



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

**Violencia de género percibida por pacientes con
diagnóstico de aborto en el Servicio de Emergencia del
Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Ericka Shassira REQUE YACTAYO

ASESOR

Jenny Elenisse ZAVALA Luján

Lima, Perú

2018



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

Reque E. Violencia de género percibida por pacientes con diagnóstico de aborto en el servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2018.



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



Escuela Profesional de Obstetricia
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: REQUE YACTAYO ERICKA SHASSIRA

Cuyo título es: **VIOLENCIA DE GÉNERO PERCIBIDA POR PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABORTO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, 2018.** Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

..... *Bueno*

..... *Dieciséis* *16*

.....
DRA. MILENA LÓPEZ SÁNCHEZ
C.O.P. 1052.
PRESIDENTE

.....
LIC. OBST. DORA NANCY RODRÍGUEZ MICHUY
C.O.P. 3978
MIEMBRO

.....
LIC. OBST. ISABEL ALFONZO FLORES
C.O.P. 0283
MIEMBRO

.....
LIC. OBST. JENNY ELENISSE ZAVALETA LUJAN
C.O.P. 7646
ASESOR (A)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

.....
Mg. CLARA DÍAZ TINOCO
DIRECTORA
E.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 17 de octubre del 2018

AGRADECIMIENTO:

A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y plana docente de la Escuela de Obstetricia por brindarme 5 años de formación y la oportunidad de culminar una carrera profesional.

A mi asesora la obstetra Jenny Zavaleta Luján por su continuo apoyo y orientación en el desarrollo de esta investigación.

A las pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal que participaron en el presente trabajo

A todas las personas que estuvieron apoyándome durante todo este tiempo

DEDICATORIA:

A mis padres por todos sus consejos, enseñanzas y por brindarme siempre todo su amor y apoyo incondicional.

A mi hermano y sobrina que forman una parte importante en mi vida.

ÍNDICE

Resumen.....	5
Abstract.....	6
1. Introducción.....	7
2. Metodología.....	23
2.1 Tipo Y Diseño De Investigación.....	23
2.2 Población.....	23
2.3 Muestra.....	23
2.4 Variable.....	24
2.5 Técnicas e Instrumentos.....	25
2.6 Procedimiento y Análisis de los datos.....	25
2.7 Consideraciones Éticas.....	25
3. Resultados.....	26
4. Discusión.....	33
5. Conclusiones.....	35
6. Recomendaciones.....	36
7. Referencias bibliográficas.....	37
8. Anexos.....	40

RESUMEN

OBJETIVO:

Describir la violencia de género percibida por pacientes con diagnóstico de aborto en el servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional, descriptivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 175 pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de julio del año 2018. Se aplicó un instrumento que recolectó los factores sociodemográficos de la paciente, el tipo de violencia percibido, la intensidad de violencia percibida durante la atención del personal de salud, que profesional de salud ejerció la violencia y la influencia en la salud física y mental de la mujer. Toda la información fue analizada en el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS:

La edad promedio de las pacientes con diagnóstico de aborto fue 30.73 años, predominó grado de instrucción secundaria (49.1%), estado civil convivientes (62.9%) y ocupación ama de casa (37.7%); con un ingreso económico mensual mayor a 1000 soles el 44.6%. El nivel de percepción de violencia de género fue baja (97.7%). Percibieron violencia de género 55 pacientes (31.4%), de las cuales el 100% manifestó que fue de tipo psicológica. El 72.7% percibió la violencia durante la atención con una intensidad moderada. El principal agente agresor identificado fue el médico con 22.5%. La influencia de la violencia percibida ocasiono efectos físicos en el 20%, expresado en aumento del dolor con 10.9% y dolor de cabeza con 5.5%; y efectos emocionales en el 69.1%, expresado en estrés con 38.2% y desmotivación con 36.4%. La principal situación o momento donde se percibió violencia fue del 54.5% durante la atención médica.

CONCLUSIÓN:

Todas las pacientes que mencionaron percibir violencia durante la atención manifestaron que fue de tipo psicológica, señalando al médico como el principal agente agresor. A causa de las conductas presenciadas o vividas se presentó en las pacientes efectos físicos como aumento del dolor y dolor de cabeza, y efectos emocionales como estrés, desmotivación y ansiedad.

PALABRAS CLAVES:

Percepción, violencia de género, aborto

ABSTRACT

OBJECTIVE:

Describe gender based violence perceived by patients diagnosed with abortion at the emergency service of the National Maternal and Perinatal Institute, 2018.

METHODOLOGY:

Observational, descriptive, cross-sectional study. The sample consisted of 175 patients diagnosed with abortion attended at the emergency service of the National Maternal and Perinatal Institute in the month of July 2018. An instrument was applied that gathered the sociodemographic factors of the patient, the type of perceived violence, the intensity of perceived violence during the attention of health professional, which health professional exerts the violence and the influence on the physical and mental health of the woman. All information was analyzed in the SPSS statistical program.

RESULTS:

The average age of the patients diagnosed with abortion was 30.73, with a high degree of secondary education (49.1%), marital status of cohabitant (62.9%) and housewife occupation (37.7%); with a monthly economic income higher than 1000 soles, 44.6%. The level of perception of gender violence was low (97.7%). Fifty-five patients received gender violence (31.4%), of which 100% said it was psychological. 72.7% perceived violence during the attention with moderate intensity. The main aggressor identified was the doctor with 22.5%. The influence of perceived violence caused physical effects in 20%, expressed in pain increase with 10.9% and headache with 5.5%; and emotional effects in 69.1%, expressed in stress with 38.2% and demotivation with 36.4%. The main situation or moment where violence was perceived was 54.5% during medical care.

CONCLUSION:

All the patients who mentioned perceiving violence during the care indicated that it was of a psychological nature, pointing to the doctor as the main aggressor. Because of the behaviors witnessed or experienced, physical effects such as increased pain and headache, and emotional effects such as stress, demotivation and anxiety occurred in the patients.

KEY WORDS:

Perception, gender based violence, abortion

1. INTRODUCCIÓN

La violencia impregna toda la realidad social. La pobreza y la miseria, el hambre y la enfermedad, la fuerte desigualdad en la distribución del ingreso y la discriminación en sus múltiples formas (racial, de clase, de edad, por la orientación sexual, por la nacionalidad y por la pertenencia étnica) son expresiones de la violencia estructural presente en la sociedad actual. En nuestro país, tal como lo indican las cifras oficiales y lo señala el Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016-2021, los principales actos dañinos infringidos contra las mujeres son la violencia familiar, el feminicidio, las violaciones sexuales, la trata de personas, la violencia obstétrica, el hostigamiento sexual, la violencia por prejuicio, entre otras.¹

El problema de la violencia contra la mujer es una lamentable realidad que se observa con relativa frecuencia en la sociedad actual, y se manifiesta con la agresión física, sexual y psicológica realizada por cualquier persona, en donde se considera la violencia a la que está expuesta la embarazada, ejercida incluso por parte del personal que presta servicios de salud, durante su hospitalización para ser atendida por parto, cesárea o aborto espontáneo, situación que ha sido calificada como violencia obstétrica, lo cual tiene implicaciones legales.² Por tanto la violencia de género perpetrada por el personal de salud debe ser reconocida como una forma de agresión hacia la mujer porque se vulneran sus derechos fundamentales.

La discriminación y desvalorización hacia la mujer es vista por la sociedad como un comportamiento natural, se desconocen sus derechos y se subvalora su trabajo y el rol que ejerce en la comunidad lo que impide el pleno desarrollo de su autonomía. En el ámbito de la salud, frecuentemente se trata a las mujeres como menores de edad; su voluntad o sus expectativas no son consultadas y las decisiones médicas no se abren al campo de las opciones. Los y las profesionales en la salud son propensos a equiparar ignorancia o desinformación en lo que respecta a las ciencias de la salud, con incapacidad para comprender y tomar decisiones. Los estereotipos sobre la fragilidad de las mujeres, su limitado nivel de razonamiento entre muchos otros que expresan discriminación, convierten el espacio del diagnóstico en un diálogo de sordos.

Así mismo, las intervenciones directas sobre el cuerpo de la paciente conllevan un gran desconocimiento de su dolor, de sus temores, de sus criterios y de su pudor.³

Desde la medicalización del embarazo, parto y puerperio, la mujer dejó de ocupar su lugar protagónico dejando así paso a los profesionales de salud, quienes muestran insensibilidad frente al dolor de las mujeres, los silencios, la infantilización, los insultos, comentarios humillantes y malos tratos. Las instituciones de salud, orientadas por el ideal higienista y de asepsia, cobraron mayor importancia como espacios para que las mujeres den a luz, con lo cual se les arrebató el derecho del acompañamiento de los suyos, de la experiencia de las mujeres mayores y de la posibilidad de hacerlo conforme a las consideraciones y costumbres de su propia cultura. Esto implica en si una forma de ejercicio del poder por parte del equipo de salud, que se caracteriza por la pérdida del control sobre las decisiones que se toman sobre el propio cuerpo.⁴

Debido a la medicalización de los procesos reproductivos de la mujer, esta ahora es sujeto del cumplimiento de procedimiento y/o tratamientos de rutina lo que reduce su posibilidad de valerse por si mismas, dependiendo de una intervención técnico médica para afrontar su vida sexual, reproductiva, psíquica y hasta cotidiana.²

Las mujeres acuden a los servicios de salud en busca de una atención de calidad ya sea durante el embarazo, trabajo de parto, parto, pos-parto, pos-aborto, atención del embarazo de alto riesgo, atenciones ginecológicas generales, cirugías, etc. Existen mujeres que asisten al establecimiento de salud conociendo sus derechos y exigiendo el respeto por los mismos, sin embargo durante la atención pueden dejar de lado sus conocimientos por lo que pierde protagonismo y se subordinan a la atención médica.

El aborto trae como consecuencia conflictos psicológicos y emocionales para la mujer. Muchas veces no se toma en cuenta el anhelo de la mujer hacia la maternidad. Los cambios que acontecen producto del embarazo y una repentina perdida del feto ocasionan que la mujer tenga que lidiar con un sinnúmero de emociones. Se han descrito algunos cuadros de depresión y angustia en el

periodo postparto. Las consecuencias de un aborto o la pérdida de un embarazo avanzado se expresa en un conjunto de síntomas de angustia que pueden estar acompañados de vergüenza, duelo no resuelto y la carga psicológica de mantener el secreto o el engaño.⁵

La violencia obstétrica, una forma de violencia de género, es definida como la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. Este tipo de violencia perpetrado a mujeres con diagnóstico de aborto puede reflejarse en un cuidado no confidente al referirse a la mujer en público con calificativos peyorativos («la del aborto»), o no ofrecer privacidad para la consulta y el examen físico; un cuidado no digno/discriminación al no asesorar sobre su derecho, negar información veraz e imparcial, retrasar la atención y la realización del procedimiento; un cuidado sub-optimo al usar tecnologías inadecuadas u obsoletas: legrado cortante en lugar de aspiración endouterina; abuso físico como manejo insuficiente o no manejo del dolor y abuso psicológico al amenazar, acusar, culpabilizar, humillar, re victimizar, tratar de cambiar su decisión.⁶

Los siguientes estudios muestran los temas relacionados a la violencia de género en mujeres durante la atención:

Pereira C, Domínguez A. Venezuela (2015) en el estudio “Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente”, incluyeron a 326 pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia, por parto, por cesárea o por aborto espontáneo. Se encontró que 30 pacientes manifestaron no haber recibido el debido respeto en el trato, 21 señalaron al obstetra y las enfermeras como responsables y 3 al anesthesiólogo; 38 pacientes refieren haber sido tratadas con palabras ofensivas o despectivas, señalando la enfermera (76,3 %), el obstetra (60,5 %) y el anesthesiólogo (5,3 %), como responsables; el 65,6 % de pacientes manifestó que no se le pidió su autorización por escrito antes de serle practicado algún procedimiento médico o quirúrgico y 86 pacientes manifestaron haber sufrido

algún maltrato, irrespeto, actitud de desprecio o burla, agresión verbal o física, durante su atención por parte del personal de salud.⁷

Fleury S, Bicudo V, Rangel G. Brasil (2013), en el estudio “Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil”, propone identificar evidencias de desigualdades, preconcepciones y discriminación en el acceso y utilización de los servicios públicos del Sistema Único de Salud de Brasil, consideradas como violencia institucional y denegación de los derechos, con el fin de abordar las reacciones de los sujetos perjudicados en este proceso. Los principales resultados muestran que la violencia institucional encuentra bases de sustento en los operadores macroestructurales de las desigualdades económico-sociales y la precarización que inciden en el acceso/utilización de los servicios y también en la esfera de las relaciones sociales reproducidas en el ámbito de las instituciones, que operan en la base de una sociedad de clases y fuertemente jerarquizada.⁸

De Anda G, Díaz-Cortés M y Prado-Aguilar C. México (2018) en su estudio "Etnografía del poder en la relación médico paciente, identificación de una forma de violencia simbólica hacia las mujeres en el Programa de Salud Reproductiva" encontró que la dominación está presente en la relación médico-paciente, conformando un tipo de violencia de género, en la que se identifica el uso del poder en cuyo ejercicio el control recrea patrones de conducta de dominación-subordinación y la disposición de autonomía, del médico hacia sus pacientes, condicionado por los esquemas de percepción, acción y pensamiento. Esta forma de violencia de género generado por el uso de poder dentro de la relación médico-paciente, se ve expresado simbólicamente en las mujeres usuarias del programa de salud reproductiva justificada desde el discurso médico por la finalidad disminuir la morbilidad y la mortalidad de la mujer causado por el alto riesgo reproductivo a que se ven sometidas.⁹

Guerrero C. Perú (2018) en su estudio “Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el hospital de apoyo Nuestra Señora de las Mercedes-Paita durante el período julio a diciembre 2017” encontró una incidencia de 18.49%; el grupo etario con mayor frecuencia de abortos fue de 20 a 24 años con 32.14%, la mayor parte de pacientes presentó

nivel de instrucción secundario 56,4%, procedentes de zona urbana marginal 60.7%; con estado civil conviviente el 78.6%, ocupación ama de casa el 84.3%, multigestas y presentaban abortos previos (72.1% y 32.8% respectivamente), la edad gestacional predominante fue menor a 8 semanas con 50%; el aborto más frecuente fue el espontáneo (99.3%), y la forma clínica predominante fue el aborto incompleto (85.7%).¹⁰

Collins H. Argentina (2014) en el estudio “La atención de mujeres con complicaciones post-aborto en un hospital público del Partido de La Matanza: la perspectiva de los profesionales de la salud”, se encontró que las mujeres que acuden a este hospital con complicaciones post-aborto generalmente son de varias edades, un nivel socioeconómico bajo, varias culturas y del Partido de La Matanza. Las mujeres también casi nunca revelan las razones del porqué llegaron al hospital y como resultado los profesionales generalmente responsabilizan a las mujeres por esta situación. Además de eso, el equipo de salud identificó varios obstáculos a la atención post-aborto que incluyen la falta de recursos, la falta de educación sexual y las creencias ideológicas del equipo de salud.¹¹

Contreras-Tinoco K. México (2018) en el estudio “Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico” se encontró que algunas manifestaciones de violencia obstétrica fueron diagnósticos fallidos que llevaron a operaciones innecesarias que, en algunos casos, generaron la muerte del feto o pusieron en riesgo la salud de la madre; falta de sensibilidad y empatía ante las emociones expresadas por las mujeres tras el aborto; medicalización y pruebas táctiles hechas por diferentes médicos. Todas estas experiencias de violencia obstétrica muestran efectos negativos, traumáticos y dolorosos en las mujeres¹².

Elescano Y. Perú (2017), en el estudio “Características del trato al usuario de consultorios externos del hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016” se tomó como muestra 115 personas, encontrando como resultado que el mayor porcentaje de encuestados representado por el 66% indican que los recibieron y trataron de manera cortés. Respecto a trato recibido el 80% lo califican como

regular trato, el 10% tienen trato bueno y el 10% lo califica como pésimo trato. La amabilidad y cortesía del personal profesional de salud es regular de manera mayoritaria representada por el 80%, el 14% indica que es bueno y el 6% indica que es pésima la amabilidad. De acuerdo a los resultados de la encuesta, el 50% de los usuarios manifiesta que la confianza es regular, pero un porcentaje similar de 49% manifiesta que siente mucha confianza y solo un 1% que no tiene ninguna confianza.¹³

Moya G, Rivera D. Perú (2015), en el estudio “Calidad del cuidado de la enfermera y grado de satisfacción en las necesidades emocionales y espirituales en mujeres postaborto Hospital, Belén de Trujillo 2015”, conformada por una muestra de 51 mujeres se obtuvo como resultado que la calidad de cuidado de la enfermera en mujeres postaborto, es regular en un 49.02%, buena en 27.45% y deficiente en 23.53%. El grado de satisfacción de las necesidades emocionales en mujeres postaborto fueron, satisfecho en 56.86% e insatisfecho en 43.14%. En tanto el grado de satisfacción de las necesidades espirituales en mujeres posaborto es insatisfecho en 88.24% y satisfecho en 11.76%. Las necesidades emocionales son satisfechas en un mayor porcentaje, cuando la calidad del cuidado de la enfermera es regular en un 27.45% y buena en 25.49%; en cambio las necesidades espirituales son insatisfechas en un mayor porcentaje cuando la calidad de cuidado de la enfermera es regular en 49.01% y es deficiente en un 21.56%.¹⁴

Castelo R, Castelo R, Rodríguez D. Ecuador (2016), en su estudio “Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias”, se aplicó una encuesta a 382 pacientes encontrándose que el 65.7% fue de sexo femenino, el 44% manifestó como primer contacto al personal de enfermería evaluando su trato bueno o muy bueno, mientras que solo 29 encuestados refirió al personal médico como su primer contacto, valorando su trato como bueno; el 78% refiere haber sido atendido antes de los 30 minutos después de su llegada; la calidad de la estructura fue mayormente evaluada como regular (43.9%). Respecto al nivel de satisfacción de la atención, esta fue calificada como satisfactoria durante la atención médica y de enfermería representada por el 56% y 64.1% respectivamente; e insatisfactoria durante la atención médica y de enfermería representada por el 6% y 3.9% respectivamente.¹⁵

Cabrera B. Ecuador (2017) en el estudio “Evaluación de percepciones, actitudes y conducta sexual en mujeres post-aborto atendidas en el “Hospital José Carrasco Arteaga”. Cuenca. 2016” la población de estudio tuvo un promedio de edad de 31,8 años, cerca de la mitad estuvo casada, alrededor de las dos terceras partes vivían en el área urbana y con su pareja. El mayor porcentaje de mujeres presentó una actitud indiferente post aborto lo que indica falta de interés en compartir su estado emocional al momento de ser encuestadas debido al carácter personal del mismo. La mayoría de pacientes tuvieron una conducta sexual adecuada (no disminución de la libido, no dolor durante una relación sexual, ningún trauma que impida el acto sexual, no búsqueda de otras parejas sexuales, etc.) luego del aborto.¹⁶

Gamarra A. Perú (2016) en el estudio “Percepción de la atención y orientación en las usuarias de post aborto (APA-AMEU). Hospital “María Auxiliadora” Febrero Abril de 2009”, se entrevistó 85 usuarias utilizando un cuestionario estructurado, en el cual se encontró: acudieron a emergencia con sangrado y dolor (57%), demoraron en atenderlas (66%), recibieron información sobre el procedimiento (40%) y el tiempo que duraría (33%). En Centro Obstétrico se presentó la persona que las recibió (15%), llamándolas por su nombre (62%). Indagaron si sentía dolor: mientras esperaban (73%), después (79%) y en el alta del procedimiento (84%); recibieron información sobre el tiempo de reposo (54%), y momento de egreso (89%). El tiempo de espera para evaluación en emergencia fue de 60 a más minutos (67%) y el tiempo en ser atendidas con el procedimiento fue de 2 a menos de 6 horas (54%). Uso previo (73%) y acceso actual (86%) de métodos anticonceptivos. En general, la satisfacción sobre la atención recibida con mayor frecuencia fue considerada como muy buena (50%).¹⁷

Pérez J, Urcuyo C. Nicaragua (2016), en el estudio “Efecto psicológicos por pérdida reproductiva en mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua-Granada II semestre 2014”, señala que el aborto tiene un impacto en la psiquis de la mujer producto del fracaso reproductivo y trae consigo repercusiones a nivel psicológico y emocional. Este estudio se centra en explicar los efectos del fracaso reproductivo, elementos que agravan la condición y las respuestas del servicio hospitalario. Se encontró que el 56.2%

no lo creían y el 75.0% no entendían la explicación que le brindaba. El 36.8% no fueron acompañadas por su compañeros en todo el proceso, el 27.6% sienten vergüenza por el que dirán los que las conocen o la propia familia. Se identificó que el 64.7% no recibieron ningún apoyo por ningún experto de parte del Hospital siendo 55.3% con pérdidas temprana y casi todas exceptuando solo una de las mujeres que tuvieron pérdidas tardías.¹⁸

Velastegui P. Ecuador (2016) en el estudio “Violencia hacia la mujer: efectos sobre la salud. Subcentro de Salud San Andrés 2016” se encontró que el estado civil, la edad y la dependencia económica resultaron estadísticamente significativas para la violencia física; el nivel de instrucción y el estado civil fueron estadísticamente significativos para la violencia psicológica, en cuanto a la violencia económica y la violencia sexual las variables estadísticamente significativas resultaron el estado civil y dependencia económica. Respecto a los trastornos de la salud y las distintas formas de violencia, la cefalea predominó en las mujeres víctimas de violencia psicológica y económica, los trastornos del sueño preponderaron en las víctimas de violencia física, económica y sexual. Los dolores musculares están más asociados a la violencia física, psicológica y económica. También está la grave repercusión que tiene la violencia sobre la salud mental, y es así que todas las formas de violencia desencadenan consecuencias emocionales como ansiedad y depresión.¹⁹

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, aprobada en Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas 48/104, del 20 de diciembre de 1993, publicada el 23 de febrero de 1994 (ONU,1993) es el primer documento a nivel internacional, que aborda de manera clara y específica esta tipología de violencia, definiendo en su artículo primero que la violencia contra la mujer es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada.²⁰

La Convención de Belém do Pará contra la violencia de género la define de la siguiente manera: “Debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado:

a) Que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; b) Que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y c) Que sea perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

La violencia de género es una violación de los derechos humanos que afecta a millones de mujeres en el mundo; las encuestas realizadas en América Latina evidencian que la violencia contra las mujeres, por parte de su compañero íntimo, está generalizada en la región. El Perú se ubica dentro de los países con altos porcentajes de denuncia que reportaron violencia física o sexual. El 71.5% de mujeres, alguna vez unida, ha sufrido algún tipo de violencia (física, psicológica y/o sexual) por parte de su pareja (INEI 2013). La violencia se ejerce indistintamente en las zonas urbanas y rurales. Pero, las políticas y programas estatales se implementan fundamentalmente en las zonas urbanas.²¹

Casi un tercio (30%) de todas las mujeres que han tenido una relación ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja. El 38% de los feminicidios que se cometen en el mundo son perpetrados por la pareja. Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos. Entre los factores de riesgo de ambas, violencia de pareja y violencia sexual, se encuentran los siguientes:

- un bajo nivel de instrucción (autores de violencia sexual y víctimas de violencia sexual);
- un historial de exposición al maltrato infantil (autores y víctimas);
- la experiencia de violencia familiar (autores y víctimas);
- el trastorno de personalidad antisocial (autores);
- el uso nocivo del alcohol (autores y víctimas);
- el hecho de tener muchas parejas o de inspirar sospechas de infidelidad en la pareja (autores);
- las actitudes que toleran la violencia (autores);
- la existencia de normas sociales que privilegian a los hombres o les atribuyen un estatus superior y otorgan un estatus inferior a las mujeres; y
- un acceso reducido de la mujer a empleo remunerado.

La violencia de pareja (física, sexual y emocional) y la violencia sexual ocasionan graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo a las mujeres. También afecta a sus hijos y tiene un elevado costo social y económico para la mujer, su familia y la sociedad. Estas formas de violencia también pueden ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios e intento de suicidio. Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general.²²

Las desigualdades entre hombres y mujeres y la aceptación de circunstancias que no se consideran violentas o no se presta atención al inicio de la relación ocasionan que una mujer se convierta en mujer maltratada sin que apenas sea consciente de ello, porque en el maltrato hacia las mujeres por parte de sus parejas no comienza con golpes, sino que nace de forma sutil.

La violencia obstétrica ha sido invisibilizada y responde a condicionamientos de género. La legislación argentina propone la siguiente definición de violencia obstétrica: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales...” (Belli, 2013, p. 29-30).²³

Santos K. Uruguay (2016) en su estudio "Violencia obstétrica: conceptualizaciones desde las usuarias y profesionales de la salud" evidencia la temática de la violencia obstétrica desde la perspectiva de las mujeres y el personal de salud mediante una revisión bibliográfica que muestra la historia de cómo fue el proceso del llegar al término de "violencia obstétrica", el paso del parto por manos de las parteras a los profesionales de la salud y el paso de la asistencia en hogares (donde se contenía a la mujer en su entorno natural rodeada de afectos y contención) a dar a luz en las instituciones médicas. Existe una tendencia y necesidad de patologizar todos los hechos naturales tales como lo son el nacimiento, el embarazo, el puerperio, la menopausia, entre otros acontecimientos propios de la biología de la mujer. La medicalización de los procesos reproductivos naturales de la mujer ha hecho que todo riga de acuerdo al saber y poder médico, el cual se ha vuelto muchas veces incuestionable para la sociedad, pudiendo ser esta una manera del médico de poder sentirse "seguro" ante un hecho tan desconocido y particular como lo es el mismo.²⁴

La violencia de género tiene un gran impacto en la problemática de salud, así como consecuencias físicas y psicológicas en la mujer. Considerando que una mujer que sobrelleva un aborto cualquiera sea el tipo, le provoca efectos emocionales producto del suceso, enfrentarse a un ambiente donde percibe que el trato brindado por el personal de salud es indiferente y despectivo no le ayudará en su proceso de recuperación.

La OMS en 1996 (Resolución 49.25) expuso tres razones para declarar la violencia contra las mujeres como un tema prioritario de salud : 1º la violencia produce un considerable padecimiento y consecuencias negativas para la salud a una proporción significativa de la población femenina; 2º tiene un impacto negativo directo sobre temas importantes de salud, como la maternidad sin riesgo, la planificación familiar y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA; y 3º los trabajadores de salud son el principal o único punto de apoyo para las víctimas de violencia.²⁵

La situación en que se encuentra una paciente víctima de aborto ocasiona que determinadas conductas del personal de salud puedan ser consideradas

violentas debido al estado de vulnerabilidad en que se hallan, lo que suscita una falta de confianza hacia el profesional que lo está tratando y podría influir en la alteración de su bienestar.

Centrándonos en la violencia ocurrida durante la atención brindada por el profesional de salud, esta se puede manifestar como un “trato frío” hacia la paciente, situaciones de violencia ya sea física, psicológica o sexual por parte del personal de salud, falta de consentimiento y/o información sobre los procedimientos a realizar y vulneración de sus derechos.

Castro R, Erviti J. México (2014), en su estudio titulado.” 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México” la violencia obstétrica suele definirse desde el punto de vista médico, como un problema básicamente de “calidad de atención”, sin embargo esto no queda ahí. El fracaso de los esfuerzos de prevención de nuevas violaciones de derechos de las mujeres que se centran sólo en las cuestiones de “calidad” y “calidez” de la atención explican la falla sistemática a la que se enfrentan y que desconocen la verdadera naturaleza del problema. El objeto de estudio debe construirse con un enfoque de género, bajo una perspectiva de derechos, y con el auxilio de los conceptos sociológicos de habitus profesional y campo médico, a partir de esta perspectiva se comprendería mejor el problema y sería más eficazmente erradicado.²⁶

El conocimiento respecto a cómo las pacientes atendidas por diagnóstico de aborto perciben la violencia de género durante el proceso de atención, permitirá que los profesionales de la salud tengan conocimiento sobre la problemática que se presenta y se desarrollen estrategias que permitan prevenir las situaciones de violencia logrando la participación de todo el equipo de profesionales.

Es necesario que los profesionales de la salud sean conscientes de los problemas que puede originarse en la paciente debido al mal trato recibido durante el proceso de atención, más aun si estas mujeres experimentan un suceso tan impactante como lo es el aborto, que las afecta tanto física como emocionalmente. Debemos estar comprometidos con la defensa de los

derechos de las mujeres, que sean libres de disfrutar de su derecho de decidir de manera libre e informada sobre su cuerpo y su salud sexual y reproductiva.

Por lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente pregunta como problema de investigación: ¿Cómo la violencia de género es percibida por pacientes con diagnóstico de aborto en el servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018?

Problemas específicos:

- ¿Cuáles son los tipos de violencia percibido por las pacientes con diagnóstico de aborto?
- ¿Cómo es la intensidad de violencia percibida por las pacientes con diagnóstico de aborto?
- ¿Qué personal de salud ejerció violencia según la percepción de las pacientes con diagnóstico de aborto?
- ¿Cuáles son los efectos de la violencia en la salud física y mental percibida por la paciente con diagnóstico de aborto?

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Percepción

La percepción es el mecanismo individual que realizan los seres humanos que consiste en recibir, interpretar y comprender las señales que provienen desde el exterior, codificándolas a partir de la actividad sensitiva. Se trata de una serie de datos que son captados por el cuerpo a modo de información bruta, que adquirirá un significado luego de un proceso cognitivo que también es parte de la propia percepción.²⁷

Violencia

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, 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 (OMS).

Género

Alude a los distintos roles, responsabilidad y atributos que se asignan a hombres y mujeres en la sociedad como producto de una construcción socio cultural respecto de su sexo biológico.²³

Violencia de género

Todo acto de violencia de género que resulte o pueda resultar en sufrimiento físico, sexual o daño psicológico o sufrimiento a la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en público o en la vida privada. (Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993. Disponible en: http://www.hhri.org/es/thematic/gender_based_violence.html)

Aborto

Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica

es del 10% al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas.²⁸

Personal de salud

El personal sanitario son «todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud» (OMS).

Salud

La salud es un proceso de equilibrio inestable entre el ser humano y el medio ambiente, se da mediante la satisfacción de sus necesidades físicas, culturales, psicológicas y religiosas.

La **salud física** debe entenderse como el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, ya que tiene que ver con nuestro cuerpo; con nuestro caparazón y vehículo el cual nos ha transportado desde el día que nacimos y lo hará hasta el día de nuestra muerte.

La **salud mental** se refiere a la forma en que manejamos nuestra vida diaria y la forma en que nos relacionamos con los demás en distintos ambientes, ejemplo: en la familia, la escuela, el trabajo, en las actividades recreativas y en la comunidad.²⁹

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Describir la violencia de género percibida por pacientes con diagnóstico de aborto en el servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018

Objetivo Específico:

- Determinar tipos de violencia percibido por las pacientes con diagnóstico de aborto
- Medir la intensidad de violencia percibida por las pacientes con diagnóstico de aborto
- Identificar al personal de salud que ejerció violencia según la percepción de las pacientes con diagnóstico de aborto
- Identificar los efectos de la violencia en la salud física y mental percibida por la paciente con diagnóstico de aborto

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, descriptivo, transversal

2.2 POBLACIÓN

Pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de julio del año 2018

2.3 MUESTRA

Unidad de análisis

Cada paciente con diagnóstico de aborto atendida en el servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de julio del año 2018

Tamaño de muestra

La muestra estuvo conformada por 175 pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de julio del año 2018. Se tomó como referencia una población de 322 pacientes con diagnóstico de aborto que fueron atendidas en emergencia, dato obtenido de estadísticas del año 2017.

Para calcular el tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística para una población finita:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Dónde:

- N: 322 tamaño de la población
- d: 0.05 error de muestreo
- Z: 1.96 constante que depende del nivel de confianza

- p: 0.50 proporción que poseen la característica de estudio, al ser desconocida se asignó ($p=0.5$)
- q: (1-p) :0.50 proporción que no poseen la característica de estudio

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de Inclusión

- Pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de julio
- Pacientes que acepten participar en el estudio y comprendan las preguntas.
- Pacientes mayores de 18 años

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no acepten participar del estudio.
- Pacientes que no sean capaces de responder el cuestionario

Criterio de Eliminación

- Pacientes que no completen la encuesta.

2.4 VARIABLE

Percepción de la violencia de género

Sensación de la paciente de haber sido víctima de un acto de violencia basado en su género.

Variables intervinientes:

- Edad
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Ocupación

2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Se identificara a las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal con quienes se procederá a realizar el cuestionario.

Para la recolección de datos se utilizara como instrumento un cuestionario elaborado en base a los objetivos del estudio, que recolectara los factores sociodemográficos de la paciente, el tipo de violencia percibido, la intensidad de violencia percibida durante la atención del personal de salud, que profesional de salud ejerció la violencia y la influencia en la salud física y mental de la mujer. El instrumento fue validado mediante juicio de expertos y sometido a una prueba piloto de 30 encuestas con el que se realizó el análisis de confiabilidad con la prueba Alfa de Cronbach, obteniéndose un puntaje de 0.74 lo que indica que el instrumento tiene una alta confiabilidad.

2.6 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

- Se solicitará autorización de la dirección del Instituto Nacional Materno Perinatal para proceder con el levantamiento de la información.
- En la reunión de aplicación se leerán las consideraciones éticas a emplear y expresaremos la voluntariedad de la participación, y la confidencialidad para efectos de la investigación.
- Se absolverán las consultas pertinentes de los voluntarios participantes, y se procederá a la firma del consentimiento informado, para continuar con la aplicación del instrumento.
- La información se digitalará en Excel.

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Por las características del estudio se solicitará un consentimiento informado, a fin de tener presente en todo momento de la investigación los principios de bioética. Se garantizará la autonomía, solicitando la firma del consentimiento informado; la justicia, asignando al azar a los participantes y la beneficencia – no maleficencia, explicando el uso de la información a recolectar y la confidencialidad de las participantes.

3. RESULTADOS

Tabla 1: Características generales de las pacientes con diagnóstico de aborto del servicio de emergencia, 2018

Características Generales		N	%
Edad	M ± DE (Min - Max)	30.73 ± 7.29	(19 - 49)
Grado de instrucción	Primaria	1	0.6%
	Secundaria	86	49.1%
	Técnica	46	26.3%
	Universitaria	42	24.0%
	Sin estudios	0	0.0%
Estado civil	Soltera	33	18.9%
	Conviviente	110	62.9%
	Casada	32	18.3%
	Otro	0	0.0%
Situación laboral	Estudiante	22	12.6%
	Comerciante	16	9.1%
	Empleada	47	26.9%
	Ama de casa	66	37.7%
	Otro	24	13.7%
Ingreso económico	Menor de 850 soles	20	11.4%
	Entre 850 a 1000 soles	77	44.0%
	Más de 1000 soles	78	44.6%
Total		175	100.0%

Fuente: Autogenerado

En la tabla 1 se muestra que la edad promedio de las pacientes con diagnóstico de aborto del servicio de emergencia fue de 30.73 años; el 49.1% tiene grado de instrucción secundaria, el 26.3% tiene técnica, el 24% tiene universitaria y solo el 0.6% secundaria; respecto al estado civil el predominante fue convivientes con un 62.9% , el 18.9% son solteras y el 18.3% son casadas; con un 37.7% la mayoría refiere ser ama de casa, el 26.9% son empleadas, el 12.6% son estudiantes, el 9.1% son comerciantes y el 13.7% se dedica a otras ocupaciones; respecto al ingreso económico mensual el 44.6% tiene un ingreso mayor de 1000 soles, seguido de un 44% con un ingreso de entre 850 a 1000 soles y con una menor proporción el 11.4% con un ingreso menor a 850 soles.

Tabla 2: Percepción de violencia de género de las pacientes con diagnóstico de aborto del servicio de emergencia, 2018

Percepción violencia de género	N	%
Alta	0	0.0%
Media	4	2.3%
Baja	171	97.7%
Total	175	100.0%

Fuente: Autogenerado

En la tabla 2 se muestra que el nivel de percepción de violencia de género de las pacientes con diagnóstico de aborto fue baja con un 97.7% y fue media con un 2.3%, no se observó un nivel alto de percepción de violencia.

Tabla 3: Violencia de género por el personal de salud percibida por pacientes con diagnóstico de aborto del servicio de emergencia, 2018

Violencia de género por el personal de salud	N	%
Si	55	31.4%
No	120	68.6%
Total	175	100.0%

Fuente: Autogenerado

En la tabla 3 se muestra la violencia de género por el personal de salud percibida por las pacientes con diagnóstico de aborto del servicio de emergencia, el 68.6% no percibió violencia de género mientras que el 31.4% si percibió violencia de género.

Tabla 4: Tipo de violencia percibida por pacientes con diagnóstico de aborto del servicio de emergencia, 2018

Tipo de violencia	N	%
Física (jalón, empujón, arañón)	0	0.0%
Psicológica (gritos, llamadas de atención, insultos, muecas)	55	100.0%
Sexual (acoso, tocamientos indebidos)	0	0.0%
Total	55	100.0%

Fuente: Autogenerado

En la tabla 4 se observa que de las pacientes que percibieron violencia de género por el personal de salud, en el 100% de casos este fue de tipo psicológica.

Tabla 5: Intensidad de violencia percibida por las pacientes con diagnóstico de aborto del servicio de emergencia, 2018

Intensidad de violencia percibida	N	%
Leve (escala 1 a 2)	5	9.1%
Moderada (escala 3 a 5)	40	72.7%
Severa (escala 6 a 7)	10	18.2%
Total	55	100%

Fuente: Autogenerado

En la tabla 5 se muestra que de las 55 pacientes que percibieron violencia durante la atención, 72.7% percibió una intensidad moderada, 18.2 % una intensidad severa y 9.1% una intensidad leve.

Tabla 6: Personal de salud que ejerció violencia según la percepción de las pacientes con diagnóstico de aborto del servicio de emergencia, 2018

Personal de salud que ejerció violencia	N	%
Médico	18	22.5%
Obstetra	16	20.0%
Residente	13	16.3%
Técnico de enfermería	12	15.0%
Enfermera (o)	9	11.3%
Otro	7	8.8%
No identifica al profesional	4	5.0%
Interno	1	1.3%
Total	80	100.0%

Fuente: Autogenerado

En la tabla 6 se observa que el personal de salud que ejerció violencia durante la atención fue en un mayor porcentaje el médico con 22.5%, seguido del obstetra con 20%, el residente con 16.3%, el técnico de enfermería con 15%, la enfermera con 11.3%, el interno con 1.3% y el 8.8% identificaron a otro profesional como responsable de la violencia; mientras que el 5% no logro identificar el personal de salud que ejerció violencia durante la atención.

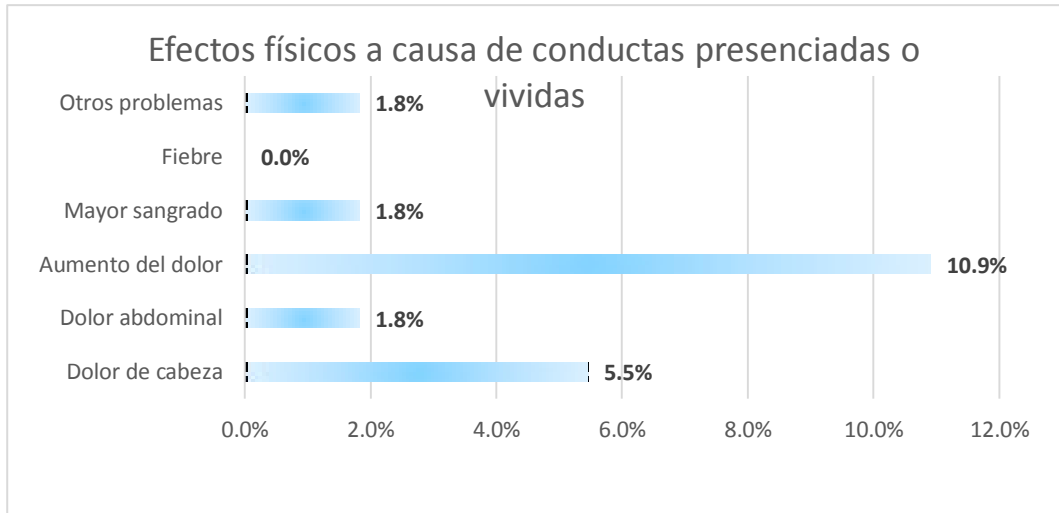
Tabla 7: Influencia de la violencia en la salud física y mental percibida por la pacientes con diagnóstico de aborto del servicio de emergencia, 2018

Influencia de la violencia en la salud física y mental		N	%
Efectos físicos a causa de las conductas presenciadas o vividas	Si	11	20.0%
	No	44	80.0%
Efectos emocionales a causa de las conductas presenciadas o vividas	Si	38	69.1%
	No	17	30.9%
Total		55	100.0%

Fuente: Autogenerado

En la tabla 7 se muestra que a causa de las conductas presenciadas o vividas por las pacientes durante la atención el 20% refirió haber presentado efectos físicos mientras que el 69.1% refirió haber presentado efectos emocionales

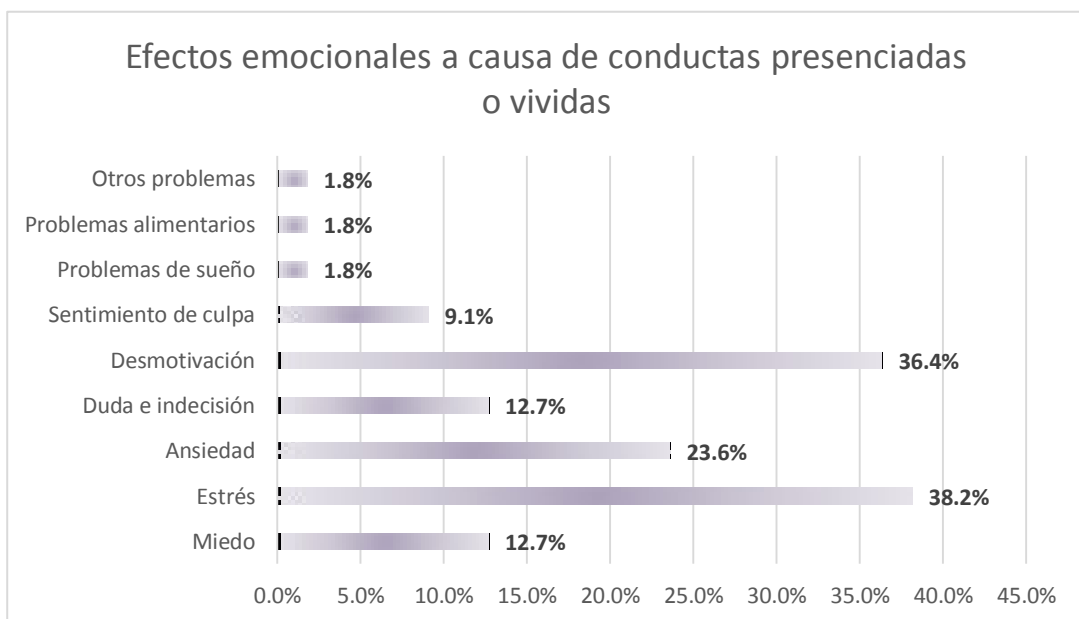
Gráfico 1: Efectos físicos a causa de las conductas presenciadas o vividas por la pacientes con diagnóstico de aborto del servicio de emergencia, 2018



Fuente: Autogenerado

En el gráfico 1 se observa que las pacientes señalaron el aumento del dolor con un 10.9% y el dolor de cabeza con un 5.5% como los principales efectos físicos a causa de las conductas presenciadas o vividas.

Gráfico 2: Efectos emocionales a causa de las conductas presenciadas o vividas por la pacientes con diagnóstico de aborto del servicio de emergencia, 2018



Fuente: Autogenerado

En el gráfico 2 se observa que las pacientes señalaron el estrés y la desmotivación como los principales efectos emocionales a causa de las conductas presenciadas o vividas con un 38.2% y un 36.4% respectivamente; entre otros efectos emocionales causados por la conductas presenciadas o vividas se encuentran la ansiedad con un 23.6%, duda e indecisión y miedo ambos con un 12.7%, sentimiento de culpa con un 9.1%; y problemas de sueño, problemas alimentarios y otros problemas con tan solo el 1.8%

Tabla 8: Situaciones o momentos en donde se presentan las conductas violentas percibidas por pacientes con diagnóstico de aborto del servicio de emergencia, 2018

Situaciones o momentos en los que se presentan conductas violentas		N	%
Durante la atención médica	Si	30	54.5%
	No	22	40.0%
	No se acuerda	3	5.5%
Durante la atención de otro profesional	Si	29	52.7%
	No	23	41.8%
	No identifica al profesional	3	5.5%
Durante la administración de tratamientos del profesional de Obstetricia	Si	1	1.8%
	No	53	96.4%
	No identifica al profesional	1	1.8%
Durante la administración de tratamientos del personal técnico	Si	1	1.8%
	No	53	96.4%
	No identifica al profesional	1	1.8%
Durante la ejecución de procedimientos invasivos (curaciones, sondas)	Si	7	12.7%
	No	47	85.5%
	No identifica al profesional	1	1.8%
Cuando solicita atención	Si	10	18.2%
	No	45	81.8%
Durante las entregas de turno	Si	4	7.3%
	No	50	90.9%
	No se acuerda	1	1.8%
Total		55	100.0%

Fuente: Autogenerado

En la tabla 8 se observa que las principales situaciones o momentos en el cual se presentó violencia fue del 54.5% durante la atención médica, el 52.7% durante la atención de otro profesional y el 18.2% cuando solicitaba atención. En menor proporción se observó las siguientes situaciones o momentos: 12.7% durante la ejecución de procedimientos invasivos, 7.3% durante las entregas de turno y 1.8% durante la administración de tratamientos del profesional de obstetricia y del personal técnico.

4. DISCUSIÓN

La violencia de género constituye un grave problema para la salud pública y forma parte de nuestra realidad social, esta violencia se observa también en el ámbito de la atención brindada por los servicios de salud y se debería tomar la debida importancia como en los casos de mujeres que han sufrido de aborto pues se encuentran en un estado de vulnerabilidad.

Cabrera y Riera en su estudio hallaron las características sociodemográficas de las pacientes post aborto, que muestra que el 31,7% correspondió a mujeres mayores de 36 años de edad y únicamente el 3,3% a menores de 20 años, siendo el promedio 31,8 años. El 45,5% de mujeres estuvo casada y el 25,3% fue soltera. El 50,4% de mujeres trabaja en el ámbito privado y tan solo el 2,4% estudiaba. El 43,1% de mujeres culminaron sus estudios de tercer nivel y únicamente el 0,8% no tuvo ningún nivel de instrucción²⁷. El cual difiere al hallado en el presente estudio donde la edad promedio fue de 30.73 años; el estado civil predominante fue convivientes con un 62.9%, el 18.9% son solteras y el 18.3% son casadas; con un 37.7% la mayoría refiere ser ama de casa, y un 12.6% son estudiantes; una mayor cantidad de mujeres refirió tener grado de instrucción secundaria representado por el 49.1%. Resultados similares se hallaron en el estudio de Guerrero donde el 78.6% tenían estado civil conviviente, la ocupación más frecuente fue la de ama de casa con 84.3%, la mayor parte de pacientes presentó nivel de instrucción secundario con 56,4%.²⁸

Pereira y Domínguez en su estudio encontraron que entre las 326 encuestadas, 86 (26.3%) de ellas manifestaron haber sufrido algún maltrato, irrespeto, actitud de desprecio o burla, agresión verbal o física, durante su atención por parte del personal de salud. Se observó violencia de forma verbal en el 100 % de los casos y violencia física en el 3,5 % de los casos¹⁰. Resultados similares se encontraron en el presente estudio donde el 31.4% de las encuestadas si percibió violencia de género por el personal de salud, de las cuales el 100% manifestó que fue de tipo psicológica.

Acerca del personal de salud que ejerció violencia durante la atención se encontró en un mayor porcentaje al médico con un 22.5%, seguido del obstetra

con un 20%, el residente con un 16.3%, el técnico de enfermería con un 15%, la enfermera con un 11.3%. Mientras Castelo R, Castelo R y Rodríguez D en su estudio hallaron que un 44% evaluó la calidad de trato del personal de enfermería como bueno o muy bueno, siendo similar a los hallado en el presente estudio; sin embargo también se encontró: del personal médico evaluado (29) el trato brindado fue calificado como bueno o muy bueno en 25 de ellos.

Velastegui en su estudio acerca de la vinculación existente entre las distintas formas de violencia y los trastornos de la salud en la mujer, encontró que la cefalea predominó en las mujeres víctimas de violencia psicológica y económica, los trastornos del sueño preponderaron en las víctimas de violencia física, económica y sexual. Los dolores musculares están más asociados a la violencia física, psicológica y económica. También está la grave repercusión que tiene la violencia sobre la salud mental, y es así que todas las formas de violencia desencadenan consecuencias emocionales como ansiedad y depresión¹³. En el presente estudio se encontraron resultados similares donde el 20% de las encuestadas refirió haber presentado efectos físicos a causa de las conductas presenciadas o vividas, señalándose como los principales aumento del dolor con un 10.9% y dolor de cabeza con un 5.5%; mientras que el 69.1% refirió haber presentado efectos emocionales señalando el estrés y la desmotivación como los principales efectos emocionales con un 38.2% y un 36.4% respectivamente, seguido de la ansiedad con un 23.6%.

En la presente investigación se encontró que el 72.7% percibió una intensidad moderada de violencia durante la atención entre las 55 pacientes que percibieron violencia. De Anda, Díaz-Cortés y Prado-Aguilar en su estudio encontraron que las pacientes no perciben el trato de los médicos como una forma de violencia y lo justifica en relación al trato esperado que pueden recibir dentro de la institución, internalizándolo como un acto normal²⁹.

5. CONCLUSIONES

- Los tipos de violencia percibidos por las pacientes fueron psicológica en el 100% sin encontrarse otro tipo de violencia, respecto al 31.4% que refirieron percibir violencia durante la atención.
- De las 55 pacientes que percibieron violencia durante la atención, el 72.7% percibió una intensidad moderada, el 18.2 % una intensidad severa y el 9.1% una intensidad leve.
- El personal de salud que ejerció violencia durante la atención desde la perspectiva de la paciente fue en un mayor porcentaje el médico, seguido del obstetra, el residente, el técnico de enfermería, la enfermera y el interno, el 8.8% identifica a otro profesional como responsable de la violencia; mientras que el 5% no logro identificar el personal de salud que ejerció violencia durante la atención.
- Debido a las conductas presenciadas o vividas por las pacientes durante la atención el 20% refirió haber presentado efectos físicos, siendo los principales el aumento del dolor y el dolor de cabeza; mientras que el 69.1% refirió haber presentado efectos emocionales, como los principales el estrés, la desmotivación y la ansiedad.

6. RECOMENDACIONES

- Las instituciones de salud debido al carácter importante del tema de violencia durante la atención del personal de salud precisan realizar charlas informativas enfocadas en temas como la autoestima, empoderamiento y trato digno para todas las pacientes que acudan al servicio y especialmente aquellas que perciban violencia, también se deberá promover el conocimiento y respeto de sus derechos fundamentales según lo dicta la Constitución Política del Perú 1993 con el fin de saber actuar ante una injusticia, todo ello en beneficio de las mujeres.
- El hospital requiere de una mejora en la atención brindada mediante la capacitación del profesional de salud centrándose no solo en la calidad y calidez de la atención sino desde un enfoque de género, ya que ellos son el primer agente a quien las pacientes acuden en busca de atención y solución de sus problemas.
- Se debe sensibilizar al personal de salud sobre la influencia que produce la violencia durante la atención, en la salud física y mental de las pacientes y con mayor énfasis en aquellas mujeres que atraviesan una pérdida reproductiva.
- En caso la paciente quiera realizar denuncia o reclamo se requiere orientarla en el proceso para presentarlo en el libro de reclamaciones de la institución.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Decreto supremo que aprueba el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021”. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. 2016
2. Barria C, Rivera L. Salud y género. Una mirada sobre la violencia obstétrica. Revista diálogos. Universidad Nacional de San Luis - Facultad de Ciencias Humanas. 2016. 5(1): 97-103
3. Enríquez R. Maltrato de género en el ámbito de la salud. Revista Cultura del Cuidado. 2013. 10(1): 73-84
4. Alvarez E, Russo P. Violencia obstétrica: naturalización del modelo de atención medico hegemónico durante el proceso de parto. Universidad nacional de Córdoba. 2016
5. Tassler M. La angustia como problema de género. *GénEros*, 2016. 4(12), 38-43.
6. Tamayo M. Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia. 2015
7. Pereira C, Domínguez A. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Rev. obstet. ginecol. Venezuela; 2015. 75(2):81-90
8. Fleury S, Bicudo V & Rangel G. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud colectiva*, 2013. 9(1), 11-25.
9. De Anda G, Díaz-Cortés M, Prado-Aguilar C. "Etnografía del poder en la relación médico paciente, identificación de una forma de violencia simbólica hacia las mujeres en el Programa de Salud Reproductiva." *Lux Médica*, 2018. 8(24), 23-31.
10. Guerrero C. "Características clínico epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de aborto en el hospital de apoyo Nuestra Señora de las Mercedes-Paita durante el período julio a diciembre 2017." Universidad Nacional de Piura – Facultad de Ciencias de la Salud, 2018.
11. Collins, H. La atención de mujeres con complicaciones post-aborto en un hospital público del Partido de La Matanza: la perspectiva de los profesionales de la salud. 2014.

12. Contreras-Tinoco K. Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* 2018; 3(2), 52-70
13. Elescano, Yuri. Características del trato al usuario de consultorios externos del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, 2016 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios-Facultad de Educación. 2017
14. Moya G & Rivera D. Calidad del cuidado de la enfermera y grado de satisfacción en las necesidades emocionales y espirituales en mujeres postaborto Hospital, Belén de Trujillo 2015.
15. Castelo R, Castelo R, & Rodríguez D. Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. *Revista Cubana de Enfermería*, 2016. 32(3), 0-0
16. Cabrera B, Riera R. Evaluación de percepciones, actitudes y conducta sexual en mujeres post-aborto atendidas en el "Hospital José Carrasco Arteaga". Cuenca. 2016. [BS thesis]. Universidad De Cuenca Facultad De Ciencias Médicas Escuela De Medicina, Ecuador, 2017.
17. Gamarra A. Percepción de la atención y orientación en las usuarias de post aborto (APA-AMEU). Hospital "María Auxiliadora" Febrero Abril de 2009. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 2016. 5(1).
18. Pérez J, Urcuyo C. Efecto psicológicos por perdida reproductiva en mujeres atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua-Granada II semestre 2014. Otra thesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. 2016
19. Velastegui P. *Violencia hacia la mujer: efectos sobre la salud. Subcentro de Salud San Andrés 2016* (Master's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Dirección de Posgrado, 2016.
20. Yugueros G. La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. Barataria. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*. 2014
21. Crisóstomo M. Violencia contra las mujeres rurales: una etnografía del Estado Peruano. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2016.
22. Violencia contra la mujer. Organización Mundial de la Salud. 2017

23. Violencia basada en género. Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Perú. 2016.
24. Santos, K. "Violencia obstétrica: conceptualizaciones desde las usuarias y profesionales de la salud". Artículo científico, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. 2016
25. García C. Derecho a la salud y violencia de género. 2016
26. Castro R & Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 2014. 19(1).
27. Enciclopedia de Conceptos. Percepción. 2017. Disponible en: [<https://concepto.de/percepcion/>]
28. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de práctica clínica. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2013
29. Velázquez C. Salud física y emocional. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2013

8. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

La presente investigación tiene como objetivo describir la violencia de género percibida por pacientes con diagnóstico de aborto en el servicio de emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal.

La información a recolectar, será confidencial, es decir, la información estará contenida en este documento de consentimiento informado, se tiene el derecho de saber los resultados, los cuales serán adecuadamente informados personalmente entre el personal de investigación y las participantes. Solamente el investigador principal o su personal autorizado tendrán acceso a la información de identificación de las participantes.

La negativa a no participar no acarreará penalidades, ni a sus familiares, ni se penalizará. La información se empleará para publicaciones científicas en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cualquier otro uso de los datos, tendrá que ser adecuadamente comunicada a cada participante o en su defecto tener aprobación por un Comité de ética o por pedido de juez. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Reque Yactayo, Ericka Shassira al 993760462 o al correo electrónico: esry_28@hotmail.com

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

_____	_____	_____
Apellidos y nombre de la participante	Firma	Fecha

_____	_____	_____
Apellidos y nombre del investigador	Firma	ID

Anexo 2: Instrumento recolector de datos

I. Parte: Datos personales

- ¿Cuántos años tiene usted? _____ años.
- Respecto a los estudios, ¿Cuál es el grado de instrucción que tiene?
Primaria: () _____ Secundaria: () _____
Técnica: () _____ Universitaria: () _____
Sin estudios: _____
- ¿Cuál es su estado civil?
Soltera: () Conviviente: ()
Casada: () Otro: () _____
- ¿Cuál es su situación laboral actual?
Estudiante: () Comerciante: ()
Empleada: () Ama de casa: ()
Otro: () _____
- ¿Cuál es su ingreso económico mensual en la familia?
Menor de 850 soles: () Entre 850 a 1000 soles: ()
Más de 1000 soles: ()

II. Parte: Percepción de la atención

6. Durante su atención en la institución ha percibido algún tipo de conducta violenta por parte del personal que labora en el establecimiento de salud:

Sí () No ()

7. Si respondió a afirmativamente a la pregunta 6, responda a la siguiente pregunta:

¿Esta conducta violenta percibida fue de tipo?:

- () Física (jalón, empujón, arañón)
- () Psicológica (gritos, llamadas de atención, insultos, muecas)
- () Sexual (acoso, manoseos, tocamientos indebidos)

8. A continuación se presentará una serie de conductas, las cuales deberá señalar para indicar, según su punto de vista, cual presenció durante la atención:

CONDUCTAS	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1. Sufrió alguna vez amenazas de cualquier tipo.					
2. Presenció amenazas de cualquier tipo hacia otras pacientes					

3. Algún personal se dirigió a Ud. en un tono de voz inapropiado o violento.					
4. Observó que algún personal se dirigió a otra paciente en un tono de voz inapropiado o violento.					
5. Recibió golpes en la mano.					
6. Presenció golpes en la mano hacia algún paciente					
7. Observó alguna mirada insinuante.					
8. Hubo falta de atención o negligencia con Ud.					
9. Hubo falta de atención o negligencia con algún paciente.					
10. Hubo falta de información sobre los procedimientos.					
11. Fue víctima de atropellos y/o tirones.					
12. Fue testigo de atropellos y/o tirones a los pacientes.					
13. Padeció alguna exposición innecesaria del cuerpo.					
14. Vio que hubo alguna exposición innecesaria del cuerpo en otra paciente					
15. Fue víctima de actos de humillación, burlas o sarcasmos					
16. Fue testigo de actos de humillación, burlas o sarcasmos					
17. El personal de salud la forzó a colocarse en alguna posición, para la evaluación.					
18. Fue víctima de un trato con frialdad.					
19. Sintió que el personal trató con frialdad a los pacientes.					
20. Padeció acoso por el personal de salud.					
21. Fue testigo de acoso a pacientes por el personal de salud					
22. Fue víctima de un actuar brusco durante la administración del tratamiento.					
23. Presenció un actuar brusco durante la administración del tratamiento hacia otra paciente					
24. Fue víctima de contactos físicos o roces innecesarios por parte del personal de salud.					
25. Observo contactos físicos o roces innecesarios por parte del personal de salud.					

9. Respecto a esta(s) conducta(s) observada(s) por usted, mencione ¿qué tan intensa o grave la califica?

En un puntaje de 0 a 7 (donde 0 no muestra conducta agresiva, 1 es mínimo y 7 es el máximo de gravedad o intensidad)

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

10. Identifique al personal de salud que ejerció cualquier tipo de conducta violenta durante la atención:

- | | |
|------------------|----------------------------------|
| Ninguno () | Técnico de enfermería () |
| Medico () | Residente () |
| Obstetra () | Interno () |
| Enfermera(o) () | No identifica al profesional () |
| Otro () _____ | |

11. En alguna situación o momento presentó algún tipo de comportamiento o conducta que consideró violento:

Si () No ()

*Si la respuesta fue "Sí", mencione en qué momento:

Durante la atención médica

Sí () No () No identifica al profesional (...)

Durante la atención de otro profesional

Sí () No () No identifica al profesional (...)

Durante la administración de tratamientos del profesional de Obstetricia.

Sí () No () No identifica al profesional (...)

Durante la administración de tratamientos del personal enfermería

Sí () No () No identifica al profesional (...)

Durante la ejecución de procedimientos invasivos Sí () No ()

Cuando solicitó atención Sí () No ()

Durante las entregas de turno Sí () No ()

Otras situaciones (especificar)

12. ¿Presentó efectos físicos a causa de las conductas presenciadas o vividas?

Sí () No ()

Si la respuesta fue SI, ¿Cuáles fueron los efectos presentados?

Manifestaciones físicas	
Dolor de cabeza	()
Dolor abdominal	()
Aumento del dolor	()
Mayor sangrado	()
Fiebre	()
Otros problemas:	_____

13. ¿Presentó efectos emocionales a causa de las conductas presenciadas o vividas?

Sí () No ()

Si la respuesta es SI, ¿Cuáles fueron los efectos presentados?

Manifestaciones emocionales	
Miedo	()
Estrés	()
Ansiedad	()
Duda e indecisión	()
Desmotivación	()
Sentimiento de culpa	()
Problemas de sueño	()
Problemas alimentarios	()
Otros problemas:	_____

Anexo 3: Certificado de validez de contenido del instrumento

Juicio de expertos

Nombre del Experto:

Profesión:

Ocupación:

Grado Académico:

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, le solicitamos su opinión sobre el instrumento que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	Observación
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuado			
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)			
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.			
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.			
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.			

Firma de Experto

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [] **Aplicable después de corregir** []
 No aplicable []

DNI:

Especialidad del validador:

Validación estadística de instrumentos por expertos

Prueba Binomial: Juicio de Expertos

CRITERIOS	JUEZ						P
	1	2	3	4	5	6	
1. El instrumento recoge información que permita dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	0	0.219
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	0.031
3. La estructura del instrumento es adecuado.	1	1	1	1	1	0	0.219
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas (claras y entendibles)	1	1	1	0	1	0	0.688
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalización de variables.	1	1	1	1	1	1	0.031
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	0.031
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	1	1	1	1	1	1	0.031
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación. .	1	1	1	0	1	1	0.031

Se ha considerado lo siguiente:

1 (SI) = De acuerdo

0 (NO) = En desacuerdo

En el cuadro anterior se observa la opinión de 5 expertos sobre el instrumento, según los criterios señalados, teniendo en cuenta que un valor $p < 0.05$, simboliza que existe evidencia significativa para establecer la concordancia entre los jueces expertos. Los resultados revelan que existe concordancia favorable entre los 5 jueces expertos sobre los criterios 2, 5, 6 y 7 y 8 sin embargo, se ha tomado en cuenta las recomendaciones de los jueces de expertos para la mejora del instrumento, en el criterio 1,3, 4 pues no obtuvo concordancia ($p > 0.05$) entre los jueces.

Anexo 4: Confiabilidad de alfa de Cronbach: percepción de conductas violentas en el servicio de emergencia

Para obtener la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 30 pacientes a quienes se les realiza el estudio sobre percepción de conductas violentas. Se obtuvo un coeficiente de Alfa de Cronbach, con un puntaje de **0.74** lo cual indica que el instrumento tiene una **alta confiabilidad**.

N	ITEM																									Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
1	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	121
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	3	2	3	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	113
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
9	5	5	5	5	5	5	5	3	5	3	5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	117
10	5	3	5	5	5	5	5	3	2	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	112
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
14	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	121
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
17	5	5	5	3	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	120
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
20	5	5	3	3	5	5	5	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	115
21	5	5	3	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	121
22	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	124
23	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
24	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	124
25	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	123
26	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	120
27	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	3	5	5	5	5	5	118
28	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	122
29	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	122
30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
Varianza	0.00	0.13	0.30	0.26	0.00	0.00	0.00	0.34	0.79	0.59	0.03	0.00	0.28	0.33	0.26	0.03	0.35	0.21	0.19	0.00	0.00	0.16	0.00	0.00	0.00	14.62	
Suma_var	4.26																										

Leyenda 1 :menor calificación
5 : mayor calificación

k (ITEM) 25
N 30
r-Alpha de Cronbach 0.74

Anexo 5: Operacionalización de la variable

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Tipo	Escala	Indicadores	Ítem	Categorías	Valores finales
Percepción de violencia de género	Sensación de la paciente de haber sido víctima de un acto de violencia basado en su género	Frecuencia de la violencia de género	Cualitativa	Nominal	Porcentaje de pacientes que perciben violencia de género.	¿Durante su atención en la institución ha percibido algún tipo de conducta violenta por parte del personal que labora en el establecimiento de salud?	Si=1 No=2	
		Tipo de violencia de género	Cualitativa	Nominal	Porcentaje de pacientes que perciben algún tipo de conducta violenta.	¿Esta conducta violenta percibida fue de tipo?:	Física=1 Psicológica=2 Sexual=3	
		Conductas de violencia de género	Cualitativa	Nominal	Porcentaje de pacientes que perciben o son víctimas de comportamientos violentos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sufrí alguna vez amenazas de cualquier tipo. 2. Presenció amenazas de cualquier tipo hacia otras pacientes 3. Algún personal se dirigió a Ud. en un tono de voz inapropiado o violento 4. Observó que algún personal se dirigió a otra paciente en un tono de voz inapropiado o violento 5. Recibió golpes en la mano. 6. Presenció golpes en la mano hacia algún paciente 7. Observó alguna mirada insinuante. 8. Hubo falta de atención o negligencia con Ud. 9. Hubo falta de atención o negligencia con algún paciente 10. Hubo falta de información sobre los procedimientos. 11. Fue víctima de atropellos y/o tirones 12. Fue testigo de atropellos y/o tirones a los pacientes. 13. Padeció alguna exposición innecesaria del cuerpo. 14. Vio que hubo alguna exposición innecesaria del cuerpo en otra paciente 15. Fue víctima de actos de humillación, burlas o sarcasmos. 16. Fue testigo de actos de humillación, burlas o sarcasmos 17. El personal de salud la forzó a colocarse en alguna posición para la evaluación 18. Fue víctima de un trato con frialdad. 19. Sintió que el personal trató con frialdad a los pacientes. 20. Padeció de acoso por el personal de salud. 21. Fue testigo de acoso a pacientes por el personal de salud 22. Fue víctima de un actuar brusco durante la administración del tratamiento 23. Presenció un actuar brusco durante la administración del tratamiento hacia otra paciente 24. Fue víctima de contactos físicos o roces innecesarios por parte del personal de salud. 25. Observó contactos físicos o roces innecesarios por parte del personal de salud. 	Siempre=1 Casi siempre=2 A veces=3 Casi nunca=4 Nunca=5	Percepción alta Percepción media Percepción baja
		Nivel de violencia de género	Cualitativa	Nominal	Intensidad o gravedad de la violencia de género percibida	Respecto a esta(s) conducta(s) observada(s) por usted, mencione ¿qué tan intensa o grave la califica?	Escala del 1 al 7	Leve Moderada Severa
		Profesional de salud que ejerce violencia de género	Cualitativa	Nominal	Tipo de profesional que ejerce alguna conducta violenta	Identifique al personal de salud que ejerció cualquier tipo de conducta violenta durante la atención:	Medico Obstetra =1 Enfermera(o)=2 Técnico de enfermería=3 Residente=4 Interno=5	

	Situación de la violencia de género	Cualitativa	Nominal	Momento, lugar o circunstancia en que se llevó a cabo la conducta violenta	Mencione en qué situaciones o en qué momentos se presentan estas conductas:	Durante la atención médica	Sí - No
						Durante la atención de otro profesional	Sí - No
						Durante la administración de tratamientos del profesional de Obstetricia	Sí - No
						Durante la administración de tratamientos del personal técnico	Sí - No
						Durante la ejecución de procedimientos invasivos	Sí - No
						Cuando solicita atención	Sí - No
						Durante las entregas de turno	Sí - No
	Efectos de la violencia de género	Cualitativa	Nominal	Manifestaciones físicas y/o emocionales en la salud de la paciente	Mencione los efectos físicos que usted presenta cuando ha sido víctima de estas conductas.	Dolor de cabeza	Sí - No
						Dolor abdominal	Sí - No
						Aumento del dolor	Sí - No
						Mayor sangrado	Sí - No
						Fiebre	Sí - No
						Miedo	Sí - No
						Estrés	Sí - No
Mencione los efectos emocionales que usted presenta cuando ha sido víctima de estas conductas.	Ansiedad	Sí - No					
	Duda e indecisión	Sí - No					
	Desmotivación	Sí - No					
	Sentimiento de culpa	Sí - No					
	Problemas de sueño	Sí - No					
	Problemas alimentarios	Sí - No					