NOMINAL
<b>RELIGIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ CREYENTE</li> <li>➤ NO CREYENTE</li> </ul>	CUALITATIVA	NOMINAL
<b>N_HIJO(A)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 1 HIJO</li> <li>➤ 2 - 3 HIJOS</li> </ul>	CUANTITATIVA	DE RAZÓN

## **2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **B.-TÉCNICA**

Se empleó la encuesta, mediante el uso del consentimiento informado por escrito del estudio de investigación a realizarse, en el caso que acepte su participación en el estudio, se realizó la entrevista con el paciente, utilizando los instrumentos de recolección, que fueron diseñados con preguntas flexibles, taxativas, los cuales fueron validados mediante la prueba piloto, garantizando su confidencialidad y el anonimato.

### **C.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los instrumentos fueron dos: el cuestionario estructurado “Cuestionario de Tamizaje de Violencia Psicológica” y el de “Disfunción Sexual de origen no orgánico en la Mujer de Edad Fértil”, cuestionarios que están conformados por 19 y 13 preguntas respectivamente, categorizadas en dos alternativas: sí y no. (Ver Anexo A y B)

### **D.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS**

El instrumento de Violencia Psicológica validado por el Hospital Arzobispo Loayza y se aplica, respecto al cuestionario de Disfunción Sexual elaborado en el presente estudio, se valido por juicio de expertos (Ver Anexo C), y se realizó una prueba piloto para evaluar la confiabilidad (Ver Anexo D), cuyo resultado fue altamente confiable (89%).

## **2.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La muestra fue elegida aleatoriamente mediante el Diagnostico de Disfunción Sexual de origen no orgánico en mujeres en edad fértil; la información recolectada mediante el instrumento fue consistenciada utilizando las variables control, luego se realizó la escala de Staninos para las variables violencia psicológica y disfunción sexual de origen no orgánico y finalmente se presenta en tablas y gráficos estadísticos.

La recolección de los datos se realizó por entrevista personal a cargo de la investigadora a las pacientes con los criterios de inclusión mencionados anteriormente, durante el periodo de 6 meses, en los consultorios externos del Hospital Arzobispo Loayza.

## **2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los sesgos potenciales se presentaron desde el inicio del estudio, porque se necesitaba conocer a las mujeres en edad fértil con Diagnóstico de Disfunción Sexual de origen no orgánico, lo cual se solucionó seleccionándolas previamente con dicho diagnóstico de la historia clínica del Hospital Arzobispo Loayza; por otro lado también se necesitaba conocer a las pacientes con violencia psicológica, pero que no presenten enfermedad psiquiátrica o enfermedad neurológica, se revisó la historia clínica y al momento de la entrevista, otros posibles sesgos fueron solucionados con las variables de control.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

El plan de análisis se realizó en dos etapas, la primera etapa se basó en un análisis bivariado aplicando la prueba chi-cuadro ( $X^2$ ) de asociación entre los factores de riesgo y la presencia de disfunción sexual, luego se aplicó el modelo de regresión logística para determinar cuál de los factores significativos aportan al modelo. El análisis se realizó de manera computarizada, a través del paquete estadístico SPSS v18, las pruebas estadísticas se realizaron con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significación ( $p < 0,05$ ). y luego se estableció el grado de asociación con el Odds Ratio (OR).

La calificación de las variables del estudio se realizó mediante la Técnica de Staninos, con el siguiente arreglo:

➤ **Cuestionario de Tamizaje de Violencia Psicológica:** Se evaluó mediante la siguiente escala:

- Sin Manifestación : 0 - 5 puntos
- Con Manifestación : 6 - 19 puntos

➤ **Cuestionario de Disfunción Sexual de origen no orgánico de la mujer en edad fértil:** Se evaluó mediante la siguiente escala:

- No presencia : 0 - 3 puntos
- Con Presencia : 4 - 13 puntos

## **2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La información fue recolectada de manera confidencial con el consentimiento de las participantes, el anonimato de todas las participantes estuvo garantizado en todos los reportes del estudio.



## CAPÍTULO III

### **3.1 RESULTADOS:**

El 90% de los casos que participaron en el estudio tuvieron edades entre 20 y 49 años, donde la edad promedio fue de  $32 \pm 8.4$  años, y el 10% de los casos entre 15 y 19 años, donde la edad promedio fue de  $17.4 \pm 1.3$  años. En el grupo control el 92% se encontraron entre las edades de 20 a 49, donde la edad promedio fue de  $31 \pm 9$  años y el 8% entre las edades de 15y 19, donde la edad promedio fue de  $17 \pm 1.1$ .

Por otro lado el 93% de las mujeres tiene un nivel educativo secundario y/o superior, el 65% de las mujeres presentan un estado civil conviviente, el mayor porcentaje de mujeres (64%) tiene un tiempo de vivir en pareja entre 4 a 15 años, el 78% de las mujeres han tenido 2 y 3 hijos durante su relación de pareja, el 70% de las mujeres trabaja de forma dependiente, el 91% es creyente y la mitad proviene del cercado de Lima. (Anexo E)

En el análisis bivariado se aplicó la prueba chi-cuadrado para encontrar los factores expuestos que se asocian con la presencia disfunción sexual de origen no orgánico en mujeres en edad fértil. Los factores estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ) fueron: violencia psicológica, nivel educativo, estado civil y tiempo de vivir en pareja; de estos factores la violencia psicológica es la que más incrementa la posibilidad de presentar disfunción sexual. (OR= 10.45; IC 95% que oscila entre 5.27 y 20.72). (Ver Tabla N°1)

Como resultado tenemos que 69 casos sufrieron violencia psicológica y 70 controles negaron sufrir violencia psicológica. (Ver Tabla N°2)

**TABLA N°1**

**ANÁLISIS BIVARIADO ENTRE LOS FACTORES DE RIEGO QUE INCREMENTAN LA PRESENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA. 2009**

Factor expuesto		Caso		Control		X <sup>2</sup>	P	ODDS RATIO	IC 95% OR
		F	%	F	%				
Violencia	Si	69	75.8	21	23.1	50.64	0.001	10.45	< 5.27 - 20.72 >
	No	22	24.2	70	76.9				
Grupo edad	15-19	9	9.9	7	7.7	0.27	0.601	0.76	< 0.27 - 2.13 >
	20-49	82	90.1	84	92.3				
Nivel Educativo	Primaria	6	6.6	19	20.9	7.84	0.005	3.74	< 1.42 - 9.86 >
	Secundaria y Superior	85	93.4	72	79.1				
Estado Civil	Conviviente	59	64.8	44	48.4	5.03	0.025	0.51	< 0.28 - 0.92 >
	Casada	32	35.2	47	51.6				
Tiempo de vivir en pareja	De 1 a 3 años	33	36.3	33	36.3	12.66	0.001	2.95	< 1.61 - 5.38 >
	De 4 a 15 años	58	63.7	58	63.7				
Hijos	1 Hijo	20	22.0	32	35.2	3.88	0.049	1.92	< 0.99 - 3.71 >
	2 y 3 Hijos	71	78.0	59	64.8				
Trabajo	Independiente	27	29.7	38	41.8	2.9	0.090	1.7	< 0.92 - 3.14 >
	Dependiente	64	70.3	53	58.2				
Religión	Creuyente	83	91.2	76	83.5	2.44	0.118	2.05	< 0.82 - 5.1 >
	No creuyente	8	8.8	15	16.5				
Procedencia	Cercado de Lima	43	47.3	49	53.8	1.104	0.894	---	< - >
	Breña	18	19.8	18	19.8				
	San Juan de Lurigancho	14	15.4	11	12.1				
	San Martin de Porres	8	8.8	7	7.7				
	Chorrillos	8	8.8	6	6.6				

**TABLA N°2**

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA JULIO - DICIEMBRE 2009**

Violencia Psicológica	Disfunción Sexual				Total
	Caso	%	Control	%	
Con violencia	69	76	21	23	90
Sin violencia	22	24	70	77	92
Total	91	100	91	100	182

En el análisis multivariado se aplicó la regresión logística<sup>4</sup> en donde ingresaron solo aquellos factores que resultaron significativos en el análisis bivariado, como resultado se encontraron que los factores violencia psicológica, tiempo de vivir en pareja y nivel educativo son factores de riesgo estadísticamente significativos. La violencia psicológica factor que incrementa la posibilidad de presentar disfunción sexual (OR=9.64; IC 95% oscila entre 4.71 y 19.71), tiempo de vivir en pareja que incrementan la posibilidad de presentar disfunción sexual (OR=2.52; IC 95% que oscila entre 1.21 y 5.26) y nivel educativo que incrementan la posibilidad de presentar disfunción sexual (OR=1.78; IC 95% que oscila entre 0.57 y 5.57) (Ver Tabla N°3).

**TABLA N°3**

**REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LOS FACTORES DE RIESGO ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA. 2009**

FACTORES	Caso		Control		OR	IC 95% para OR
	F	%	F	%		
<b>VIOLENCIA</b>					9.639	< 4.71 - 19.71 >
Si	69	75.82	21	23.08		
No	22	24.18	70	76.92		
<b>N_EDUCATIVO</b>					1.789	< 0.57 - 5.57 >
Primaria	6	6.59	19	20.88		
Secundaria y Superior	85	93.41	72	79.12		
<b>ESTACIVIL</b>					.689	< 0.34 - 1.42 >
Conviviente	59	64.84	44	48.35		
Casada	32	35.16	47	51.65		
<b>TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA</b>					2.524	< 1.21 - 5.26 >
De 1 a 3 años	33	36.26	33	36.26		
De 4 a 15 años	58	63.74	58	63.74		

La bondad de ajuste del modelo de regresión logística es adecuada presentando una razón de verosimilitud de (-2loglikelihood) de 187.851. La sensibilidad del modelo se expresa como el porcentaje de mujeres con disfunción sexual que sufren violencia psicológica y la especificidad del modelo es la proporción de mujeres que no presentan disfunción y no sufren violencia psicológica durante su relación de pareja. (Anexo E, tabla N°13)

<sup>4</sup> Es una herramienta utilizada para el análisis de datos de investigación clínica y epidemiológica, cuyo objetivo es modelar como influye en la probabilidad de aparición del suceso la presencia o no de diversos factores

## CAPÍTULO IV

### **3.2 DISCUSIÓN:**

La violencia contra la mujer es un problema ampliamente extendido y prevalente a nivel mundial, con repercusiones importantes en el desarrollo de los países y de sus habitantes. La violencia psicológica contra la mujer tiene raíces en una cultura global de la discriminación, niega a la mujer iguales derechos que a los hombres. La disfunción sexual en la mujer es reflejo de una sexualidad no saludable<sup>(13)</sup>. Por lo tanto se requieren estrategias integrales que logren intervenir sobre la violencia psicológica en la mujer. Muchas de las estrategias dirigidas a prevenir la violencia Psicológica y la disfunción sexual de la mujer en edad fértil, han fracasado o no han tenido el éxito esperado, porque en la mayoría de los casos, ocurre dentro del hogar, al cual se le asigna un carácter privado y donde se producen eventos que no se pueden cuestionar desde el exterior, está ajeno al debate público, debido a ello la consulta externa del Hospital Arzobispo Loayza, lugar donde la mujer busca atención de salud, se convierte en un lugar apropiado, un espacio ideal, para desarrollar estrategias de prevención, puesto que las mujeres llegan con la mejor disposición de recibir ayuda y se constituyen en una población cautiva.

En el análisis univariado de los resultados, se observa que la edad promedio en el grupo caso y control es de  $31.7 \pm 8.5$  años, con nivel educativo (secundario y superior), estado civil conviviente, tiempo de vivir en pareja entre 4 a 15 años, han tenido 2 y 3 hijos durante su relación de pareja, trabajan de forma dependiente, son creyentes y la mitad proviene del cercado de Lima, estos resultados se asemejan con lo investigado por Cayuñir., et al<sup>(20)</sup> al encontrar que el 85% son mujeres adultas, convivientes y católicas; sin embargo, preocupa el alto porcentaje de mujeres convivientes, porque la familia basada en los lazos del matrimonio civil proporcionaría un aparente compromiso, estabilidad, esfuerzo mutuo, hijos con mejores resultados académicos, salud emocional y menos problemas de comportamiento; la familia legalmente unida, es un generador de capital social eficaz, ponerla en riesgo supondría altos costos sociales, sanitarios y económicos.

El análisis bivariado da como factores estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ): Violencia psicológica, nivel educativo, estado civil y tiempo de vivir en pareja; de estos factores la

violencia psicológica es la que más incrementa la posibilidad a presentar disfunción sexual; Rodríguez Y., Rubio M<sup>(22)</sup>, en sus hallazgos encuentran que es mayor en la mujer la violencia psicológica y el agresor es la pareja y sus efectos son devastadores, para su salud sexual y reproductiva, así mismo Caron SL.<sup>(17)</sup> en su investigación concluye que la mujer universitaria y docente tiene 70 % más exposición a la violencia psicológica en la relación de pareja, cuando la pareja tiene el mismo nivel educativo. Matos M., et al<sup>(25)</sup> en su investigación concluye que el logro educativo de la mujer, no aumenta, ni disminuye la probabilidad de sufrir violencia conyugal, sea psicológica, física y sexual. Es posible, afirmar que la violencia psicológica, a pesar del importante subregistro, los datos señalan la tendencia creciente en el número de denuncias, constituyéndose la forma más común de violencia en la mujer y siendo el agresor la pareja, tornándose en un problema de salud pública, una epidemia silente, difícil de probar, persistente en todas las culturas, con daño no mortal y mortal en la vida de las mujeres, sus familias y la sociedad, motivo por lo cual es urgente que autoridades y la comunidad intervengan para eliminarla.

La violencia psicológica y la Disfunción Sexual de la mujer en edad fértil, resultó: Sensibilidad 69 y especificidad 70, sin embargo esto no es congruente con lo investigado por Broman CL<sup>(18)</sup>, quien afirma que solo la violencia sexual es un factor determinante en un 60 % de presentar Disfunción Sexual de origen no orgánico en la mujer, sin embargo los hallazgos coinciden con lo investigado por Arcos E., et al<sup>(19)</sup> respecto a que la sexualidad en la mujer violentada presenta un 65 % de disfunción sexual de origen no orgánico. En consecuencia, se podría afirmar que la exposición a violencia psicológica por parte de la pareja incrementa la probabilidad de presentar Disfunción Sexual de origen no orgánico, por lo cual es de esperar que una relación de pareja donde no exista comunicación efectiva, y que no se sustente en el amor, respeto, comprensión, protección y tengan como componentes: indiferencia, insultos, desprecio, tristeza, frustración, no da garantía de una adecuada salud sexual en la mujer.

El análisis multivariado de regresión logística en donde ingresaron los factores que resultaron estadísticamente significativos en el análisis bivariado, para controlar los factores confusores; además cabe precisar que los factores de riesgo estadísticamente significativos son: La violencia psicológica, el tiempo de vivir en pareja y nivel educativo.

Con el OR más alto la violencia psicológica. Cortez M<sup>(24)</sup>, encontró que el 80 % de agresión más común en la relación de pareja es la violencia psicológica, por otro lado Sepúlveda E<sup>(21)</sup> reitera que más del 70% mujeres con Disfunciones Sexuales refirieron violencia psicológica en la relación de pareja. También Vírveda J.<sup>(23)</sup>, confirma que el 70% de las mujeres con disfunciones sexuales de origen no orgánico, manifestaron violencia psicológica en la relación de pareja, Aliaga M<sup>(16)</sup> señala en su investigación que la violencia psicológica es independiente en un 90 % del tiempo de vivir en pareja. Se infiere que es de gran importancia eliminar la violencia psicológica, porque sus efectos se traducirían en consecuencias socioeconómicas negativas para el país en general, pues supondría el aumento del gasto público dirigido a los sistemas judiciales y penitenciarios, la creación y mantenimiento de refugios para las víctimas, la provisión de cuidados médicos asistenciales y servicios sociales.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### **5.1 CONCLUSIONES:**

1. Existe relación estadísticamente significativa entre la violencia psicológica por parte de la pareja y la Disfunción Sexual de origen no orgánico de la mujer en edad fértil.
2. El análisis bivariado identifica la violencia psicológica, el nivel educativo, el estado civil y el tiempo de vivir en pareja, como factores estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ) con la presencia de Disfunción Sexual de origen no orgánico en la mujer en edad fértil.
3. En el análisis multivariado se aplicó el modelo de regresión logística, que confirmo a los factores de riesgo: violencia psicológica, que incrementa la posibilidad de presentar disfunción sexual (OR=9.64; IC 95% oscila entre 4.71 y 19.71), el tiempo de vivir en pareja, que incrementa la posibilidad de presentar disfunción sexual (OR=4,63; IC 95% que oscila entre 1,68y 12,7) y el nivel educativo, que incrementa la posibilidad de presentar disfunción sexual (OR=1.78; IC 95% que oscila entre 0.57 y 5.57).

#### **5.2 RECOMENDACIONES**

- Programar actividades preventivas promocionales y de información intramural y extramural en instituciones educativas de diferentes niveles, difundir cultura de prevención, socialización de roles de género, equidad de género, erradicación de prácticas abusivas de poder, formas no violentas de resolución de conflictos.
- Desarrollar campañas preventivas de información, comunicación, educación y reeducación en todos los contextos, desde la familia hasta la comunidad, con difusión masiva que aborden temas sensibles como: Violencia psicológica, salud

sexual y reproductiva, equidad de género, igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, autoestima, resiliencia e integridad.

- Monitorear la violencia psicológica, debido el impacto negativo en la salud integral de la mujer, problema social y de salud pública.
- Conocer otros factores en la relación de pareja que permita disminuir lo posibilidad de presentar violencia psicológica y por ende disfunción sexual.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. INE.MINSA 2006.ENDES 2005 – 2006. Encuesta de Salud. Lima, 2008.
2. Johns Hopkins School of Public Health. Population Reports. Os profissionais de saúde desempenham um papel esencial. Baltimore (USA): Population Information Program/Center for Communication Programs. [Citado 19 maio 2008]. Disponível em [http:// www.Jhuccp.org./ index.stm](http://www.Jhuccp.org./index.stm).
3. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la Mujer un tema prioritario en Salud. Washington. D.C. WHO/WHD/08.10. 2008.
4. Plan de Acción de la CIPD, 1994: párrafos 7.45, 7.46, 7.47; 281; Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU, 2006.
5. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la Mujer un tema prioritario en Salud.Washington.D.C.2008. WHO/WHD/08.10.
6. Organización Mundial de la Salud, 2005, Measuring access to reproductive health services: report of WHO/UNFPA.
7. Organización Mundial de la Salud, 2005, Informe sobre la salud en el mundo: ¡Cada madre y cada niño contarán! (Ginebra: OMS).
8. Asamblea General de la ONU, 21a sesión especial, 1 de julio de 1999, Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo A/S-21/5/Add.1;Asamblea General de la ONU, 23a sesión especial, «Nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Pekín» (A/RES/S-23/3, 10 de junio de 2000); The world reaffirms. Cairo: official outcomes of the ICPD at ten reviews (Nueva York: UNFPA, 2005).
9. OPS/OMS. Genero, salud y Violencia Intrafamiliar, USA.2006.
10. World Report on Violence and Health Ginebra: WHO. 2008.
11. MIMDES: Violencia hacia la mujer. Ley de protección frente a la violencia familiar N° 26260- Plan Nacional contra la Violencia hacia la mujer Lima-Perú. 2008.
12. Rubio A. Estudio. Disfunciones Sexuales Femeninas. En: CONAPO UNFPA. Sexualidad Humana, tomo II México. 2008:80-110 pág.
13. OPS/OMS. “Disfunciones Sexuales Femeninas en Atención Primaria. Informe General”- Estados Unidos. 2008.
14. OMS/OPS/MINSA/PROMUDEH. Violencia Intrafamiliar. Perú. 2007.
15. MINSA. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Oficina de Estadística e Informática. Enero 2010.

16. Aliaga Chávez M. La violencia física y psicológica contra la mujer desde la perspectiva de género, Perú. [Tesis doctoral]: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2005.
17. Caron SL. The relationships among sex role orientation, egalitarianism, attitudes toward sexuality, and attitudes toward violence against women, United States. (eng; includes abstract) By Caron SL. *The Journal of Social Psychology* [J Soc Psycho], 2005 Oct; Vol. 137 (5), pp. 568-87; PMID: 9362143, [EBSCO HOST, Research Database].
18. Broman CL. Sexuality attitudes: the impact of trauma, United States. (eng; includes abstract) By Broman CL, *Journal of Sex Research* [J Sex Res], 2005 Nov; Vol. 40 (4), pp. 351-7; PMID: 14735409, [EBSCO HOST, Research Database].
19. Arcos E, et al. Domestic violence and sexuality, Chile. (spa; includes abstract) By Arcos E, *Revista Médica De Chile* [Rev Med Chil], 2005 Set; Vol. 127 (11), pp. 1329-38; PMID: 10835719, [EBSCO HOST, Research Database].
20. Cayuñir A., García A., Solar J., Hernández E., Vergara T. Disfunciones Sexuales en Dueñas de Casa, Chile 2008. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. LILACS;130(17)<[http://www.scielo.sld.cu/revistas/vol120\\_1\\_09/06108.htm](http://www.scielo.sld.cu/revistas/vol120_1_09/06108.htm)> [consulta: 16 de Noviembre de 2009].
21. Sepúlveda E. Comportamiento Sexual, Chile 2008. Investigación. Universidad Santiago de Chile, presentada en el Seminario “La Sexualidad del Nuevo Milenio”, patrocinado por la Universidad de Santiago de Chile (USACH) ,2009.
22. Rodríguez Y., Rubio M. Construyendo un lenguaje incomun en mujeres víctimas de violencia conyugal. Trujillo-Perú 2009. LILACS;90(10)<[http://www.scielo.sld.cu/revistas/vol90\\_1\\_08/05108.htm](http://www.scielo.sld.cu/revistas/vol90_1_08/05108.htm)> [consulta: 10 de Setiembre de 2009].
23. Vírveda J., Peña M., Balcázar P., Bonilla P. Autoestima en mujeres en contexto de violencia marital, México 2009. Universidad Autónoma del Estado de México. LILACS;120(13)<[http://www.scielo.sld.cu/revistas/vol120\\_1\\_09/06108.htm](http://www.scielo.sld.cu/revistas/vol120_1_09/06108.htm)> [consulta: 20 de Agosto de 2009].
24. Cortés M. Vivencia de la violencia de las mujeres casadas en el Estado de Calientes, México 2009. Investigación. Universidad Autónoma de Aguas Calientes, presentada en ponencia del XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Ecuador. Octubre 2009.
25. USAID .INE. Matos S., Sulmont D .Modelos Multivariados para la violencia conyugal, sus consecuencias y la solicitud de ayuda. Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú 2009.

## **ANEXOS**

## ANEXO A

### HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

#### CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA PSICOLOGICA

Edad:                      Sexo:                      Estado civil:                      N° de Hijos:

A continuación se aporta el Test de Tamizaje de Violencia Psicológica

TIPO: ITEMS - OMISIÓN (1, 7 y 9) - VERBAL (2, 3, 5, 11, 12, 14,16 y 17)

- NO VERBAL (4, 6, 8, 10, 13, 15,18 y 19)

Conteste a todos los ítems con Si o No.

ITEMS	SI	NO
1. A menudo su pareja ignora los sentimientos de Usted		
2. Ridiculiza o insulta a las mujeres como grupo.		
3. Ridiculiza o insulta a la mayoría de sus valores, creencias, religión, raza, herencia o clase.		
4. Utiliza su visto bueno, aprecio o afecto como castigo.		
5. Continuamente critica, le insulta o le grita		
6. Le humilla en privado y/o en público.		
7. Rechaza mantener relaciones sociales en su compañía		
8. Controla el dinero y todas las decisiones.		
9. Rechaza trabajar o compartir el dinero.		
10. No permite su acceso al dinero o a las llaves del auto u otros bienes.		
11. Con frecuencia le amenaza con abandonarla o dice que se va.		
12. Le amenaza con hacerle daño a usted y a su familia.		
13. Castiga o maltrata a los niños cuando está enfadado con usted.		
14. Amenaza con secuestrar o llevarse a los niños si usted lo abandona.		
15. Abusa, tortura, mata a los animales domésticos para hacerle daño.		
16. Le acosa con asuntos que el imagina que usted está haciendo.		
17. Le manipula con mentiras y contradicciones.		
18. Destruye los muebles, hace destrozos en las paredes o rompe útiles domésticos durante las discusiones con usted.		
19. Maneja armas de forma amenazante.		

## ANEXO B

### HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

#### CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN SEXUAL DE ORIGEN NO ORGÁNICO DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL

Estimada participante: La aplicación del siguiente instrumento tiene por objetivo Establecer la relación de la violencia psicológica por parte de la pareja con la disfunción sexual de la mujer en edad fértil, que asiste a la consulta externa del Hospital Arzobispo Loayza durante Julio a Diciembre del 2009. Este cuestionario es anónimo, agradezco por anticipado su participación, sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Lea con atención las siguientes preguntas y marque con una equis la respuesta. Conteste todos los ítems con Si o No, éstas preguntas son sobre su vida sexual durante **las últimas 4 semanas**.

#### **DATOS GENERALES:**

AÑOS DE CONVIVENCIA:

LUGAR DE PROCEDENCIA:

EDAD:

NIVEL EDUCATIVO:

ESTADO CIVIL:

RELIGIÓN:

#### **Apatía sexual: Deseo – Excitación sexual**

1. ¿Te excita cuando tu pareja te acaricia?  
Si  No
2. ¿Inicia tú el encuentro sexual con tu pareja?  
Si  No
3. ¿Te agrada tocarte tus partes íntimas reservadamente?  
Si  No
4. ¿Tu pareja te da muestras de afecto durante el encuentro sexual íntimo?  
Si  No

#### **Anorgasmia**

5. ¿Te sientes plenamente satisfecha durante el acto sexual con tu pareja?  
Si  No

6. ¿Estás satisfecha con tu vida sexual?

Si  No

7. ¿Tu interés por el sexo ha disminuido?

Si  No

### **Dispareumia**

8. ¿Tienes lubricación vaginal durante la relación sexual con tu pareja?

Si  No

9. ¿Tienes dolor durante la relación sexual con tu pareja?

Si  No

10. ¿Muestras interés en tus relaciones sexuales con tu pareja?

Si  No

### **Vaginismo**

11. ¿Te relajas íntimamente durante tu relación sexual con tu pareja?

Si  No

12. ¿Al tener relaciones sexuales con tu pareja sientes temor a una infección vaginal?

Si  No

13. ¿Tienes satisfacción sexual plena sin llegar al contacto sexual con tu pareja?

Si

## ANEXO C

### VALIDEZ DE CONTENIDO SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS (PRUEBA BINOMIAL)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EXPERTOS					TOTAL	Valor de p
	1	2	3	4	5		
1.- ¿Existe coherencia entre los objetivos, la operacionalización de las variables y los instrumento de recolección de datos?	1	1	1	1	1	5	0,000
2.- ¿Considera usted que las preguntas de los instrumentos son las más representativas para las variables de la investigación?	1	1	1	1	1	5	0,000
3.- ¿La redacción de las preguntas de los instrumentos que se aplicará a la mujer es comprensible?	1	1	1	1	1	5	0,000
4.- ¿Cree usted que el número de preguntas es el correcto?	1	1	1	1	1	5	0,000
5.- ¿Cree usted que se debe cambiar algunas preguntas de los Instrumentos?	1	1	1	1	1	5	0,000
6.- ¿Los instrumentos son claros y sencillo?	1	1	1	1	1	5	0,000
7.- ¿Se han considerado las áreas más relevantes?	1	1	1	1	1	5	0,000

Leyenda:      1 (respuesta favorable al formulario)  
                  0 (respuesta desfavorable al formulario)

Los valores de “p” obtenidos mediante la prueba binomial, son inferiores al  $p < 0,05$  la concordancia entre expertos es estadísticamente significativa.

Como en la mayoría de las preguntas formuladas a los expertos la concordancia fue estadísticamente significativa, se concluye que el tiene validez de contenido.

## ANEXO D

### CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE DISFUNCIÓN SEXUAL DE ORIGEN NO ORGÁNICO DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL: MEDIANTE EL ESTUDIO PILOTO.

Para determinar la confiabilidad del cuestionario de la prueba piloto, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Combrach; cuya fórmula es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left( 1 - \frac{\sum_{i=0}^{\infty} S^2}{S_t^2} \right)$$

Donde:

**K** : Número de ítems

**S<sup>2</sup><sub>i</sub>** : Varianza muestral de cada ítem.

**S<sup>2</sup><sub>t</sub>** : Varianza del total de puntaje de los ítems.

Usando el software estadístico SPSS, se obtuvo ALFA DE CRONBACH DE **0.89**, siendo altamente confiable.



**ANEXO E**

**TABLA N° 4**

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL  
CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA  
JULIO – DICIEMBRE 2009**

Factores expuestos		Caso		Control		Total	
		F	%	F	%	F	%
Grupo edad	15-19	9	9.89	7	7.69	16	8.79
	20-49	82	90.1	84	92.3	166	91.2
Nivel Educativo	Primaria	6	6.59	19	20.9	25	13.7
	Secundaria, técnico y superior	85	93.4	72	79.1	157	86.3
Estado Civil	Conviviente	59	64.8	44	48.4	103	56.6
	Casada	32	35.2	47	51.6	79	43.4
Tiempo de vivir en pareja	De 1 a 3 años	33	36.3	33	36.3	66	36.3
	De 4 a 15 años	58	63.7	58	63.7	116	63.7
Hijos	1 Hijo	20	22	32	35.2	52	28.6
	2 y 3 Hijos	71	78	59	64.8	130	71.4
Trabajo	Independiente	27	29.7	38	41.8	65	35.7
	Dependiente	64	70.3	53	58.2	117	64.3
Religión	Creyente	83	91.2	76	83.5	159	87.4
	No creyente	8	8.79	15	16.5	23	12.6
Procedencia	Cercado de Lima	43	47.3	49	53.8	92	50.5
	Breña	18	19.8	18	19.8	36	19.8
	San Juan de Lurigancho	14	15.4	11	12.1	25	13.7
	San Martín de Porres	8	8.79	7	7.69	15	8.24
	Chorrillos	8	8.79	6	6.59	14	7.69

**TABLA N° 5**

**PROMEDIO DE EDADES EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO. CONSULTA  
EXTERNA HOSPITAL LOAYZA  
JULIO – DICIEMBRE 2009**

		Promedio	±
15 - 19	Control	17.00	1.15
	Caso	17.44	1.33
20 - 49	Control	31.75	8.46
	Caso	32.10	8.37

**TABLA N°6**

**REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A  
LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CONSULTA  
EXTERNA, HOSPITAL LOAYZA. 2009**

FACTORES	Caso		Control		OR	I.C. 95,0% para OR
	F	%	F	%		
<b>VIOLENCIA</b>						
Si	69	75.8	21	23.1	<b>13.55</b>	< <b>5.82 - 31.55</b> >
No	22	24.2	70	76.9		
<b>ESTACIVIL</b>					1.544	< 0.63 - 3.77 >
Casada	32	35.2	47	51.6		
Conviviente	59	64.8	44	48.4		
<b>N_HIJOS</b>					1.269	< 0.44 - 3.69 >
Si	71	78.0	59	64.8		
No	20	22.0	32	35.2		
<b>TRABAJO</b>					1.776	< 0.65 - 5.05 >
Si	64	70.3	53	58.2		
No	27	29.7	38	41.8		
<b>RELIGIÓN</b>					<b>5.1</b>	< <b>1.20 - 21.72</b> >
Si	83	91.2	76	83.5		
No	8	8.8	15	16.5		
<b>PROCEDENCIA</b>					--	< - - >
Cercado de Lima	43	47.3	49	53.8		
Breña	18	19.8	18	19.8		
San Juan de Lurigancho	14	15.4	11	12.1		
San Martín de Porres	8	8.8	7	7.7		
Chorrillos	8	8.8	6	6.6		
<b>GRUPOEDAD</b>					<b>70.92</b>	< <b>7.89 - 637.43</b> >
Si	82	90.1	84	92.3		
No	9	9.9	7	7.7		
<b>TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA</b>					<b>4.626</b>	< <b>1.68 - 12.71</b> >
Si	58	63.7	58	63.7		
No	33	36.3	33	36.3		
<b>N_EDUCATIVO</b>					<b>6.999</b>	< <b>1.20 - 40.73</b> >
Si	85	93.4	72	79.1		
No	6	6.6	19	20.9		

**TABLA N°7**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA. 2009**

	Caso		Control		P	OR
	F	%	F	%		
<b>VIOLENCIA</b>						
Si	69	75.82	21	23.08	.001	10.392
No	22	24.18	70	76.92		
<b>TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA</b>						
De 1 a 3 años	33	36.26	33	36.26	.003	2.911
De 4 a 15 años	58	63.74	58	63.74		

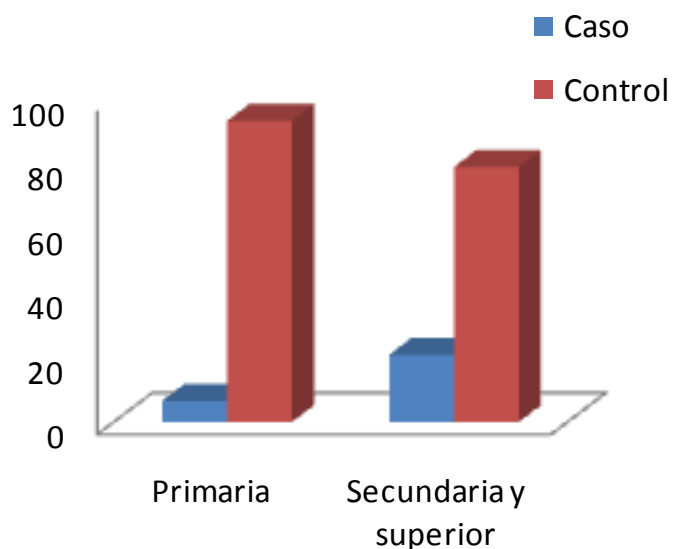
**TABLA N°8**

**PORCENTAJE DE MUJERES, SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO Y NIVEL EDUCATIVO. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA JULIO-DICIEMBRE 2009**

Nivel Educativo	Caso		Control		Total	
	F	%	F	%	F	%
Primaria	6	6.59	19	20.9	25	13.7
Secundaria y superior	85	93.4	72	79.1	157	86.3

### GRÁFICO N° 1

**PORCENTAJE DE MUJERES, SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO Y NIVEL EDUCATIVO. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA JULIO-DICIEMBRE 2009**



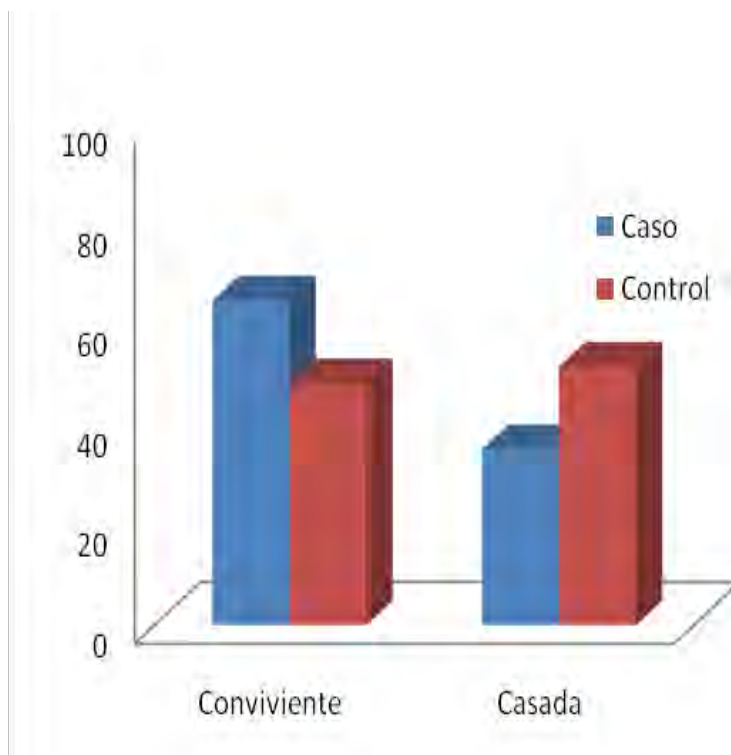
### TABLA N°9

**PORCENTAJE DE MUJERES, SEGÚN GRUPO DE ESTUDIOS Y ESTADO CIVIL. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA JULIO-DICIEMBRE 2009**

Estado Civil	Caso		Control		Total	
	F	%	F	%	F	%
Conviviente	59	64.8	44	48.4	103	56.6
Casada	32	35.2	47	51.6	79	43.4

**GRÁFICO N° 2**

**PORCENTAJE DE MUJERES, SEGÚN GRUPO DE ESTUDIOS Y ESTADO CIVIL. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA JULIO-DICIEMBRE 2009**



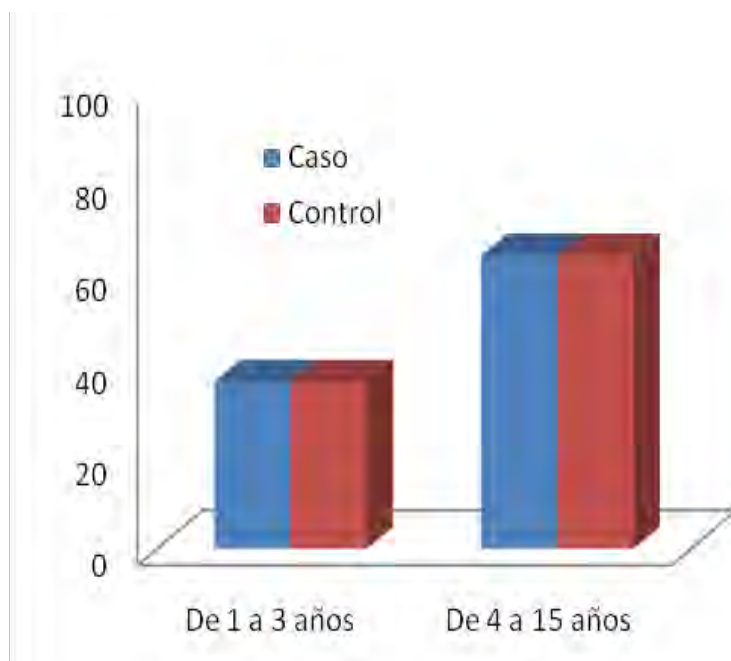
**TABLA N° 10**

**PORCENTAJE DE MUJERES, SEGÚN GRUPO DE ESTUDIOS Y TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA JULIO-DICIEMBRE 2009**

Convivencia	Caso		Control		Total	
	F	%	F	%	F	%
De 1 a 3 años	33	36.3	33	36.3	66	36.3
De 4 a 15 años	58	63.7	58	63.7	116	63.7

**GRÁFICO N° 3**

**PORCENTAJE DE MUJERES, SEGÚN GRUPO DE ESTUDIOS Y TIEMPO DE VIVIR EN PAREJA. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA JULIO-DICIEMBRE 2009**



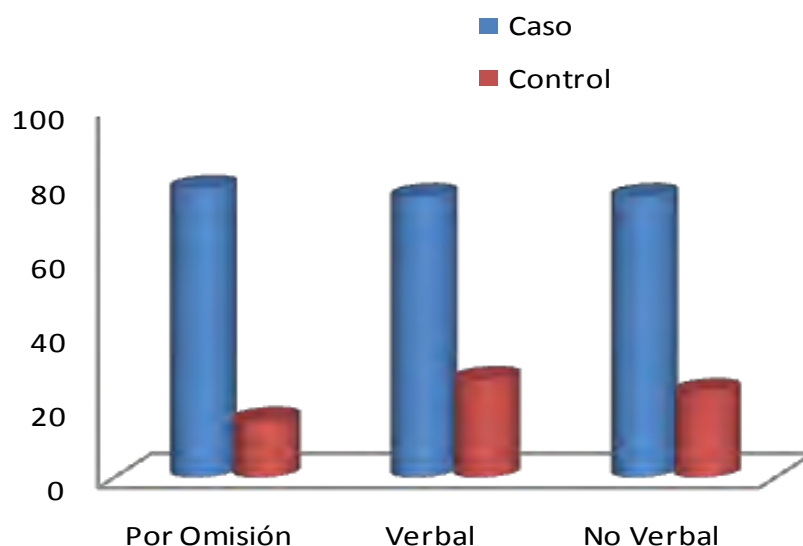
**TABLA N° 11**

**TIPOS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA, SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO.  
CONSULTA EXTERNA HOSPITALLOAYZA  
JULIO-DICIEMBRE 2009**

Tipos de Violencia Psicológica		Caso		Control		p	ODDS RATIO	I.C. 95,0%
		F	%	F	%			
Por Omisión	<b>No</b>	20	22.0	77	84.6	0.00	19.52	< 9.17 - 41.55 >
	<b>Si</b>	71	78.0	14	15.4			
Verbal	<b>No</b>	22	24.2	67	73.6	0.00	8.76	< 4.48 - 17.09 >
	<b>Si</b>	69	75.8	24	26.4			
No Verbal	<b>No</b>	22	24.2	70	76.9	0.00	10.45	< 5.27 - 20.72 >
	<b>Si</b>	69	75.8	21	23.1			

**GRÁFICO N° 4**

**TIPOS DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL DE ORIGEN NO ORGÁNICO DE LA MUJER EN EDAD FÉRTIL. EXTERNA CONSULTA HOSPITAL LOAYZA. JULIO – DICIEMBRE 2009**



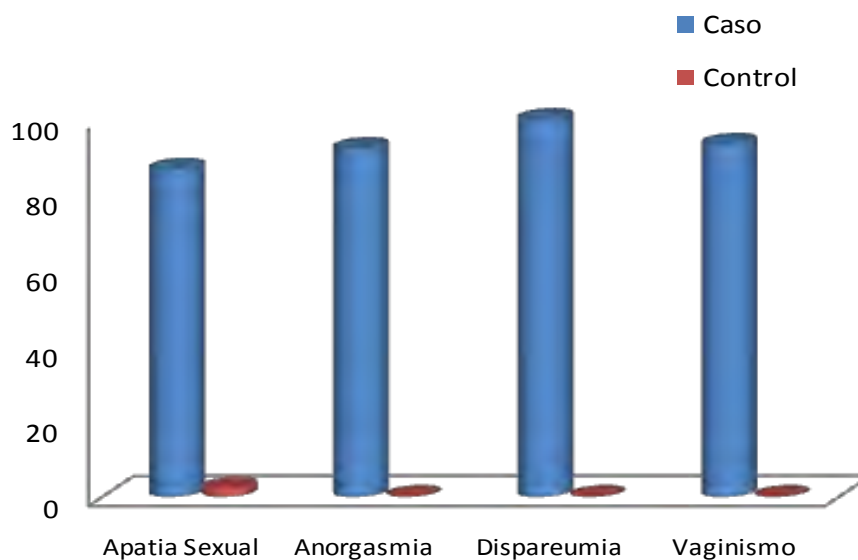
**TABLA N° 12**

**MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA DISFUNCION SEXUAL DE LA MUJER EN EDAD FERTIL. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA. JULIO – DICIEMBRE 2009.**

		Caso		Control		p	ODDS RATIO	I.C. 95%
		F	%	F	%			
Apatía Sexual	Si	79	86.8	2	2.2	,000	293	< 63.608 - 1349.283 >
	No	12	13.2	89	97.8	,000		
Anorgasmia	Si	84	92.3	0	0.0	,000		
	No	7	7.7	91	100	,000		
Dispareumia	Si	91	100.0	0	0.0	,000		
	No	0	0.0	91	100	,000		
Vaginismo	Si	85	93.4	0	0.0	,000		
	No	6	6.6	91	100	,000		

**GRÁFICO N° 5**

**MANIFESTACIONES CLINICAS Y DISFUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER EN EDAD FERTIL SEGÚN ESTADO CIVIL. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA. JULIO – DICIEMBRE 2009**





**GRAFICO N° 6**

**RELACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA PSICOLOGICA Y DISFUNCION SEXUAL DE LA MUJER EN EDAD FERTIL. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA. JULIO - DICIEMBRE 2009**  
**(Porcentaje)**



**TABLA N° 13****EVALUACION DE MODELO DE REGRESIÓN LOGISTICA****Codificaciones de variables categóricas**

		Frecuencia	Codificación de parámetros
			(1)
N_EDUCATIVO	Primaria	25	,000
	Secundario, técnico y superior	157	1,000
CONVIVENCIA	De 1 a 3 años	90	,000
	De 4 a 15 años	92	1,000
ESTACIVIL	Conviviente	103	,000
	Casada	79	1,000
VIOLENCIA	Sin manifestación	92	,000
	Con manifestación	90	1,000

**Resumen del modelo**

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	187,851 <sup>a</sup>	,298	,398

a. La estimación ha finalizado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de .001.

**Tabla de clasificación**

Observado			Pronosticado		
			DISFUNCION		Porcentaje correcto
			Control	Caso	
Paso 1	DISFUNCION	Control	72	19	79,1
		Caso	22	69	75,8
Porcentaje global					77,5

a. El valor de corte es .500

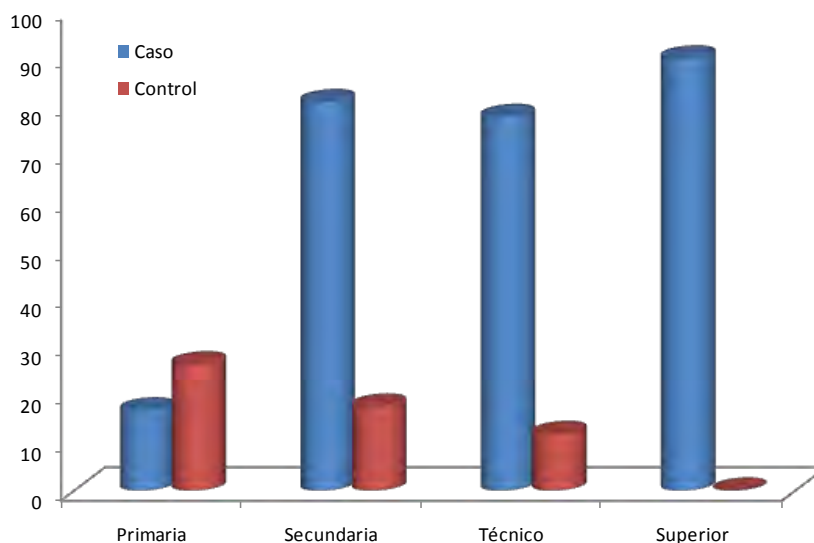
**TABLA N° 14**

**VIOLENCIA PSICOLOGICA POR OMISIÓN Y DISFUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER EN EDAD FERTIL, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA. JULIO – DICIEMBRE 2009**

NIVEL EDUCATIVO		Caso		Control		p	ODDS RATIO	I.C. 95,0%
		F	%	F	%			
Primaria	Con violencia	1	16.7	5	26.3	,633	,560	< ,052 - 6.036 >
	Sin violencia	5	83.3	14	73.7			
Secundaria	Con violencia	38	80.9	7	17.5	,000	19.91	< 6.677 - 59.338 >
	Sin violencia	9	19.1	33	82.5			
Técnico	Con violencia	14	77.8	2	11.8	,001	26.25	< 4.14 - 166.453 >
	Sin violencia	4	22.2	15	88.2			
Superior	Con violencia	18	90	0	0	,998	1.00E+13	< 0 - . >
	Sin violencia	2	10	15	100			

**GRÁFICO N° 11**

**VIOLENCIA PSICOLOGICA POR OMISIÓN Y DISFUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER EN EDAD FERTIL, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA. JULIO – DICIEMBRE 2009**



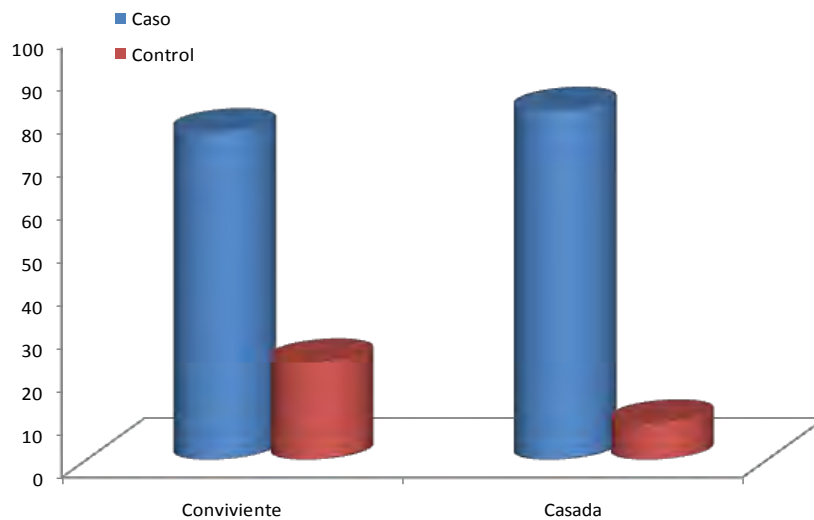
**TABLA N° 15**

**VIOLENCIA PSICOLOGICA POR OMISIÓN Y DISFUNCIÓN SEXUAL DE LA  
MUJER EN EDAD FERTIL SEGÚN ESTADO CIVIL.  
CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA.  
JULIO – DICIEMBRE 2009.**

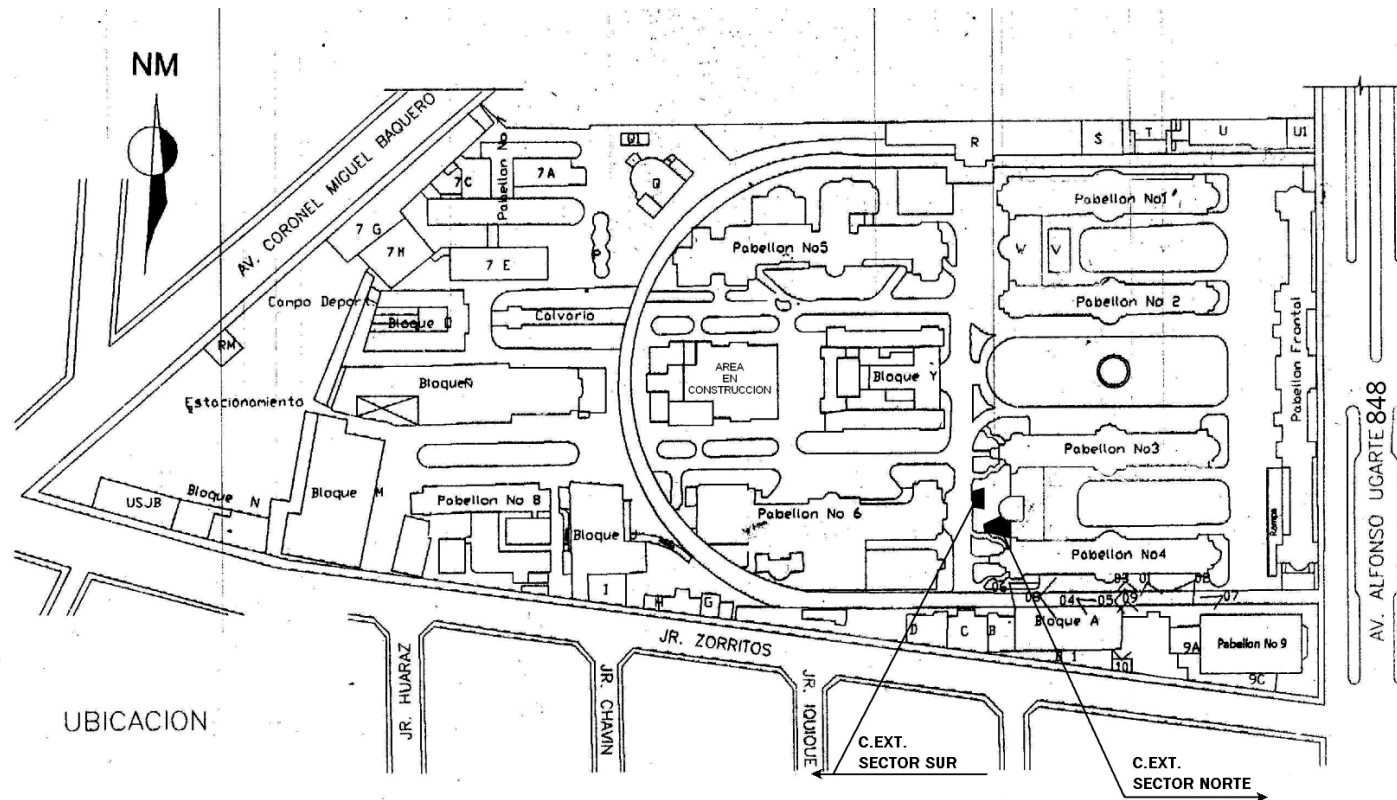
<i>ESTACIVIL</i>		Caso		Control		p	ODDS RATIO	I.C. 95,0%
		F	%	F	%			
Conviviente	Con violencia	45	76.3	10	22.7	,000	10.93	< 4.331 - 27.579 >
	Sin violencia	14	23.7	34	77.3			
Casada	Con violencia	26	81.3	4	8.5	,000	46.58	< 12.009 - 180.704 >
	Sin violencia	6	18.8	43	91.5			

**GRÁFICO N° 12**

**VIOLENCIA PSICOLOGICA POR OMISIÓN Y DISFUNCIÓN SEXUAL DE LA  
MUJER EN EDAD FERTIL SEGÚN ESTADO CIVIL.  
CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOAYZA.  
JULIO – DICIEMBRE 2009**



## ANEXO F: CROQUIS DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA



UBICACION

<small>MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA</small>		<b>MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA</b>		<small>LAMINA</small>
		UBICACION DE TOMAS FOTOGRAFICAS EXTERIORES		<b>A - 00</b>
<small>SERVICIO:</small>	<small>PLANO:</small>	<small>DOC.:</small>	<small>MEMORANDUM</small>	
<small>SOLICITADO:</small>	<small>PROFESIONAL RESPONSABLE:</small>	<small>REVISADO:</small>	<small>ESCALA:</small>	<small>FECHA:</small>
<small>88 8</small>	<small>ARG. SUSANA R. BUSTILLOS REBOLINI</small>			<small>AGOSTO 2007</small>