Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Obstetricia

Asociación entre el tipo de violencia y la autonomía en la toma de decisión al utilizar un método anticonceptivo en mujeres peruanas: análisis secundario de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, 2024

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Elizabeth Rosmery LLANOS NAJARRO

ASESOR

Dr. Oscar Fausto MUNARES GARCÍA

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Llanos E. Asociación entre el tipo de violencia y la autonomía en la toma de decisión al utilizar un método anticonceptivo en mujeres peruanas: análisis secundario de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, 2024 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Elizabeth Rosmery Llanos Najarro
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73884366
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-0255-9011
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Oscar Munares García
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07493051
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-7705-0530
Datos del Co Asesor	
Nombres y apellidos	Dora Mariela Salcedo Barrientos
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	24451275
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-1562-0598
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Giovanna Gladys Pante Salas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08333811
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Flor de Maria Alvarado Rodriguez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06114732
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Mirtha Ebel Rimachy Malaver
Tipo de documento	DNI

Número de documento de identidad	08549701
Datos de investigación	
Línea de investigación	B.1.1.2. Ética, Violencia de género y otros
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: La Victoria Latitud: -12.05818° Longitud: -77.01892° Escuela Profesional de Obstetricia UNMSM
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2025-2026
URL de disciplinas OCDE	Ciencias socio biomédicas https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.12 Políticas de salud, Servicios de salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.02 Salud pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 12/ 08/ 2026

HORA INICIO : 10:00 hrs

HORA TÉRMINO : 11:00 hrs

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Dra. Giovanna Gladys Pante Salas

MIEMBRO : Mg. Flor de María Alvarado Rodríguez

MIEMBRO : Mg. Mirtha Ebel Rimachy Malaver

ASESOR (A) : Dr. Oscar Fausto Munares García

3. DATOS DEL TESISTA

NOMBRES Y APELLIDOS : Elizabeth Rosmery Llanos Najarro

CODIGO : 16010354

TÍTULO DE LA TESIS: " Asociación entre el tipo de violencia y la autonomía en la toma de decisión al utilizar un método anticonceptivo en mujeres peruanas: análisis secundario de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, 2024".

4. RECOMENDACIONES:

5. NOTA OBTENIDA: (18)

6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)

N°	Nombres y apellidos	DNI
1	Ana María Najarro Ochoa	09388132
2	Ana Lucia Llanos Najarro	73884370
3	Anastacia Ochoa Soca	08309497
4	Agabia Llanos Lizzetti	07214173
5	Luis Rosendo Najarro Castillo	45430013

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

DRA. GIOVANNA GLADYS PANTE SALAS **D.N.I. 08333811**	**MG. FLOR DE MARIA ALVARADO RODRIGUEZ** **D.N.I. 06114732**
PRESIDENTE	**MIEMBRO**

MG. MIRTHA EBEL RIMACHY MALAVER **D.N.I. 08549701**	**DR. OSCAR FAUSTO MUNARES GARCÍA** **D.N.I. 07493051**
MIEMBRO	**ASESOR (A)**

UNMSM Firmado digitalmente por SALAZAR SALVATIERRA Emma Felicia FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 13.08.2026 16:34:31 -05:00	UNMSM Firmado digitalmente por VASQUEZ ALVA Rolando FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 21.08.2026 21:58:43 -05:00
Dra. Emma Felicia Salazar Salvatierra Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dr. Rolando Vásquez Alva Vicedecano Académico -Facultad de Medicina
DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	**VICEDECANO ACADÉMICO DE FACULTAD DE MEDICINA**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1
CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Oscar Fausto Munares García en mi condición de asesor acreditado con el Resolución Decanal N° 002059-D-FM/UNMSM de la tesis, cuyo título es **"Asociación entre el tipo de violencia y la autonomía en la toma de decisión al utilizar un método anticonceptivo en mujeres peruanas: análisis secundario de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, 2024"** presentado por la bachiller Elizabeth Rosmery Llanos Najarro para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia, **CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 14% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título profesional de Licenciada en Obstetricia.

Lima, 15 de setiembre de 2026



Firma del Asesor _____

Nombres y Apellidos del asesor: Oscar Fausto Munares García

DNI: 07493051

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

Agradecimiento

A Dios, por brindarme su guía, la sabiduría y perseverancia necesaria para culminar satisfactoriamente esta etapa de mi formación profesional.

A mi querida Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por brindarme una sólida formación académica, basada en el compromiso con la excelencia, la ética y el servicio.

Al Dr. Óscar Munares García, asesor de esta investigación, y a mis co-asesores, la Dra. Dora Mariela Salcedo Barrientos y el Mg. Víctor Moquillaza Alcántara, por su permanente orientación académica y valiosos aportes en el presente estudio.

A las y los obstetras que, desde distintos espacios de formación, contribuyeron en mi crecimiento profesional. Gracias por compartir sus conocimientos con calidad y calidez, fortaleciendo en mí una visión humana, sensible y ética de nuestra labor, la cual inspiró el desarrollo de esta investigación.

Dedicatoria

A mi padre Jacinto Emiliano Llanos Lizzetti y a mi papito Anacleto Najarro Rayme, por ser ejemplo de fortaleza, amor y perseverancia. Sus enseñanzas y el cariño, que me brindaron en vida, continúan guiando cada uno de mis pasos. Aunque hoy no estén físicamente a mi lado, sé que desde el cielo acompañan con orgullo y amor este logro tan importante en mi vida.

A mi madre, Ana Maria Najarro Ochoa, y a mi mamita, Anastacia Ochoa Soca, por ser los pilares fundamentales de mi vida y el sostén que me permitió afrontar momentos difíciles. Gracias por cuidarme con amor incondicional y por inspirarme, a través de sus historias de vida, a convertirme en una mujer valiente y perseverante, que no se rinde ante las adversidades. Su amor, apoyo y ejemplo han sido esenciales para alcanzar este logro.

A Analú, por motivarme cada día a seguir creciendo y mejorando como persona y como hermana. Deseo que sigamos caminando juntas por la vida, apoyándonos mutuamente y alcanzando cada una de nuestras metas, tal como se lo prometimos a papá.

A mi familia y amistades, por estar siempre presentes en los momentos más importantes de mi vida y por alentarme a seguir superándome personal y profesionalmente.

Con amor eterno y gratitud infinita.

Índice

Agradecimiento ii
Dedicatoria iii
Índice iv
Índice de tablas vi
Resumen vii
Abstract viii
INTRODUCCIÓN 1
1.1. Planteamiento del problema, delimitación y formulación 1
1.2. Objetivos 3
1.3. Importancia y alcance de la investigación 3
1.4. Limitaciones 4
MARCO TEÓRICO 6
2.1. Antecedentes 6
2.2. Bases teóricas 12
2.3. Definición de términos 20
HIPÓTESIS Y VARIABLES 22
3.1. Hipótesis 22
3.2. Variables 22
3.3. Operacionalización de variables 23
MATERIALES Y MÉTODOS 26
4.1. Tipo de estudio 26
4.2. Diseño de estudio 26
4.3. Población 26
4.4. Muestra 27
4.5. Técnica y fuente de datos 27
4.6. Instrumentos 27
4.7. Procedimiento 29
4.8. Análisis de datos 30
4.9. Consideraciones éticas 31
RESULTADOS 33
DISCUSIÓN 38

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES **42**
7.1. Conclusiones **42**
7.2. Recomendaciones **43**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **44**
ANEXO **52**
Anexo 01. Resultados adicionales **53**

Índice de tablas

Tabla	Página
Tabla 1. Tipo de violencia percibida por mujeres peruanas, 2024	29
Tabla 2. Toma de decisión para el uso de métodos anticonceptivos en mujeres peruanas, 2024	30
Tabla 3. Características generales de las mujeres peruanas según quien toma la decisión para el uso de anticonceptivos, 2024	30
Tabla 4. Tipo de violencia asociado a la toma de decisión para el uso de anticonceptivos en mujeres peruanas, 2024	32
Tabla 5. Tipo de violencia asociado a la toma de decisión para el uso de anticonceptivos en mujeres peruanas: Análisis crudo y ajustado	33

Resumen

Objetivo: Establecer la asociación entre los tipos de violencia (física, emocional y sexual) y la autonomía en la toma de decisión para utilizar un método anticonceptivo en mujeres peruanas durante el año 2024. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo y transversal mediante el análisis secundario de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) 2024. La muestra abarcó 15 432 mujeres en edad fértil (15-49 años), con pareja y usuarias de anticonceptivos. El análisis estadístico empleó pruebas de Chi-cuadrado y Regresión de Poisson para calcular las Razones de Prevalencia ajustadas (RPa) ($p<0,05$). **Resultados:** El 31,55% de las encuestadas reportó algún tipo de violencia (20,85% física, 18,47% emocional y 4,30% sexual). Únicamente el 24,15% de las mujeres tomó la decisión del método anticonceptivo de manera autónoma. El modelo ajustado demostró que padecer violencia disminuye significativamente la probabilidad de decisión exclusiva por parte de la mujer: violencia física (RPa: 0,52), emocional (RPa: 0,51) y sexual (RPa: 0,41). En conjunto, la exposición a cualquier modalidad de violencia reduce en un 60% la probabilidad de autonomía reproductiva frente a quienes no la sufren (RPa: 0,40; $p<0,001$). **Conclusión:** Se evidencia una fuerte asociación inversa entre la violencia de pareja y la autonomía reproductiva. Experimentar violencia física, psicológica o sexual reduce de forma significativa la capacidad y probabilidad de que las mujeres decidan exclusivamente sobre el uso de sus métodos anticonceptivos.

Palabras clave: Violencia de pareja, Conducta anticonceptiva, Autonomía personal, Toma de decisiones, Anticonceptivos (Fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

Objective: To establish the association between types of violence (physical, emotional, and sexual) and autonomy in decision-making to use a contraceptive method in Peruvian women during the year 2024. **Material and methods:** A quantitative, observational, retrospective, and cross-sectional study using the secondary analysis of the Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2024. The sample included 15,432 women of childbearing age (15-49 years), with a partner, and users of contraceptives. The statistical analysis employed Chi-square tests and Poisson Regression to calculate adjusted Prevalence Ratios (aPR) ($p<0.05$). **Results:** 31.55% of the surveyed women reported some type of violence (20.85% physical, 18.47% emotional, and 4.30% sexual). Only 24.15% of the women made the decision regarding the contraceptive method autonomously. The adjusted model demonstrated that suffering violence significantly decreases the probability of exclusive decision-making by the woman: physical violence (aPR: 0.52), emotional (aPR: 0.51), and sexual (aPR: 0.41). Altogether, exposure to any modality of violence reduces the probability of reproductive autonomy by 60% compared to those who do not suffer it (aPR: 0.40; $p<0.001$). **Conclusion:** A strong inverse association is evidenced between intimate partner violence and reproductive autonomy. Experiencing physical, psychological, or sexual violence significantly reduces the capacity and probability that women decide exclusively on the use of their contraceptive methods.

Key words: Intimate partner violence, Contraception behavior, Personal autonomy, Decision making, Contraceptive (Source: MeSH, NLM)

INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema, delimitación y formulación

La violencia ejercida contra las mujeres, es considerada un problema de salud pública y justicia social a nivel mundial además de ser considerada también como una violación de los derechos humanos de las mujeres. [1] La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que 1 de cada 3 de mujeres de 15 a 49 años han estado en una relación donde han sido víctimas de algún tipo de violencia ejercida por su pareja, sea esta de tipo física y/o sexual. [2,3]

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), una organización perteneciente a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), es el tratado de derechos humanos más importante para las mujeres. Anualmente, los países que forman parte del CEDAW envían informes generales para que el comité pueda brindar recomendaciones a los estado de gobierno. Desde el 5 de junio de 1982, Perú es parte del CEDAW, comprometiéndose como Estado peruano a garantizar su cumplimiento efectivo en el país. [4]

A raíz de los pronunciamientos, en América Latina, se reconoció la importancia de establecer pautas para la lucha contra la violencia hacia la mujer. Por esta razón, se llevó a cabo la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, también conocida como Convención de Belém do Pará, en Brasil en 1994. Esta convención considera la violencia como una violación de los derechos humanos fundamentales. [5]

Si bien el CEDAW no aborda la violencia contra la mujer como un objetivo directo, la reconoce como una manifestación de la discriminación hacia las mujeres. En ese sentido, emite recomendaciones que abordan específicamente la problemática de la violencia. Por ejemplo, la recomendación Nº 12 habla por primera vez sobre la violencia ejercida en contra de las mujeres [6], la recomendación Nº 19 es aquella que ratifica que la violencia contra la mujer es una consecuencia de la discriminación [7] y la recomendación Nº 35 menciona a la violencia basada en género contra las mujeres. [8]

Según el ENDES 2022 en Perú, los departamentos con el mayor porcentaje de mujeres que han sido violentadas por su pareja, esposo o compañero son Apurímac, Puno, Cusco y Huancavelica. [9]

En el año 2023 hasta el mes de octubre, el portal Aurora reportó 140 802 casos de violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar en Perú. El 85% de estos casos corresponden a mujeres víctimas de violencia, siendo la violencia psicológica la más frecuente. Además, el 79,4% de los casos representan un riesgo moderado a severo para la integridad de la víctima. [10]

El Ministerio de Salud de Perú cuenta con la estrategia de Planificación Familiar a nivel nacional, en la cual se desarrollan actividades, procedimientos e intervenciones para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente sobre su reproducción. [11]

Según la OMS, el objetivo principal de la estrategia de planificación familiar es permitir a las personas decidir el momento más oportuno para la reproducción, así como evitar problemas y posibles riesgos derivados de las relaciones sexuales y el embarazo. [12] Gracias a esta estrategia, las mujeres han encontrado un espacio donde pueden ejercer libremente la toma de decisiones sobre su salud y los factores que influyen en ella, especialmente en su salud sexual y reproductiva. [13] La información y los servicios concernientes a métodos anticonceptivos son fundamentales para la salud y los derechos humanos de todas las personas, especialmente de las mujeres. [12]

La violación de los derechos humanos de las mujeres mediante la violencia por parte de su pareja u otros agentes puede provocar graves problemas de salud física, mental, y especialmente en su salud sexual y reproductiva a corto y largo plazo. Según la OMS, las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas tienen mayor probabilidad de contraer infecciones de transmisión sexual y de experimentar abortos con mayor frecuencia. [14]

Formulación del problema

¿Cómo es la asociación entre los tipos de violencia y la autonomía en la toma de decisión de utilizar un método anticonceptivo en mujeres peruanas durante el año 2024?

1.2. Objetivos

Objetivo general

Establecer la asociación entre los tipos de violencia y la autonomía en la toma de decisión de utilizar un método en mujeres peruanas durante el año 2024.

Objetivos específicos

- Identificar la asociación entre la presencia de violencia física y la autonomía en la toma de decisión de utilizar un método anticonceptivo en las mujeres peruanas.

- Identificar la asociación entre presencia de violencia emocional y la autonomía en la toma de decisión de utilizar un método anticonceptivo en las mujeres peruanas.

- Identificar la asociación entre presencia de violencia sexual y la autonomía en la toma de decisión de utilizar un método anticonceptivo en las mujeres peruanas.

1.3. Importancia y alcance de la investigación

La violencia atenta contra los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, especialmente contra las mujeres en el Perú. Las consecuencias de sufrir algún tipo de violencia traen consigo afecciones físicas, ya sean mediante golpes o en el peor de los casos pérdida de la vida; consecuencias psicológicas, el constante maltrato verbal y baja de autoestima

de las mujeres; y consecuencias en la salud sexual y reproductiva, el no poder decidir libremente sobre su sexualidad.

La toma de decisiones en cuanto a la sexualidad es independiente de cada persona, cada uno es libre de poder escoger lo que a uno mejor le parezca. Pero también es importante que estas decisiones sean tomadas bajo un sentido de responsabilidad y cero coerciones por parte de terceras personas. Decidir sobre si desea utilizar un método anticonceptivo o el tipo de método a utilizar depende de la usuaria de salud que viene a consulta, pero muchas veces esas decisiones no las toman por su propia cuenta, sino también participa la pareja u otras personas, y no en todos los casos esta participación es positiva para la salud de la mujer.

Esto hace que la toma de decisiones en cuanto a la salud sexual y reproductiva sea un factor importante en el empoderamiento y autonomía de las mujeres y en la disminución de la violencia que esta población vive. Como profesionales de la salud, al identificar situaciones de violencia en las usuarias durante la prestación de los servicios, ya sea en sesiones de orientación, consejería u otros momentos de la atención, se contribuye a una detección temprana, a una atención oportuna y a la adecuada derivación y/o seguimiento de los casos. Asimismo, en caso de tener contacto con las parejas, familiares u otros miembros del entorno, resulta fundamental sensibilizar y concientizar sobre la prevención de todo tipo de violencia, a fin de promover que las usuarias vivan libres de violencia y ejerzan una sexualidad segura y saludable.

1.4. Limitaciones

El presente estudio presentó ciertas limitaciones, ya que, se trató de un análisis de la base de datos secundaria llamada Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). La ENDES ofrece información sobre estadística de la población peruana, la cual es recopilada y reportada anualmente. Una de las limitaciones identificadas en el estudio fue que, debido a la recolección de datos realizada mediante entrevistas, estuvo sujeta a diferentes respuestas de los participantes, y existieron posibles sesgos en el estudio, tales como: sesgos de

recuerdo, de conveniencia social y de inadecuada comprensión de algunas preguntas.

Asimismo, aunque la ENDES es una encuesta con representatividad a nivel nacional, su metodología de recolección de datos puede no incluir de manera suficiente a todas las mujeres que viven situaciones de violencia. En particular, aquellas que aún se encuentran bajo un control del agresor, privadas de libertad o imposibilitadas de participar por motivos de seguridad podrían estar subrepresentadas. Además, factores como el miedo a sufrir represalias posteriores a la entrevista, la normalización de la violencia o las condiciones en las que se desarrolló la misma pudieron influir en que algunas participantes para que no reportaran o minimizaran los episodios de violencia vividos.

Por último, el trabajo se limitó a tener en cuenta sólo las variables planteadas en la base de datos y con ellas se estableció las asociaciones correspondientes. Esta situación pudo afectar, en cierta medida, la magnitud de las asociaciones encontradas.

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

Lausi G, et al, en el año 2023, en Roma, realizaron una revisión sistemática de 13 artículos con el objetivo de investigar si la capacidad de toma de decisiones de las personas puede cambiar debido al abuso que experimentan. Dentro de los resultados se obtuvo que la violencia está más presente en el aspecto social especialmente en el ámbito doméstico e íntimo; sobre las razones para continuar viviendo con violencia se encuentran quedarse para proteger la imagen familiar, el conflicto moral, el sentido de sí misma y la influencia de las presiones sociales; y dentro de los recursos de las mujeres que decidieron alejarse de sus abusadores estuvieron presentes la autoeducación, empoderamiento femenino y la espiritualidad. En conclusión, la toma de decisiones dentro de situaciones de abuso familiar es un componente fundamental utilizado para salir del ciclo de violencia doméstica. Estos hallazgos evidencian que la violencia de pareja puede afectar la capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas, al condicionar su comportamiento y limitar su empoderamiento. [15]

Lucinano T, et al publicaron en 2023 una investigación donde el objetivo fue estimar la prevalencia de violencia psicológica, física y sexual perpetrada por la pareja íntima de mujeres que vivían en comunidades afrodescendientes ubicadas en el estado de Espíritu Santo. La investigación correspondió a un estudio descriptivo y transversal basado en entrevistas aplicadas a 219 mujeres entre 2017 y 2018. Los resultados mostraron predominio de violencia psicológica con un 59,0%, seguida de violencia física con un 41%y violencia sexual con un 8,2%. Además, se observó que los antecedentes de violencia ejercida por personas ajenas al núcleo familiar aumentaban significativamente la probabilidad de sufrir violencia psicológica. En relación con la violencia física, esta se asoció con haber tenido tres o más parejas sexuales en el último año; mientras que la violencia sexual guardó relación con antecedentes de aborto espontáneo y síntomas ginecológicos. En conclusión, existe una muy alta frecuencia de situaciones de violencia en estas mujeres y se asocia con un

menor poder de toma de decisión de las víctimas. Esto evidencia que la violencia ejercida por la pareja no solo afecta la salud física, sexual y reproductiva de las mujeres, sino también su capacidad para tomar decisiones. (16)

Upadhyay A,et al,en India, desarrollaron en el año 2022 un estudio el cual tuvo el propósito de ampliar la evidencia sobre la relación entre la violencia ejercida por la pareja y la discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años participantes de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (NFHS) 2015-2016.Sobre los métodos anticonceptivos que fueron interrumpidos se obtuvo que el 48,8% utilizaba preservativo, el 36,4% píldoras anticonceptivas, 13,4% el DIU, 1,3 % los inyectables y 0,3% otros métodos. Sobre la violencia por parte de su pareja, el 10 % experimentó violencia física; el 2% violencia emocional; el 1% violencia sexual y el 8% otras múltiples formas de violencia. Se demostró que aquellas mujeres que discontinuaron su método anticonceptivo mientras todavía eran necesario, lo hicieron debido a que quedaron embarazadas mientras los usaban o porque la pareja los desaprobó o por los efectos secundario. La investigación concluye que es necesario tener en cuenta la experiencia de violencia de pareja al momento de brindar un servicio de planificación familiar. Estos hallazgos demuestran que la violencia ejercida por la pareja puede influir en la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos, al interferir en la toma de decisiones reproductivas de las mujeres y limitar su capacidad para mantener el método elegido. (17)

Paul P y Monda D, realizaron en India, durante el año 2022, una investigación que tuvo como finalidad analizar el rol moderador de las conductas controladoras ejercidas por el esposo en la relación entre la violencia de pareja y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años participantes de la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2015-2016.Entre los hallazgos, se identificó que el 20,7% de las mujeres había experimentado violencia física, el 8,6% violencia emocional y el 5,4% violencia sexual. Respecto al uso de anticonceptivos, el 50,8% señaló no emplear ningún método, mientras que el 35% reportó esterilización femenina; asimismo, el 4,7% utilizaba píldoras anticonceptivas, el 2% dispositivo intrauterino (DIU) y el 7%

preservativo.Además, las mujeres que sufrían violencia de pareja acompañada de conductas controladoras por parte del esposo presentaban un 11% menos probabilidad de utilizar métodos anticonceptivos modernos o acceder a esterilización. Finalmente, el estudio concluyó que las mujeres expuestas a violencia de pareja tendían a utilizar menos anticonceptivos modernos y presentaban mayor probabilidad de recurrir a la esterilización. Y recomienda incorporar enfoques relacionados con normas de género y prevención de la violencia dentro de los servicios de atención en salud. Este estudio evidencia que la violencia de pareja, especialmente cuando se acompaña de conductas controladoras por parte del esposo, puede limitar la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos. (18)

López M, en Ecuador, en el año 2022, publicó una investigación con el objetivo de analizar los factores asociados en la elección del MAC. Fue un estudio bibliográfico, cuantitativo y descriptivo con 140 mujeres entre 19 a 40 años. De los resultados podemos decir que el 75% utiliza un MAC para evitar un embarazo no planificado; el 65% de las personas refirieron que las creencias religiosas o culturales influyeron en el momento de tomar la decisión sobre el uso de un MAC. Sobre la responsabilidad y participación de la pareja se obtuvo que es fundamental en la toma de decisiones del uso de MAC, de manera que el 72,1% dijeron que su pareja era la responsable en el tema de planificación familiar, no obstante, el 62,9% refiere que la elección del método anticonceptivo es tomada conjuntamente. Sobre la presión social o familiar, se obtuvo que el 30,7% a veces es influenciada y 12,9 % contestaron que nunca influye en su decisión. En conclusión, recomiendan establecer estrategias de atención en salud sexual y reproductiva para las familias a fin de mejorar la toma de decisiones de los usuarios. Esto evidencian que la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos está influenciada por factores individuales, socioculturales y por la participación de la pareja, lo que evidencia que la autonomía reproductiva puede verse condicionada por el contexto en el que se desarrollan las relaciones de género. (19)

Silvera D y Mamani E, desarrollaron en Huancavelica un estudio orientado a determinar el uso de métodos anticonceptivos en mujeres afectadas por

violencia basada en género. El estudio fue descriptivo, observacional donde participaron 140 mujeres. Se obtuvo que el 39% de mujeres refirió ser violentada, de las cuales el 91% sufrió violencia psicológica,39% violencia física,31% violencia física y psicológica, el 2% los tres tipos de violencia y el 7% sufrió abuso sexual. Sobre el uso de método anticonceptivo, el 66% de mujeres utiliza un método anticonceptivo, de las cuales el 64% refiere que realizaron la elección por cuenta propia y el 36% refiere que la pareja fue quien eligió el método anticonceptivo. Se concluye que se continúe fortaleciendo las actividades dentro del servicio de planificación familiar además de hacer una búsqueda activa de situaciones de VBG en las atenciones. Lo hallado en el presente estudio muestra que, en mujeres que han sufrido violencia basada en género, la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos puede involucrar tanto a la mujer como a su pareja, evidenciando la influencia de las dinámicas de poder en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. [20]

Anicama B, en el año 2020, en Lima, presentó su estudio con el propósito de analizar la evidencia científica existente sobre la relación entre la violencia basada en género (VBG) en mujeres y el uso de métodos anticonceptivos (MAC) en mujeres. En cuanto a los resultados se sabe que, la violencia física se relacionó con una menor utilización del dispositivo intrauterino y con un mayor uso del preservativo masculino. Respecto a la violencia sexual, se identificó una reducción en el uso de métodos anticonceptivos; sin embargo, se observó un incremento en la utilización de métodos modernos. Asimismo, la violencia emocional mostró asociación con un aumento en el uso de métodos anticonceptivos. El estudio concluyó que los profesionales de obstetricia deben brindar orientación y consejería especializada a mujeres con antecedentes de violencia basada en género, a fin de ofrecer una atención de calidad y una respuesta adecuada y oportuna. Estos hallazgos del estudio aportan que las diferentes formas de violencia basada en género influyen en el uso de los métodos anticonceptivos, lo que sugiere que sufrir alguna situación de violencia puede condicionar las decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. [21]

Quispe R, et al, en el año 2020, en Perú, realizaron un estudio cuyo propósito fue determinar la asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y la violencia doméstica en mujeres peruanas en edad fértil. El estudio correspondió a un diseño analítico de corte transversal e incluyó una muestra de 21 392 mujeres entrevistadas. Entre los principales hallazgos, se identificó que el 68,7% de las participantes utilizaba algún método anticonceptivo; de este grupo, el 50,3% empleaba métodos modernos, mientras que el 31,3% señaló no usar ningún método anticonceptivo. Asimismo, entre las mujeres que reportaron haber sufrido violencia, el 14,8% tenía entre 15 y 24 años de edad. Finalmente, la investigación concluyó que el uso de métodos anticonceptivos modernos se relacionaba con una menor probabilidad de experimentar violencia en comparación con aquellas mujeres que no utilizaban ningún método anticonceptivo. El estudio demostró la existencia de asociación entre el uso de métodos anticonceptivos modernos y ser víctima de violencia doméstica en mujeres peruanas, resaltando la relación entre experimentar una situación de violencia y las decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. (22)

Kuhlmann A, et al, en el año 2019, en Honduras, realizaron un trabajo de investigación con la finalidad de identificar la relación existente entre la violencia de pareja (IPV), la intención de embarazo y el uso de anticonceptivos en 6629 mujeres de 15 a 49 años que participaron en la Encuesta Demográfica de Salud de Honduras (2011-2012). Los hallazgos mostraron que el 13,5% de mujeres que habían sufrido violencia física tenían menos probabilidades de haber deseado su último hijo, menor probabilidad de desear hijos en el futuro y mayor probabilidad de haber utilizado un método anticonceptivo. Del mismo modo, el 4,1% de mujeres que experimentaron violencia física y sexual evidenció menor probabilidad de haber deseado su último hijo. Respecto a la violencia emocional, reportada por el 27,4% de las participantes, esta se relacionó con menor deseo de maternidad presente y futura, así como con mayor uso de métodos anticonceptivos. En conclusión, menciona que es necesario que en la atención de planificación familiar o de servicios de salud sexual y reproductiva se incluyan pruebas de detección de violencia de género e intervenciones personalizadas. Estos hallazgos demuestran que la violencia de pareja se

asocia con cambios en las decisiones reproductivas de las mujeres, incluyendo la intención de embarazo y el uso de métodos anticonceptivos. [23]

Silva T., et al, en Brasil, desarrollaron una investigación en el año 2018, donde se estableció la asociación entre violencia y controles prenatales. Los resultados evidenciaron que el 83,7% de mujeres realizó su control prenatal y el 62,2% no experimentó aborto; sin embargo, de las mujeres que experimentaron un aborto, el 64% reportó haber vivido un solo episodio de violencia. Sobre el uso de algún método anticonceptivo, el 57% utilizaba algún método, el 52% refirió que la pareja le impedía utilizar algún método, el 88% refirió que no utilizaban el preservativo durante sus relaciones sexuales. Como conclusión el estudio recomendó capacitar al personal de salud para detectar y orientar a mujeres víctimas de violencia. Esto resalta que la violencia ejercida por la pareja puede manifestarse mediante conductas de control sobre la salud sexual y reproductiva, como impedir el uso de métodos anticonceptivos, lo que limita la capacidad de las mujeres para tomar decisiones libres sobre su sexualidad. [24]

2.2. Bases teóricas

Violencia

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia comprende el uso intencional de la fuerza o del poder, de manera efectiva o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o una comunidad, pudiendo generar consecuencias como lesiones físicas, afectación psicológica, trastornos del desarrollo, privaciones o muerte. [25]

También la Organización Panamericana de Salud (OPS) acuña el término de violencia para describir un comportamiento o acto que causa daño físico, psicológico o emocional a una persona o grupo de personas. La violencia puede incluir agresiones físicas, amenazas, intimidación, abuso verbal, acoso, entre otras conductas perjudiciales. [26]

La definición de violencia en el contexto peruano se refiere a los actos de agresión o comportamientos que causan daño físico, psicológico o emocional a individuos o grupos. En Perú, la Ley N° 30364 establece medidas de protección y sanciones para combatir la violencia familiar y esta legislación define y prohíbe los tipos de violencia. [27]

Además, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) nos indica que la violencia puede ejercerse de manera física, psicológica o emocional, sexual, económica o patrimonial, y también puede ser estructural, en referencia a sistemas o estructuras sociales que perpetúan la desigualdad y la opresión. [28]

Los tipos de violencia son los referidos a continuación.

Violencia física: Es cualquier conducta o acción que provoque afectación a la integridad corporal o a la salud. Dentro de esta categoría también se consideran el descuido, la negligencia y la privación de necesidades básicas cuando estas ocasionan o pueden ocasionar daño físico, sin importar el periodo necesario para la recuperación de la víctima. [27]

En Perú este tipo de violencia es la más común después de la violencia psicológica, precisamente por ser la más visible y es ejercida mayormente por la pareja actual, madre o ex pareja de la víctima. (29)

Violencia psicológica: Es toda acción o conducta destinada a limitar la autonomía de la persona, aislarla, desvalorizarla o humillarla, generando posibles consecuencias negativas en su salud mental y bienestar emocional. (27)

Además, comprende afectaciones hacia la persona tales como amenazas, insultos o descalificaciones relacionadas con el aspecto físico, la inteligencia, las capacidades laborales o el desempeño de la mujer como madre, esposa o ama de casa. Asimismo, incluye humillaciones, desprecio y desvalorización de sus opiniones o actividades. (29)

De igual manera, se consideran formas de violencia psicológica las manifestaciones de control y dominación, como los celos excesivos, acusaciones de infidelidad, restricciones para trabajar, estudiar o arreglarse, así como la limitación de sus relaciones sociales, amenazas de abandono o de separación de sus hijos, además de actitudes de indiferencia y silencio. (30)

Este tipo de violencia puede generar consecuencias negativas en la autoestima y el proyecto de vida de las mujeres, afectando sus aspiraciones y su desarrollo personal y emocional. (28)

Aunque algunos autores utilizan indistintamente los términos violencia psicológica y violencia emocional, otros plantean diferencias conceptuales entre ambos. En términos generales, ambos conceptos hacen referencia a conductas como humillaciones, amenazas, insultos, manipulación y otras formas de control dirigidas a afectar el bienestar emocional, la autoestima y la autonomía de la víctima. En la presente investigación se emplea el término violencia psicológica como concepto teórico, mientras que se conserva la denominación "violencia emocional" únicamente por corresponder a la variable derivada utilizada por la ENDES 2024.

Violencia sexual: La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como cualquier acto de carácter sexual realizado sin consentimiento, incluyendo

intentos de consumarlo, comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, así como acciones orientadas a utilizar o comercializar la sexualidad de una persona mediante coerción, independientemente de la relación con la víctima y del ámbito donde ocurra. (31)

En el contexto peruano, la violencia sexual comprende toda acción de naturaleza sexual ejercida sin consentimiento o bajo presión y coerción. Esta incluye actos con o sin contacto físico, así como la exposición a material pornográfico y cualquier acción que vulnere el derecho de las personas a decidir libremente sobre su vida sexual y reproductiva mediante amenazas, intimidación o uso de la fuerza. (27)

El ser víctima de violencia trae muchas consecuencias tanto físicas como psicológicas, hasta llegar a casos de llevar a la muerte a la víctima, lo cual se conoce como feminicidio. Dentro de las consecuencias que dejan estos episodios de violencia también se contempla en la salud sexual y reproductiva de la mujer como: embarazo no planeado, pedidas espontáneas, infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, complicaciones del embarazo o aborto espontáneo, hemorragias o infecciones vaginales, relaciones sexuales dolorosas, disfunción sexual. (32)

La violencia ejercida por la pareja no solo ocasiona consecuencias físicas, psicológicas y reproductivas, sino que también afecta la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre aspectos relacionados con su vida y su salud. Las mujeres que experimentan violencia suelen presentar confusión, inseguridad y dificultades para decidir, condicionadas por los efectos del maltrato, los mandatos de género, la dependencia económica y el temor a las consecuencias de abandonar la relación. Estas circunstancias limitan su autonomía y pueden repercutir en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluida la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos. (33)

La violencia de pareja constituye un factor que puede limitar la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. La evidencia señala que las normas de género y las relaciones de poder dentro de

la pareja influyen en la capacidad de las mujeres para participar en las decisiones relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos. En contraste, cuando las decisiones sobre planificación familiar son compartidas y se desarrollan en un contexto de equidad, se favorece el uso de métodos anticonceptivos modernos y se reduce la probabilidad de experimentar violencia de pareja. Estos hallazgos evidencian que la capacidad de decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos está estrechamente vinculada a relaciones de pareja libres de violencia y basadas en la igualdad de género. [34]

Toma de decisiones

La Dra. Bustreo, subdirectora general de Salud de la Familia, la Mujer y el Niño de la Organización Mundial de la Salud, señala que las mujeres deben tener la capacidad de decidir sobre su salud y sobre los factores que la afectan, especialmente en lo relacionado con su salud sexual y reproductiva y el entorno en el que se desarrollan. [13]

También se sabe que las mujeres que sufren maltrato presentan mayores dificultades para tomar decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva, como por ejemplo el rechazar relaciones sexuales forzadas, utilizar métodos anticonceptivos o negociar el uso del preservativo. Estas situaciones incrementan el riesgo de embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y limita el control sobre su propia salud sexual y reproductiva. [35]

Asimismo, las investigaciones evidencian que las mujeres con mayor capacidad de decisión respecto a la planificación familiar y la reproducción presentan menor vulnerabilidad frente a la violencia ejercida por la pareja. En ese sentido, el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, su reproducción y su libertad sexual constituye un aspecto fundamental para fortalecer su autonomía y empoderamiento femenino. [36]

Por último, la violencia ejercida por la pareja también puede expresarse mediante la coerción reproductiva, entendida como un conjunto de conductas dirigidas a interferir en las decisiones reproductivas de las mujeres, incluyendo el control

sobre el uso de métodos anticonceptivos. Estas prácticas constituyen una vulneración de la autonomía, al limitar la capacidad de las mujeres para tomar decisiones libres e informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Asimismo, la evidencia señala que la coerción reproductiva se asocia con consecuencias adversas para la salud reproductiva ya mencionadas anteriormente.

Es por eso la importancia de poder saber si la mujer ha sufrido o sufre episodios de violencia y como esto influye en la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos comprenden las distintas alternativas destinadas a prevenir el embarazo. Existen diversos tipos, cuya elección depende de las necesidades y preferencias de cada usuaria, así como de la forma de uso de cada método. Asimismo, la selección del método anticonceptivo puede variar según factores como el estado general de salud, la edad, la frecuencia de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el deseo reproductivo futuro y los antecedentes familiares de ciertas enfermedades. (38)

Además de los beneficios para la salud, el uso de métodos anticonceptivos genera efectos positivos en otras áreas de la vida, como mayores oportunidades educativas, fortalecimiento de la autonomía y empoderamiento de las mujeres, así como un crecimiento poblacional y un desarrollo económico más sostenibles para los países. (39)

Los tipos de métodos anticonceptivos se mencionan a continuación.

Dispositivos intrauterinos

a) T de cobre

   Es un dispositivo que es colocado en la cavidad uterina por un profesional de la salud. (40) El mecanismo de acción se da atreves de la liberación de cobre, lo cual interfiere con el proceso de capacitación espermática, espesamiento del moco y reduciendo la probabilidad de implantación si se

da una fecundación. [41] Este método anticonceptivo ofrece una protección prolongada frente al embarazo, con una efectividad que puede extenderse hasta por un período de 12 años y una eficacia de 99,4%. [40]

b) Dispositivo Intrauterino Liberador De Progestágeno

Se trata de un dispositivo que se coloca dentro del útero y que libera de manera progresiva levonorgestrel. Presenta una duración aproximada de 5 años y contiene una dosis total de 52 mg de dicho progestágeno. Su principal mecanismo de acción consiste en el espesamiento del moco cervical, lo que dificulta el ascenso y la penetración de los espermatozoides, reduciendo así la probabilidad de fecundación. [41]

Métodos hormonales

a) Implante subdérmico

Es un dispositivo anticonceptivo pequeño, en forma de varilla, flexible, que se coloca bajo la piel en la región superior e interna del brazo y libera de manera continua y progresiva una hormona de la familia del progestágeno. [40]

Este método anticonceptivo ofrece una protección prolongada frente al embarazo. Actualmente, se distinguen 2 presentaciones: el implante de un solo cilindro, que contiene 68 mg de etonogestrel y tiene una duración aproximada de 3 años, y el implante compuesto por 2 varillas que liberan levonorgestrel, cuya efectividad se extiende hasta 5 años. Cabe precisar que el tiempo de protección puede verse reducido en función al peso de la usuaria. No está compuesto de estrógenos. [41]

b) Inyectables: mensual y trimestral

Se distinguen 2 tipos de anticonceptivos inyectables: uno combinado, que contiene estrógeno y progestina, y otro compuesto exclusivamente de progestina. Ambos se administran mediante vía intramuscular y ejercen su efecto anticonceptivo principalmente a través de la inhibición de la ovulación

y el aumento de la viscosidad del moco cervical, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina. (40)

Estos métodos no interfieren con la actividad sexual; sin embargo, pueden ocasionar modificaciones en el ciclo menstrual en determinadas usuarias. En cuanto a su duración y eficacia, el inyectable combinado brinda protección durante 1 mes, con una eficacia del 99,95 %, mientras que el inyectable de solo progestina ofrece una cobertura de hasta 3 meses y presenta una eficacia de 99,7 %. (40)

c) Anticonceptivo oral o píldora anticonceptiva

Es un método anticonceptivo hormonal el cual se administra por vía oral, su mecanismo es el inhibir la ovulación y espesar el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides. (42)

Hay 2 presentaciones de píldoras, las píldoras de paquete de 21 las cuales se toman una vez al día durante tres semanas y luego no se toma píldoras durante una semana; y las que vienen en paquete de 28 pastillas, con 21 pastillas que contienen hormonas y 7 sin hormonas, que de igual manera se ingieren, ya que, probablemente en esos días es donde la menstruación se hará presente. (43)

Métodos de barrera:

a) Condón masculino y femenino

Este es un método de doble protección, sirve para prevenir un embarazo no planificado como para prevenir un contagio de ITS, en el cual consta de colocar una barrera física, que impide la unión del espermatozoide con el óvulo. (41)

Existen 2 tipos de condones o preservativos: externos, que hace referencia a los condones masculino e internos, que hace referencia a los condones femeninos. Ambos son eficaces si se hace un uso correcto. El uso de los preservativos varía según su tipo. En el caso del preservativo masculino,

este consiste en una cubierta delgada que se coloca sobre el pene en estado de erección antes del inicio de la penetración. Por otro lado, el preservativo femenino corresponde a una funda flexible que se introduce y ajusta en el interior de la vagina previamente al acto sexual, sin ejercer presión, con el fin de cubrir no solo el canal vaginal sino también de manera externa poder cubrir la vulva. (44)

Métodos definitivos

a) Ligadura de trompas

Está catalogada dentro de los métodos anticonceptivos irreversibles para las mujeres, conta de un proceso definitivo indicado para mujeres que han decidido no tener más hijos. (40)

Consiste en una cirugía en la cual se procede a cortar las trompas de Falopio con la finalidad de impedir la unión del óvulo y el espermatozoide. Su eficacia es alta, inmediata y permanente con un 99,5%. (41)

b) Vasectomía

Este método es solo para varones, también entra dentro de la categoría de métodos anticonceptivos irreversibles y definitivos. Este procedimiento es un procedimiento quirúrgico electivo, donde se ligará y seccionarán los conductos deferentes de los testículos, lugar por donde transitan los espermatozoides, evitando así su salida y la posibilidad de unirse con un óvulo dentro de la cavidad uterina. Tiene una eficacia de 99,85%. (41)

Métodos de Abstinencia Periódica

Estos métodos se basan en la identificación y el seguimiento de los signos y manifestaciones fisiológicas que permiten reconocer los periodos de fertilidad e infertilidad del ciclo menstrual. Su aplicación implica la abstención de relaciones sexuales durante la fase fértil, con el propósito de prevenir un embarazo. Se recomienda su uso en aquellas mujeres que tienen un ciclo regular de menstruación, ya que ello favorece una mayor precisión en su eficacia. (40)

Dentro de estos métodos encontramos a los siguientes:

a) Método del ritmo o de la regla.
b) Método de Billings o moco cervical.
c) Método de los días fijos o del collar.
d) Lactancia Materna Exclusiva y Amenorrea (MELA).

Métodos Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE)

Este tipo de método anticonceptivo se debe utilizar solo en casos de emergencia, como, por ejemplo: luego de una relación sexual sin protección, violación o por ruptura de un condón, para evitar un embarazo no planificado. Dentro de estos métodos tenemos al Método de Yuzpe, en el cual se utilizan píldoras combinadas las cuales se deben ingerir dos dosis de dos tabletas cada 12 horas; y también se encuentra el Método de sólo progestágeno en la cual se debe administrar Levonorgestrel 2 dosis de 0.75 mg o 1 única dosis de l.5 mg. (41)

La eficacia esperada del levonorgestrel, antes de las 72 horas, puede ser de hasta 95%; y del método de Yuzpe de hasta 75%. La AOE no reemplaza el uso regular de los métodos anticonceptivos. (40)

2.3. Definición de términos

- Eficacia de métodos anticonceptivos: Hace referencia al número de embarazo por cada 100 mujeres que usan un método anticonceptivo por un año. (45)
- Género: Relaciones establecidas entre hombres y mujeres a partir de construcciones sociales y culturales basadas en las diferencias sexuales. (41)
- Mujeres en edad fértil: Mujeres que se encuentran en el rango de edad de 15 a 49 años. (41)
- Orientación y consejería: Proceso de comunicación en el que se brinda la información necesaria para que las personas individuales o parejas, tomen decisiones voluntarias, informadas y satisfactorias. (41)
- Planificación familiar: Acciones, procedimientos e intervenciones orientados tanto a varones como mujeres en edad fértil con el objetivo de

generar la toma de decisiones libre y responsablemente en cuanto su salud sexual y reproductiva. [41]

- Toma de decisiones: Consiste en tener un análisis crítico y selectivo, que define un modo de acción o una idea. [46]
- Usuario en salud: Aquella persona que hace uso y elige atenderse en los servicios y prestaciones de salud. [47]
- Violencia contra la mujer: Cualquier acto que, dirigido contra las mujeres, provoque o tenga el potencial de provocar daños de manera física, sexual o psicológica, independientemente de que estos ocurran en el ámbito público o en el privado. [48]
- Violencia de pareja: Conjunto de comportamientos agresivos y coercitivos perpetrados por una persona contra su cónyuge o compañero/a sentimental. Estas conductas pueden manifestarse a través de agresiones físicas, maltrato psicológico, abuso sexual, aislamiento progresivo, prácticas de vigilancia o acecho, actos de intimidación y mecanismos de control en su salud sexual y reproductivo. [46]

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

H1: En mujeres peruanas en edad fértil, la presencia de violencia física, emocional y sexual se asocia a una menor autonomía en la toma de decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Ho: En mujeres peruanas en edad fértil, la presencia de violencia física, emocional y sexual no se asocia a una menor autonomía en la toma de decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos.

3.2. Variables

Variable 1: Violencia (física, emocional y sexual)

Variable 2: Toma de decisiones sobre el uso de MAC

3.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo y escala de medición	Valor final
Violencia	El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectiva, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (1).	Cualquier acción o conducta, auto reportada por la encuestada, que le genera daño o sufrimiento y es causada por la pareja.	Violencia física	Recibe empujones por parte de su esposo/compañero	Cualitativa Politómica Ordinal	1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca
				Recibe bofetadas por parte de su esposo/compañero	Cualitativa Politómica Ordinal	1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca
				Recibe golpes con el puño por parte de su esposo/compañero	Cualitativa Politómica Ordinal	1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca
				Recibe patadas por parte de su esposo/compañero	Cualitativa Politómica Ordinal	1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca
				Fue estrangulada por parte de su esposo/compañero	Cualitativa Politómica Ordinal	1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca
				Fue amenazada con cuchillo o armas por parte de su esposo o compañero	Cualitativa Politómica Ordinal	1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca
				Fue agredida con cuchillo o armas por parte de su esposo/compañero	Cualitativa Politómica Ordinal	1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca
				Experimentó violencia física menos severa	Cualitativa Dicotómica	0: No 1: Sí

					Nominal	
				Experimentó violencia física severa	Cualitativa Dicotómica Nominal	0: No 1: Sí
			Violencia psicológica (operacionalizada como violencia emocional en la ENDES 2024)	Recibe humillaciones por parte de su esposo/compañero	Cualitativa Politómica Ordinal	1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca
				Recibe amenazas por parte de su esposo/compañero	Cualitativa Politómica Ordinal	1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca
				Recibe insultos por parte de su esposo/compañero	Cualitativa Politómica Ordinal	1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca
				Experimentó violencia emocional	Cualitativa Dicotómica Nominal	0: No 1: Sí
			Violencia sexual	Uso de la fuerza para tener RS por parte de su esposo/compañero	Cualitativa Politómica Ordinal	1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca
				Obligada a tener RS sin consentimiento por parte de su esposo/compañero	Cualitativa Politómica Ordinal	1: Frecuentemente 2: Algunas veces 3: Nunca
				Experimentó violencia sexual	Cualitativa Dicotómica Nominal	0: No 1: Sí

Toma de decisión al utiliza un método anticonceptivo	El proceso de hacer un juicio intelectual selectivo es cuando son presentadas varias alternativas complejas consistentes de diversas variables, y que generalmente define un modo de acción o una idea. (41)	Toma de la decisión con respecto al uso de un método anticonceptivo referida por la entrevistada.	Decisión	Quién toma la decisión para el uso de anticonceptivos	Cualitativa Politómica Nominal	1: Entrevistada principalmente 2: Esposo, compañero principalmente 3: Decisión conjunta 6: Otro

MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo y transversal.

4.2. Diseño de estudio

La presente investigación corresponde a un análisis secundario de la base de datos de la ENDES 2024. En el procesamiento estadístico se incorporó el diseño muestral complejo de la encuesta, considerando las unidades primarias de muestreo (conglomerados), los estratos y los factores de ponderación, conforme a la metodología establecida por el INEI.

4.3. Población

Registro de datos de mujeres en edad fértil residentes en el Perú durante el año 2024.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Registro de datos de mujeres provenientes de la ENDES 2024.
- Registro de datos de mujeres entre 15 a 49 años.
- Registro de datos de mujeres con nacionalidad peruana.
- Registro de datos de mujeres que utiliza un método anticonceptivo al momento de la encuesta.
- Registro de datos de mujeres que cuenten con una pareja al momento de la encuesta.
- Que respondió a la pregunta: ‘‘¿Ud. diría que el uso de este método ha sido principalmente su decisión, principalmente la decisión de su esposo (compañero) o los dos decidieron juntos?’’
- Registro de datos de mujeres que hubieran respondido a la consulta sobre si sufre de violencia.

Criterios de exclusión

- Datos incompletos de la base de datos.
- Inconsistencias en la base de datos.

4.4. Muestra

La muestra estuvo conformada por 15 432 mujeres incluidas en la ENDES 2024 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión requeridas para la investigación. Al tratarse de un estudio secundario de una base de datos se incluyó la totalidad de registros elegibles, y no fue necesario realizar un cálculo adicional del tamaño muestral, ya que este fue determinado previamente por la ENDES 2024.

Muestreo

La ENDES 2024 empleó un muestreo probabilístico, estratificado, de áreas, bietápica y autoponderada a nivel departamental por área de residencia tanto Urbana y cómo Rural.

4.5. Técnica y fuente de datos

Técnica

La técnica utilizada fue el análisis y observación de bases secundarias, la cual fue extraída de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024.

Fuente de datos

Los datos fueron obtenidos de la ENDES 2024, proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística e informática, el cual utilizó como método de recolección de datos la entrevista directa, realizada por su personal capacitado.

4.6. Instrumentos

Los datos fueron obtenidos de la ENDES 2024, proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística e informática, el cual utilizó como método de recolección

de datos la entrevista directa, a través de un cuestionario, realizada por su personal capacitado.

Para el presente estudio, del cuestionario, se utilizaron los módulos 1635 (Nupcialidad, Fecundidad, Cónyuge y Mujer) y 1637 (Mortalidad Materna, Violencia Familiar).

Para la variable ‘‘Violencia’’ se utilizaron las siguientes preguntas del cuestionario individual de la ENDES 2024:

- Violencia Física: La pregunta 1005 del apartado A hasta la G con las preguntas ¿La empujó, sacudió o le tiró algo?,¿La abofeteó o le retorció el brazo?,¿La golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño?,¿La ha pateado o arrastrado?,¿Trató de estrangularla o quemarla?,¿La atacó/agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma? Y ¿La amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?
- Violencia Emocional: La pregunta 1004 del apartado A y B con las preguntas ¿Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás? y ¿La ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted?
- Violencia Sexual: La pregunta 1005 del apartado H y I con las preguntas ¿Ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales, aunque usted no quería? y ¿La obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba

Para la variable "Toma de decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos" se obtuvo la información a partir de la pregunta 620 del cuestionario individual de la ENDES 2024, la cual fue:

- Ud. me ha dicho que está usando un método para no quedar embarazada, ¿Ud. diría que el uso de este método ha sido principalmente su decisión, principalmente la decisión de su esposo (compañero) o los dos decidieron juntos?

Para el análisis multivariado, esta variable fue recodificada de forma dicotómica con el propósito de evaluar la autonomía en la toma de decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos, definiéndose de la siguiente manera:

- 1 = Decide principalmente la entrevistada (autonomía).
- 0 = La decisión no es tomada exclusivamente por la entrevistada Decide el esposo o compañero, ambos conjuntamente u otra persona)

4.7. Procedimiento

Se obtuvo la información gracias a la recolección de datos obtenidos por el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Investigación) del Perú, la cual se puede acceder de forma pública [49]. Luego se procedió a seleccionar la opción de microdatos, seguida de la categoría encuestas, donde finalmente se seleccionó la base de datos a utilizar, la cual tiene por nombre ‘‘Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES)’’ del año 2024 y de periodo único.

Se procedió a localizar los módulos a utilizar para el estudio los cuales son: el módulo 1635(Nupcialidad, Fecundidad, Cónyuge y Mujer) y el módulo 1637 (Mortalidad Materna, Violencia Familiar). Del módulo 1635 (Nupcialidad, Fecundidad, Cónyuge y Mujer) se extrajo de la base de datos ‘‘RE516171’’, de la cual se realizó el análisis de la variable ‘‘Toma de decisión para el uso de anticonceptivos’’ (V632).

Del módulo 1637 (Mortalidad Materna, Violencia Familiar) se extrajo la base de datos ‘‘REC84DV’’ la cual se dimensionó de esta manera: Violencia Física (Recibe empujones ‘‘D 105 A’’, Recibe bofetadas ‘‘D 105 B’’, Recibe golpes con el puño ‘‘D 105 C’’, Recibe patadas ‘‘D 105 D’’, Fue estrangulada ‘‘D 105 E’’, Fue amenazada con cuchillo o arma ‘‘D 105 F’’, Fue agredida con cuchillo o arma ‘‘D 105 G’’, Experiencia de cualquier violencia menos severa ‘‘D106’’, Experiencia de cualquier violencia severa ‘‘D107’’). En el caso de la Violencia Psicológica, esta fue operacionalizada mediante la variable ‘’violencia emocional’’ (Recibe humillaciones ’’D103 A’’, Recibe amenazas ‘‘D103 B’’, Recibe insultos ‘‘D103 C’’, Experiencia de violencia emocional ‘‘D104’’). Por último, la variable Violencia Sexual (Uso de la fuerza para tener relaciones sexuales ‘‘D105 H’’, Obligada a

tener relaciones sexuales sin consentimiento ‘‘D105 l’’ y Experiencia de cualquier tipo de violencia sexual ‘‘D108’’).

4.8. Análisis de datos

Los datos de interés fueron extraídos de la base de datos de la ENDES 2024 de los módulos “1635” y “1637”, se ubicaron las variables seleccionadas para el estudio y se procedió a limpieza de los datos en el programa Microsoft Excel. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico STATA versión 17.0.

Debido a que la ENDES 2024 utiliza un diseño muestral complejo, todos los análisis se realizaron considerando los estratos, conglomerados y factores de ponderación establecidos por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), mediante el módulo svy de STATA, con el fin de obtener estimaciones representativas de la población peruana.

En primer lugar, se realizó el análisis de las características descriptivas de las variables de estudio, considerando el diseño muestral complejo de la ENDES 2024, todo reporte estuvo acompañado de su intervalo de confianza al 95%.

En segundo lugar, se efectuó el análisis bivariado para evaluar la asociación entre las variables mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson y la prueba de Chi-cuadrado para tendencia lineal, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

Posteriormente, se realizó el análisis multivariado mediante regresión de Poisson con varianza robusta, utilizando el módulo svy de STATA, con el propósito de estimar la asociación entre los tipos de violencia y la autonomía en la toma de decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos. Para este análisis, la variable dependiente fue recodificada en forma dicotómica con el fin de evaluar la autonomía en la toma de decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos, definiéndose de la siguiente manera:

• 1 = Decide principalmente la entrevistada

• 0 = Decide el esposo o compañero, conjuntamente u otros

Los resultados se asumieron como significancia estadística a todo aquel valor de p menor a 0.05; el sentido de la asociación se reportó mediante la Razón de Prevalencia (RP).

El modelo fue ajustado por las variables estado civil, edad de la entrevistada, edad de la primera relación sexual, número ideal de hijos, nivel educativo de la entrevistada y nivel educativo del esposo o compañero. Las medidas de asociación se expresaron mediante Razones de Prevalencia ajustadas (RPa), con sus respectivos intervalos de confianza al 95%, considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Finalmente, se elaboraron mapas temáticos por departamento utilizando el software QGIS, con el propósito de representar la distribución geográfica de los casos de violencia.

4.9. Consideraciones éticas

Esta investigación es un estudio que utilizó fuentes secundarias, en este caso, por ser los datos obtenidos de la ENDES 2024 que es una encuesta que se encuentra de libre acceso a todo público, no se requirió aprobación del comité de ética. Sin embargo, se hace presente que este trabajo de investigación respetó los principios de la ética, como la confidencialidad, ya que, las encuestas fueron anónimas y no se expuso la identidad ni ubicación en ningún momento del desarrollo de la investigación.

En relación con el principio de beneficencia, el ENDES realiza la recolección de datos con aplicación de un consentimiento de acuerdo a los procedimientos estipulados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), por lo que se respetaron los derechos de los participantes encuestados.

Respecto al principio de autonomía, la información analizada proviene de una encuesta nacional cuya recolección fue realizada por el INEI siguiendo sus procedimientos técnicos y éticos, los cuales contemplan la obtención del

consentimiento informado de los participantes antes de la aplicación de los cuestionarios.

Finalmente, el desarrollo de la investigación se realizó en concordancia con los principios éticos para la investigación en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki, promoviendo el uso responsable de la información, el respeto por la dignidad de las personas y la protección de sus derechos.

RESULTADOS

Se identificaron 15432 participantes que completaron todos los datos necesarios para el estudio. Dentro de ellos, el 20.85% (n=3164) de los participantes refirieron haber presentado violencia física, un 18.47% (n=2809) presentó violencia emocional y un 4.30% (n=633) refirió haber presentado violencia sexual. Asimismo, al evaluar la violencia de manera global, se identificó que el 31.55% (n=4825) de las mujeres experimentó algún tipo de violencia (física, emocional o sexual) (Tabla 1).

Tabla 1. Tipo de violencia percibida por mujeres peruanas, 2024

	n	%	%*
Violencia física			
Sí	3164	20.50	20.85
No	12268	79.50	79.15
Violencia emocional			
Sí	2809	18.20	18.47
No	12623	81.80	81.53
Violencia sexual			
Sí	633	4.10	4.30
No	14799	95.90	95.70
Violencia Global **			
Sí	4825	31.27	31.55
No	10607	68.73	68.45
Total	**15432**	**100.0**	**100.0**

* Proporción ponderada considerando el muestreo complejo
** Presentan algún tipo de violencia (física, emocional o sexual)

Seguidamente, en la Tabla 2, se muestra quién es la persona que toma la decisión para el uso de métodos anticonceptivos. Los resultados mostraron que en su gran mayoría la decisión era entre ambos (72.35%), seguido por un grupo donde la entrevistada era quien toma la decisión (24.15%). De aquí en adelante, se compararán 2 grupos, el primero conformado por aquel donde la mujer (entrevistada) decidió (n=3750) y el otro donde otras personas intervinieron (n=11682).

Tabla 2. Toma de decisión para el uso de métodos anticonceptivos en mujeres peruanas, 2024

	n	%	%*
Toma de decisión para el uso de anticonceptivos			
Entrevistada	3750	24.3	24.15
Esposo	435	2.82	2.90
Decisión conjunta	11205	72.61	72.35
Otro	42	0.27	0.60
Total	**15432**	**100.0**	**100.0**

* Proporción ponderada considerando el muestreo complejo
Esposo = Esposo o compañero

En la Tabla 3 se muestran las características generales de las participantes. El estado civil fue principalmente convivientes, siendo la mayor cuando la entrevistada toma la decisión del uso de métodos anticonceptivos (78.27%). Respecto al número ideal de hijos, este fue mayor cuando otras personas participaban en la decisión (media: 2.84) y menor cuando la decisión la tomaba la entrevistada (2.31). Respecto al nivel educativo de la entrevistada y de la pareja, el grado superior tuvo una mayor proporción cuando la entrevistada era quien tomaba la decisión, con un 35.60% y 36.03%, respectivamente. Estas 4 variables presentaron significancia estadística ($p<0.05$) y ajustarán los resultados finales.

Tabla 3. Características generales de las mujeres peruanas según quien toma la decisión para el uso de anticonceptivos, 2024

	Toma la decisión para el uso de anticonceptivos		p †
	Entrevistada	Otras personas	
	n (%)	n (%)	
Estado civil			
Casados	815 (21.73)	3135 (26.84)	<0.001†
Convivientes	2935 (78.27)	8447 (73.16)	
Edad de entrevistada			
(Media; D.S)	32.5 (7.30)	32.3 (7.6)	0.125††
Edad de la primera relación sexual			
(Media; D.S)	17.5 (4.20)	17.8 (4.8)	0.412††

Número ideal de hijos			
(Media; D.S)	2.31 (1.20)	2.84 (5.0)	<0.001††
Nivel educativo más alto			
Sin educación	35 (0.93)	168 (1.44)	<0.001†
Primaria	538 (14.35)	2519 (21.56)	
Secundaria	1842 (49.12)	5634 (48.23)	
Superior	1335 (35.60)	3361 (28.77)	
Nivel educativo del esposo o compañero			
Sin educación	9 (0.24)	79 (0.68)	<0.001†
Primaria	441 (11.76)	2165 (18.53)	
Secundaria	1937 (51.65)	6048 (51.77)	
Superior	1351 (36.03)	3363 (28.79)	
No sabe	12 (0.32)	27 (0.23)	
Total	**3750 (100)**	**11682 (100)**	

Otras personas: Incluye a su esposo o pareja, decisión conjunta y otros; D.S.: Desviación estándar
† Evaluado mediante la prueba de Chi Cuadrado de Pearson
†† Evaluado mediante la prueba de ANNOVA

A continuación, en la Tabla 4, se muestra la asociación entre el tipo de violencia que uno percibe y la toma de decisión para el uso de anticonceptivos. Los resultados mostraron que la violencia física era menor cuando la decisión de usar anticonceptivos la tomaba la entrevistada (11.01%), y mayor cuando intervenían otras personas (23.55%). Respecto a la violencia emocional, esta también fue menor cuando la decisión la tomaba la entrevistada (9.65%) y mayor cuando intervenían otras personas (20.95%). En cuanto a la violencia sexual, esta fue menor cuando la decisión la tomaba la entrevistada (1.55%) y mayor cuando intervenían otras personas (4.92%). Finalmente, al analizar la violencia global (física, emocional o sexual), se observó que esta fue significativamente menor cuando la mujer decidía por sí misma (14.53%) en comparación a cuando intervenían otras personas en la decisión (36.64%). Todos los tipos de violencia mostraron asociación con la toma de decisión para el uso de métodos anticonceptivos ($p<0.001$).

Tabla 4. Tipo de violencia asociado a la toma de decisión para el uso de anticonceptivos en mujeres peruanas, 2024

	Toma la decisión para el uso de anticonceptivos		p †
	Entrevistada	Otras personas	
	n (%)	n (%)	
Violencia física			
Sí	413 (11.01)	2751 (23.55)	<0.001
No	3337 (88.99)	8931 (76.45)	
Violencia emocional			
Sí	362 (9.65)	2447 (20.95)	<0.001
No	3388 (90.35)	9235 (79.05)	
Violencia sexual			
Sí	58 (1.55)	575 (4.92)	<0.001
No	3692 (98.45)	11107 (95.08)	
Violencia Global *			
Sí	545 (14.53)	4280 (36.64)	<0.001
No	3205 (85.47)	7402 (63.36)	
Total	**3750 (100)**	**11682 (100)**	

Otras personas: Incluye a su esposo o pareja, decisión conjunta y otros
† Evaluado mediante la prueba de Chi Cuadrado de Pearson
** Presentan algún tipo de violencia (física, emocional o sexual)

Por último, en la Tabla 5, se muestra el análisis crudo y ajustado de la asociación previa, evaluando la probabilidad de que la toma de decisión recaiga exclusivamente en la “Entrevistada” (tomando a “Otras personas” como referencia). Los resultados se ajustaron según el estado civil, número ideal de hijos, grado académico más alto alcanzado por la entrevistada y grado académico más alto alcanzado por la pareja. Los resultados mostraron que existe una menor probabilidad de que la decisión para el uso de métodos anticonceptivos sea tomada por la entrevistada cuando la mujer es violentada físicamente (p<0.001; RPa: 0.52), emocionalmente (p<0.001; RPa: 0.51) y sexualmente (p<0.001; RPa: 0.41). De manera integradora, al evaluar la violencia global, se encontró que la exposición a cualquier tipo de violencia (física, emocional o sexual) reduce en un 60% la probabilidad de que la mujer decida autónomamente sobre su método anticonceptivo frente a aquellas que no sufren violencia (p<0.001; RPa: 0.40).

Tabla 5. Tipo de violencia asociado a la toma de decisión para el uso de anticonceptivos en mujeres peruanas: Análisis crudo y ajustado

	Toma de decisión: Entrevistada			
	Crudo		Ajustado	
	RPc [IC95%]	p*	RPc [IC95%]	p**
Violencia física				
Si	0.48 [0.44 - 0.53]	<0.001	0.52 [0.47 - 0.57]	<0.001
Violencia emocional				
Si	0.48 [0.43 - 0.53]	<0.001	0.51 [0.46 - 0.56]	<0.001
Violencia sexual				
Si	0.37 [0.29 - 0.47]	<0.001	0.41 [0.32 - 0.52]	<0.001
Violencia Global **				
Si	0.37 [0.34 - 0.41]	<0.001	0.40 [0.36 - 0.44]	<0.001

RPc y RPa: Razón de prevalencia crudo y ajustado, respectivamente; IC95%: Intervalo de confianza al 95%
Categoría de referencia: Decisión para el uso de anticonceptivos = Otras personas
* Asociación determinada mediante prueba Chi Cuadrado de Pearson
** Asociación determinada mediante prueba de Regresión de Poisson

DISCUSIÓN

El presente estudio halló que el 20.85% de las mujeres reportó haber experimentado violencia física. Esta cifra resulta mayor a la observada en Honduras, donde se alcanzó 13.5% [23], pero menor a la registrada en zonas rurales de Brasil con 41% [16] y al interior de nuestro país en Huancavelica, con 39% [20] .

Estas diferencias en porcentajes pueden explicarse por los contextos socioculturales en los que se desarrolla la violencia. En el caso de Perú, Quispe J, et al., sostienen que la violencia física responde a una estructura patriarcal que legitima la supremacía masculina y el control sobre la mujer, sostenida por normas, prácticas sociales y roles de género arraigados [50]. De acuerdo con la OPS, la reducción de estas cifras en países con mayores niveles de democratización, educación y equidad de género sugiere que el fortalecimiento institucional y social es clave para la disminución de la violencia [51].

En cuanto a la violencia emocional, este estudio encontró que el 18.47% de mujeres había sido víctima de este tipo de violencia. Esto coincide con las encuestas poblacionales en la India [17] y Honduras [23] donde mencionan que sigue ocupando el segundo lugar en el porcentaje de tipo de violencias ejercidas en mujeres que se encuentran en edad fértil y son usuarias de un método anticonceptivo. Por lo contrario, en un estudio realizado en una comunidad de Brasil se obtuvo un porcentaje mayor (59%), siendo el tipo de violencia con mayor prevalencia dentro de esa comunidad. [16]

La cifra encontrada en el estudio, si bien tiene relación con la hallada en Brasil, dista un poco de lo reportado a nivel nacional por el INEI en el año 2019, que indicó que la violencia emocional y/o verbal fue ejercida contra el 52.8% de mujeres [52]. A pesar de las diferencias en algunos porcentajes, existe coincidencia en que este tipo de violencia ocupa un lugar central en la dinámica de control ejercida contra las mujeres. Cahui C, Enríquez Y y Díaz G afirman que la violencia emocional se asocia a factores personales, familiares y culturales, y que el espacio doméstico se constituye como el escenario donde con mayor frecuencia se reproducen insultos y

amenazas [53] .El INEI añade que este tipo de violencia tiende a concentrarse en áreas urbanas, mientras que en las rurales predomina la violencia física [54] ,lo que evidencia que los contextos geográficos y sociales modifican y tienen un rol importante en las formas en que se ejerce la agresión.

Respecto a la violencia sexual, se identificó una prevalencia de 4.30%, convirtiéndose en la forma de violencia menos reportada en este estudio. Este hallazgo coincide con lo observado en otros contextos como en el estudio realizado por Luciano T. quién encontró que el 8.2% de mujeres afrodescendientes de una comunidad en Brasil había sufrido este tipo de agresión [16] ;Paul P. y Monda D. reportaron que el 5.4% de mujeres fueron violentadas sexualmente por su pareja en algún momento [18] ; y en Perú, Silvera D. y Mamani E. hallaron que solo el 7% de mujeres atendidas en un establecimiento de salud de primer nivel fueron víctimas de abuso sexual [21] .

El hecho de que la violencia sexual aparezca con porcentajes menores en comparación con otros tipos de violencia no implica que tenga menor presencia en nuestra sociedad. Por lo contrario, su bajo reporte puede responder al estigma social, la culpabilización y/o revictimización de la víctima y la normalización de estas conductas, lo cual limita la denuncia y visibilización de los casos. En este sentido, Hernández S. sostiene que la persistencia de una “cultura de violación” en países como México, está sostenida por estructuras sociales, jurídicas y cotidianas y legitima la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres [55] .En el contexto peruano, se ha registrado que la mayoría de casos de violencia sexual son ejercidos por la pareja íntima, principalmente mediante coerción para mantener relaciones sexuales [56] ,lo que refuerza la idea de que el hogar no siempre constituye un espacio seguro para la mujer.

En relación con la autonomía en la toma de decisiones al utilizar un método anticonceptivo, el estudio evidenció que, en la mayoría de los casos, la decisión sobre el método anticonceptivo estuvo influenciada por la participación de otras personas (incluida la pareja o mediante decisiones compartidas). En contraste, solo

en una minoría de los casos (24,15%) dicha decisión fue adoptada de manera completamente autónoma por la entrevistada.

Aunque el análisis realizado agrupa la participación del esposo junto a otras figuras en un solo bloque, la falta de autonomía individual plena dialoga con lo reportado por López M., quien halló que el 72.1% de las decisiones recaía de alguna u otra forma en la pareja masculina [19] , coincidiendo en que persiste una influencia externa e impuesta sobre las decisiones reproductivas de la mujer. Además, Upadhyay A. identificó que la discontinuidad en el uso de anticonceptivos respondía, en parte, a la negativa del esposo [17] .En los casos observados en el presente estudio, la pérdida de autonomía exclusiva se relacionó con un bajo nivel educativo de las mujeres, principalmente aquellas que solo tienen primaria completa como máximo grado de instrucción, lo cual coincide con los hallazgos de Quispe R., quien asoció la limitada autonomía reproductiva y la violencia doméstica a factores como bajo nivel de instrucción, residencia en zonas de sierra y relaciones conyugales menores a 10 años [22] .

Además, los resultados de esta investigación muestran que la violencia sexual incrementa significativamente la probabilidad de que la decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos no sea tomada de manera exclusiva por la mujer. Este hallazgo coincide con Anicama B., quien reportó que las mujeres que experimentaron violencia sexual presentaban una menor elección propia de métodos anticonceptivos, especialmente en los métodos anticonceptivos modernos [21]. Asimismo, Kuhlmann A. et al. encontraron que la violencia física y sexual se asociaba con una menor intención reproductiva y una limitada capacidad de decisión sobre la salud sexual y reproductiva [23].

En conjunto, los hallazgos evidencian que la violencia física, emocional y sexual disminuyen significativamente la probabilidad de que las mujeres tomen de manera autónoma la decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos, favoreciendo que dicha decisión sea compartida o asumida por terceros. Estos resultados coinciden con Paul P. y Monda D., quienes señalan que las conductas controladoras ejercidas por la pareja limitan el acceso y la elección de métodos anticonceptivos [18]; con

Luciano T. et al., quienes relacionan la violencia y la vulnerabilidad social con una menor autonomía reproductiva [16]; y con Silvera D. y Mamani E., quienes reportan que, aunque las mujeres víctimas de violencia utilizan métodos anticonceptivos, presentan una menor capacidad para decidir de forma autónoma cuál emplear [20] .

Con esto se concluye que el presente estudio evidencian que la violencia constituye un factor que restringe el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, al afectar su capacidad para decidir de manera autónoma sobre el uso de métodos anticonceptivos, teniendo en cuenta el hallazgo de que las mujeres que experimentaron algún tipo de violencia presentaron una reducción del 60% en la probabilidad de tomar de forma exclusiva la decisión sobre el método anticonceptivo utilizado.

Esto resalta la importancia de que los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente desde la atención obstétrica, incorporen la identificación oportuna de situaciones de violencia y fortalezcan estrategias orientadas a garantizar la autonomía en la toma de decisiones de las mujeres sobre su salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- La violencia (física, emocional o sexual) se asocia con la autonomía en la toma de decisión de utilizar un método en mujeres peruanas durante el año 2024, disminuyendo la probabilidad de que la mujer sea quien decida qué método utilizar.
- La violencia física se asocia significativamente con una menor autonomía en la toma de decisión de utilizar un método en mujeres peruanas durante el año 2024, reduciendo la probabilidad de que la mujer sea quien decida qué método utilizar.
- La violencia emocional se asocia significativamente con una menor autonomía en la toma de decisión de utilizar un método en mujeres peruanas durante el año 2024, reduciendo la probabilidad de que la mujer sea quien decida qué método utilizar.
- La violencia sexual se asocia significativamente con una menor autonomía en la toma de decisión de utilizar un método en mujeres peruanas durante el año 2024, reduciendo la probabilidad de que la mujer sea quien decida qué método utilizar.

7.2. Recomendaciones

- Fortalecer la consejería en planificación familiar desde un enfoque de derechos, género e interculturalidad, garantizando que las mujeres reciban información clara, completa y libre de coerción que favorezca la toma de decisiones autónoma sobre el uso de métodos anticonceptivos.
- Realizar el tamizaje de violencia contra la mujer en los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente durante la atención en planificación familiar, para garantizar una detección temprana y una atención oportuna a posibles víctimas de violencia.
- Promover el desarrollo de estrategias comunitarias y educativas orientadas a la prevención de la violencia de género y al empoderamiento, dirigidas tanto a mujeres como a hombres y a la comunidad en general, con el fin de fomentar relaciones equitativas, el involucramiento responsable de los varones en la planificación familiar y la prevención de todo tipo de violencia.
- Dirigir los recursos e intervenciones en las diversas regiones, especialmente en las de mayor prevalencia de violencia como la sierra y la selva, para que se construyan estrategias interculturales y con enfoque de género, considerando los diferentes contextos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud-OMS. [Internet]. Violencia contra la mujer 2021 [citado 19 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women
2. Organización de las Naciones Unidad- ONU Mujeres [Internet]. Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres. 2022 [citado 19 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures
3. Dirección de Comisión Internacional-OHCH/ONU [Internet]. Introducción: Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer [citado 19 de octubre de 2025]. Introducción. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cedaw/introduction
4. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer-CLADEM PERÚ [Internet]. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer 25 años de su vigencia en el Perú.2017 [citado 19 de octubre de 2025] Disponible en: https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/d94dba804954252a85ccf5cc4f0b1cf5/Convenci%C3%B3n+sobre+la+Eliminaci%C3%B3n+de+todas+las+formas+de+discriminaci%C3%B3n+contra+la+Mujer.pdf?MOD=AJPERES#:~:text=El%20Presidente%20de%20la%20Rep%C3%BAblica,el%2013%20septiembre%20de%201982
5. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) [Internet]. [citado 19 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelemDoPara-ESPANOL.p
6. Convención sobre los derechos de las mujeres. Recomendaciones generales N 12 [Internet].1989 [citado 19 de octubre de 2025]. Disponible en: https://confdts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CEDAW/00_4_obs_grales_CEDAW.html#GEN12

7. Convención sobre los derechos de las mujeres. Recomendaciones generales N 19 [Internet].1989 [citado 19 de octubre de 2025]. Disponible en: https://confdts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CEDAW/00_4_obs_grales_CEDAW.html#GEN19
8. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer-Naciones Unidas. Recomendación general num. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer [Internet]. 2017 [citado 19 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/11405.pdf
9. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024 - Nacional y Regional [Internet]. [citado 19 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf
10. Programa Aurora-Portal estadístico. Cartillas Estadísticas: Enero-Diciembre 2023 [Internet]. 2023 [citado 20 de octubre de 2025]. Disponible en: https://portalestadistico.aurora.gob.pe/cartillas-estadisticas/
11. Norma_técnica_de_salud_de_planificación_familiar20190621-17253-tyg9uv.pdf [Internet]. [citado 20 de octubre de 2025]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322903/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_de_planificaci%C3%B3n_familiar20190621-17253-tyg9uv.pdf?v=163491423712
12. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar/métodos anticonceptivos. [Internet]. 2023 [citado 20 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception
13. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Al poder decidir sobre su salud, las mujeres toman las riendas de su futuro. 2023 [citado 20 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/she-decides-on-her-health-her-future
14. Potter LC, Morris R, Hegarty K, García-Moreno C, Feder G. Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization

multi-country study on women's health and domestic violence. Int J Epidemiol. 17 de mayo de 2021;50(2):652-62. doi: 10.1093/ije/dyaa220

15. Lausi G, Burrai J, Baldi M, Ferlazzo F, Ferracuti S, Giannini AM, et al. Decision-Making and Abuse, What Relationship in Victims of Violence? Int J Environ Res Public Health. 2023;20(10): 5879.doi: 10.3390/ijerph20105879
16. Luciano TV, Cislaghi B, Miranda R, Dias J, Diaz-Bermudez X, Miranda A.E. Violence in Quilombola women living in rural communities in Brazil. Revita de saude publica.2023; 56, 114. doi:10.11606/s1518-8787.2022056004651
17. Upadhyay AK, Kumar K, James KS, Mcdougal L, Raj A, Singh A. Association between Intimate Partner Violence and Contraceptive Use Discontinuation in India. Stud Fam Plann. 2022;53(1): 5-21.doi: 10.1111/sifp.12184
18. Paul P, Monda D. Association Between Intimate Partner Violence and Contraceptive Use in India: Exploring the Moderating Role of Husband's Controlling Behaviors. Journal of interpersonal violence .2022, 37(17-18), NP15405–NP15433. doi: 10.1177/08862605211015212
19. López Pinta MJ. Elección del Método Anticonceptivo en una Población Rural. Polo Conoc Rev Científico - Prof [Internet]. 2022 [citado 20 de octubre de 2025];7(1):42.doi: 10.23857/pc. v7i1.3475
20. Silvera Andrada DM, Mamani Mamani EB. Violencia basada en género y uso de métodos anticonceptivos en establecimientos de salud del primer nivel de atención, Andahuaylas - 2021[tesis para especialidad]. Huancavelica. Facultad De Ciencias de la Salud, Universidad Nacional De Huancavelica; 2022. Disponible en: http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/4722
21. Anicama Queneche BI. Relación entre la violencia basada en género en mujeres y el uso de métodos anticonceptivos [tesis de licenciatura]. Lima. Facultad De Ciencias de la Salud, Universidad Norbert Wiener. 2021.Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/4750
22. Quispe Apolinario R, Limo Álvarez M, Runzer Colmenares F. Asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y violencia doméstica contra la mujer en

edad fértil en Perú. An Fac med. 2020;81(1): 40-6.doi: https://doi.org/10.15381/anales

23. Kuhlmann AS, Shato T, Fu Q, Sierra M. Intimate partner violence, pregnancy intention and contraceptive use in Honduras. Contraception.2019;100(2):137-41.doi: https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.03.050
24. Silva TM, Lima E, Tavares FL, Primo CC, Santana NMT, Leite FMC. Perfil reprodutivo e ginecológico de mulheres em situação de violência. Rev Pesqui Cuid É Fundam Online. 2018;10(4):986-90.doi: 10.9789/2175-5361. 2018.v10i4.986-990
25. Ministerio de Sanidad-España. Violencia y Salud [Internet]. 2023 [citado 20 de octubre de 2025]. Disponible en:https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/violencia/violenciaSalud/home.htm#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20violencia,trastornos%20del%20desarrollo%20o%20privaciones%E2%80%9D
26. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Prevención de la violencia.2021 [citado 20 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia
27. Ley 30364: Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar [Internet]. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.2015 [citado 20 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/ley30364/sobre-ley-30364.php
28. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Violencia basada en género: marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/mimp-marco-conceptual-violencia-basada-en-genero.pdf
29. Observatorio Regional de Puno de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar[Internet]. Modalidades de violencia. [citado 22 de octubre de 2025]. Disponible en: https://observatorioviolencia.regionpuno.gob.pe/modalidades-de-violencia/

30. Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar [Internet]. Tipos de violencia.2022. [citado 22 de octubre de 2025]. Disponible en: https://observatorioviolencia.pe/tipos-de-violencia/
31. Observatorio de Igualdad de Género [Internet]. Violencia sexual [Internet]. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_violenciasexual.pdf
32. Tourné M, Herrero S,Garriga A. Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por la pareja. Atención Primaria.2024, 56(4): 9.doi:10.1016/j.aprim.2024.102903
33. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. En: Capítulo 1 - La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos.2003 [citado el 04 de noviembre de 2025]. p. 4-7. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/3273
34. Underwood C, Casella A, Hendrickson Z. Normas de género, uso de anticonceptivos y violencia de pareja: un análisis en seis países. Sex Reprod Healthc. 2023 Mar;35:100815. doi: 10.1016/j.srhc.2023.100815. Epub 2023 Jan 26. PMID: 36738730.
35. Díez P, Muñoz C, Montenegro G, Segura A. Toma de decisiones en mujeres víctimas de violencia de pareja: una revisión sistemática. Revista Lasallista de Investigación.2023,20(1): 152-165.doi: 10.22507/rli.v20n1a10.
36. Planned Parenthood [Internet]. Anticonceptivos, Métodos anticonceptivos [Internet].2025 [citado 21 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos
37. Saldanha S, et al. Coerción reproductiva y consecuencias para la salud asociadas: una revisión exploratoria. Trauma, violencia y abuso. 2025 Nov 28:15248380251383931. doi: 10.1177/15248380251383931. Epub ahead of print. PMID: 41312737.
38. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Planificación familiar/métodos anticonceptivos.2023 [citado 21 de noviembre de 2025]. Disponible en:

https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

39. Plataforma digital única del Estado Peruano.Métodos anticonceptivos [Internet]. 2023 [citado 21 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/21781-metodos-anticonceptivos
40. Norma técnica de salud de planificación familiar [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322903/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_de_planificaci%C3%B3n_familiar20190621-17253-tyg9uv.pdf?v=1634914237
41. MSD Manuals. Métodos anticonceptivos hormonales [Internet]. MSD Manuals; 2024 [citado 10 de diciembre 2025]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/planificaci%C3%B3n-familiar/m%C3%A9todos-anticonceptivos-hormonales
42. MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Anticonceptivos orales combinados [citado 15 de diciembre 2025]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000655.htm
43. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Preservativos [citado 15 de diciembre 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/condoms
44. American College of Obstetricians and Gynecologists [Internet]. Eficacia de los métodos anticonceptivos [citado 15 de diciembre 2025]. Disponible en: https://www.acog.org/womens-health/infographics/eficacia-de-los-metodos-anticonceptivos
45. Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. Alves B/ O/ OM. DeCS [citado 15 de diciembre 2025]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/
46. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente [Internet]. Atención Centrada en el Usuario [citado 15 de diciembre 2025]. Disponible en: https://redsalud.ssmso.cl/atencion-centrada-en-el-usuario/
47. OHCHR [Internet]. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.1993 [citado 15 de diciembre 2025]. Disponible en:

https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women

48. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Microdatos [Internet] Accedido el 8 de marzo del 2026. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/
49. Quispe J, et al. Patriarcado y violencia de género en el Perú. Revista Ciencia Latina. 2021;5(5):6290-6306.doi:10.37811/cl_rcm.v5i5.825.Disponible en web: https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/825/1115
50. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de encuestas poblacionales. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e34. doi:10.26633/RPSP.2021.34
51. El Peruano. Violencia psicológica, física o sexual afectó al 57,7% de mujeres en el 2019. Lima,2020. Disponible en: https://elperuano.pe/noticia/97041
52. Cahui C, Enríquez Y, Díaz G. Violencia contra la mujer: factores asociados en el Perú. Horiz Med. 2022;22(2):e1495. doi:10.24265/horizmed.2022.v22n2.02
53. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Factores asociados a la presencia de violencia hacia la mujer. Lima,2021. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4092475/Factores%20Asociados%20a%20la%20Presencia%20de%20Violencia%20hacia%20la%20Mujer.pdf
54. Hernández S. Cultura de la violación: un análisis del continuo. Ciudad de México: Igualdad de Género; 2020. Disponible en: https://www.igualdadgenero.com/wp-content/themes/padf-we-relate-to-equality/src/assets/files/modules/three/other-resources/Cultura_de_la_violacion_un_analisis_del_continuo_e.pdf
55. Barja-Ore John, Flores-Paucarima Annguiel, Campos-Enrique Jhoyssi, Burga-Martos Amalia. Manifestaciones de violencia contra la mujer en zonas urbanas y rurales del Perú. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2022;38(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252022000400006&lng=es

ANEXO

Anexo 01. Resultados adicionales

En la Tabla 6 se observa las diferencias territoriales en la prevalencia de violencia física, emocional y sexual contra las mujeres en el Perú, destacando las regiones con mayor concentración de casos. Se evidencia que la región sierra es aquella que reporta mayores casos de violencia, seguida de la región selva, y por último la región costa, que presenta la menor prevalencia.

En la región sierra, los departamentos con mayor porcentaje en los tres tipos de violencia son Huancavelica, Apurímac, Cusco, Ayacucho y Puno. En el caso de la violencia física, se observa que estos departamentos sobrepasan el 28% de reporte, siendo Huancavelica el departamento con mayores casos, reportando un total de 34.89%; en el caso de la violencia emocional, los departamentos mencionados sobrepasan el 25% de reporte, siendo nuevamente Huancavelica el que reporta mayores casos con un 30.48%; y en el caso de la violencia sexual, estos departamentos sobrepasan el 6% de casos reportados, siendo Huancavelica el que también concentra la mayor cifra con un 8.09%, seguido de cerca por Cusco (7.82%) y Apurímac (7.26%).

En la región selva, los departamentos con mayor porcentaje en los tres tipos de violencia son Madre de Dios, Amazonas, Loreto y Ucayali. En el caso de la violencia física, se observa que estos departamentos sobrepasan el 19% de reporte, siendo Madre de Dios el departamento con mayores casos de violencia física, con un total de 27.86%; en el caso de la violencia emocional, los departamentos de Madre de Dios y Amazonas tienen un mayor porcentaje de casos reportados con 28.67% y 18.17% respectivamente; y en el caso de la violencia sexual, los departamentos de Madre de Dios, Loreto y Amazonas sobrepasan el 4% de casos reportados, siendo el departamento de Madre de Dios el que reporta mayores casos con un 6.72%.

En la región costa, los departamentos con mayores porcentajes en los tres tipos de violencia son Tumbes, Lambayeque, Piura y La Libertad. En cuanto a la violencia física, los departamentos analizados superan el 15% de reportes; respecto a la violencia emocional, sobrepasan el 14%; y en el caso de la violencia sexual, superan

el 3%. A diferencia de otras regiones, las cifras más altas están distribuidas: Tumbes concentra la mayor prevalencia en violencia física con 17.06%. En violencia emocional, Lambayeque reporta la mayor proporción con 15.34%, seguido de Piura (15.02%). Finalmente, en el caso de la violencia sexual, Piura presenta la cifra más alta con 3.47%, seguido muy de cerca por La Libertad con un 3.39%..

Tabla 6. Proporción de casos de violencia física, emocional y sexual en las regiones del Perú, 2024

	Violencia física			Violencia emocional			Violencia sexual		
	n/N	%	%*	n/N	%	%*	n/N	%	%*
Amazonas	143/659	21.70	21.83	118/659	17.91	18.17	28/659	4.25	4.41
Ancash	95/528	17.99	18.12	85/528	16.1	16.28	18/528	3.41	3.58
Apurímac	195/579	33.68	34.11	162/579	27.98	28.32	41/579	7.08	7.26
Arequipa	79/526	15.02	15.24	75/526	14.26	14.51	15/526	2.85	3.04
Ayacucho	211/689	30.62	31.08	176/689	25.54	25.87	44/689	6.39	6.57
Cajamarca	138/638	21.63	21.91	123/638	19.28	19.46	26/638	4.08	4.21
Callao	69/496	13.91	14.07	65/496	13.1	13.24	12/496	2.42	2.63
Cusco	157/497	31.59	31.76	142/497	28.57	28.91	38/497	7.65	7.82
Huancavelica	191/551	34.66	34.89	166/551	30.13	30.48	43/551	7.80	8.09
Huánuco	117/591	19.8	20.14	103/591	17.43	17.62	22/591	3.72	3.86
Ica	82/587	13.97	14.18	78/587	13.29	13.43	16/587	2.73	2.87
Junín	131/556	23.56	23.72	113/556	20.32	20.61	25/556	4.50	4.63
La Libertad	84/557	15.08	15.31	80/557	14.36	14.59	18/557	3.23	3.39
Lambayeque	87/542	16.05	16.27	82/542	15.13	15.34	17/542	3.14	3.28

Lima	268/1814	14.77	14.88	240/1814	13.23	13.41	44/1814	2.43	2.51
Loreto	113/544	20.77	21.03	98/544	18.01	18.26	24/544	4.41	4.56
Madre de Dios	149/539	27.64	27.86	153/539	28.39	28.67	35/539	6.49	6.72
Moquegua	65/464	14.01	14.19	60/464	12.93	13.14	11/464	2.37	2.54
Pasco	114/541	21.07	21.28	98/541	18.11	18.38	22/541	4.07	4.18
Piura	95/599	15.86	16.09	89/599	14.86	15.02	20/599	3.34	3.47
Puno	147/515	28.54	28.71	132/515	25.63	25.84	32/515	6.21	6.38
San Martín	126/642	19.63	19.84	108/642	16.82	17.09	25/642	3.89	4.05
Tacna	82/544	15.07	15.22	70/544	12.87	13.06	15/544	2.76	2.89
Tumbes	106/628	16.88	17.06	90/628	14.33	14.52	18/628	2.87	3.01
Ucayali	120/606	19.80	19.93	103/606	17.00	17.18	24/606	3.96	4.12
Total	**3164/15432**	**20.50**	**20.85**	**2809/15432**	**18.20**	**18.47**	**633/15432**	**4.10**	**4.30**

* Porcentaje ponderado considerando el muestreo complejo de la ENDES 2024

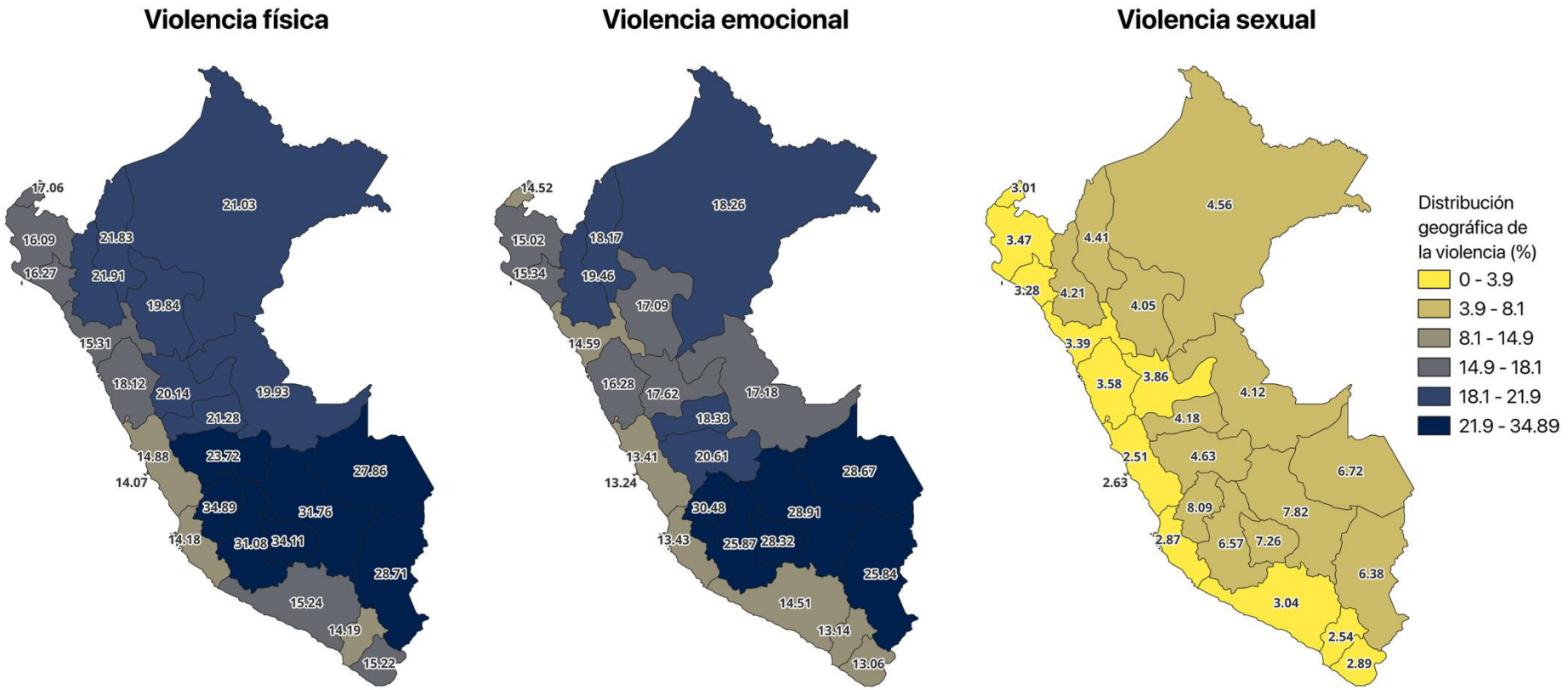


Figura 1. Distribución geográfica de violencia física, emocional y sexual en el Perú, 2024