

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
ESCUELA DE POSTGRADO

**“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL EMBARAZO Y MORBILIDAD MATERNA,
EN GESTANTES DE LA MICRO RED SOCOTA, CAJAMARCA DURANTE LOS
MESES DE MARZO - MAYO DEL 2016”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
EN OBSTERICIA DE RIESGO Y EMERGENCIAS
OBSTETRICAS**

AUTORA

Obsta. MAYBRITH DEL CARMEN ZAGAL RIOS

ASESOR

MG. OBST. MARÍA ALMEYDA DE BERNAL

CHICLAYO

2019

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL EMBARAZO Y MORBILIDAD MATERNA, EN GESTANTES DE LA MICRO RED SOCOTA, CAJAMARCA DURANTE LOS MESES DE MARZO - MAYO DEL 2016”

Tesis presentada para optar el Grado Académico de Especialista en Obstetricia de Riesgo y Emergencias Obstétricas.

OBSTA. MAYBRITH DEL CARMEN ZAGAL RIOS

AUTORA

MG. MARIA ALMEYDA DE BERNAL

ASESOR

Aprobado por el siguiente jurado:

MG. NORMA TATIANA MILIAN LIZA DE ESCOBAR

PRESIDENTE

MG. RUBIN EBENEZER RAMOS CASTRO

SECRETARIO

MG. PERCY CARLOS MORANTE GAMARRA

VOCAL



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
ESCUELA DE POSTGRADO



**“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL EMBARAZO Y MORBILIDAD MATERNA,
EN GESTANTES DE LA MICRO RED SOCOTA, CAJAMARCA DURANTE LOS
MESES DE MARZO - MAYO DEL 2016”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
OBSTERICIA DE RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS**

AUTORA

Obsta. MAYBRITH DEL CARMEN ZAGAL RIOS

ASESOR

MG. OBST. MARÍA ALMEYDA DE BERNAL

CHICLAYO

2019

DEDICATORIA

A DIOS, por permitirme llegar a este momento tan especial de la vida, por los triunfos y los momentos difíciles que enseñan y permite valorarlo cada día más.

A mis Padres LUIS Y SILVIA por ser los mejores que me pudo dar Dios en mi vida, por ser el pilar de nuestro hogar y por estar conmigo durante todo el trayecto de mi vida.

A mis hermanos SUSANN, JORGE Y LUIS por su apoyo y cariño, por estar en los momentos más importantes de mi vida y seguir las enseñanzas que nos brindó nuestros Padres sobre la importancia de la unión familiar.

A mi esposo JOSE por estar siempre conmigo en los momentos malos y buenos de nuestras vidas por el apoyo incondicional que me brinda en mis metas trazadas como profesional.

MAYBRITH

AGRADECIMIENTO

Expresar un agradecimiento a todas las personas que han brindado el apoyo y colaboración en esta investigación.

A las madres gestantes del Distrito de SOCOTA que colaboraron y cooperaron en el proceso de la investigación, ya que su disposición permitió desarrollar el trabajo ameno dedicando parte de su tiempo.

A los mejores amigos, que estuvieron a mi lado como mi familia sin esperar nada a cambio compartiendo su tiempo, alegría y tristezas, que cuando más los necesito están allí para todo.

Al Asesor y colaboradores quienes con la experiencia y dedicación encaminaron el desarrollo de la investigación permitiendo así culminar el informe.

Índice

Páginas	N° 68
Datos Informativos	Pág.
Introducción	8
Resumen	10
Abstract	11
CAPTULO I	
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1. Antecedentes de Estudios Anteriores	12
1.2. Realidad Problemática	17
1.3. Formulación del Problema	20
A) Problema General	20
B) Problemas Específicos	20
1.4. Justificación e Importancia de la Investigación	21
1.5. Objetivos de la Investigación	22
1.5..1. Objetivo General	22
1.5.2. Objetivos Específicos	22
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO CIENTÍFICO	
2.1. Marco de Referencia	23
A) Marco Teórico	23
B) Marco Conceptual	27
2.2. Variables	29
2.2.1. Identificación de las Variables	29
2.2.1.1. Variable Independiente	29
2.2.1.2. Variable Dependiente	29
2.3. Definición de las Variables	30
2.3.1. Definición Conceptual	30

2.3.2. Definición Operacional	30
2.4. Operacionalización de las Variables	31
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo de Investigación	33
3.2. Diseño de Investigación	33
3.3. Población y Muestra	33
3.4. Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
3.5. Validación y confiabilidad de los instrumentos	36
3.6. Métodos y procedimientos para la recolección de datos	36
3.7. Análisis estadístico y representación de los resultados	37
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1. Presentación y análisis de la Información	38
4.1.1. Resultados	38
4.1.2. Análisis de la información	45
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	61

Introducción

En el Perú, la violencia física y sexual la sufren el 38,4% de las mujeres de parte de los esposos o compañeros ¹.

La violencia familiar y sexual constituye una manifestación de desigualdad del poder existente entre miembros de una familia. Las cifras revelan que un grupo importante de hogares en el Perú conviven con una realidad violenta en su entorno familiar. Esta situación se concentra en los grupos de entre seis a cuarenta y cinco años de edad siendo los niños, niñas, adolescentes y mujeres las principales víctimas de la violencia familiar y sexual en el país².

Entre los casos de violencia familiar y sexual atendidos en los Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, la agresión en contra de las mujeres (niñas, adolescentes, adultas y adultas mayores) es considerablemente más alta que contra los varones, (87% frente al 13% de víctimas varones)³.

Estudiar la violencia familiar de la mujer durante el embarazo, busca establecer entre otras cosas, la fuerza de la asociación entre este problema social cada vez más frecuente, con las complicaciones maternas y neonatales que ello conlleva⁴.

Las muertes violentas de mujeres embarazadas o en el puerperio (sea por homicidio o suicidio) se consideran accidentales y por lo tanto, son excluidas de la definición de muerte materna. La violencia durante el embarazo o el postparto se considera una causa relacionada con la muerte materna, pero no se incluye dentro de las causas indirectas. En el caso de las muertes violentas, es poco común que los embarazos sean identificados, siendo esos fallecimientos clasificados como muertes de mujeres provocadas por lesiones externas⁵.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define la defunción materna no relacionada con el embarazo o muerte materna no obstétrica como la muerte que resulta de causas

accidentales o incidentales, no relacionadas con el embarazo o su atención y que ocurre durante el embarazo o dentro del año de la finalización del mismo⁶.

Al no considerarse a la violencia como causa obstétrica indirecta de muerte materna, no se identifica cuál es su dimensión e impacto entre todas las causas. Habitualmente estos fallecimientos se registran sólo como muertes de mujeres por violencia, pero sin referencia alguna al estado de embarazo o puerperio⁵.

La multiplicidad de factores asociados a las muertes maternas por violencia complejiza las acciones del sector salud dirigidas a reducirlas. Debido a que existen factores que se encuentran por fuera del ámbito del sector salud, la violencia durante el embarazo y su consecuencia más grave, la muerte materna, debe tener una estrategia amplia de abordaje⁵.

La presente investigación, permitió conocer un problema social muy frecuente en la actualidad, donde la violencia intrafamiliar que está presente en la mayoría de los hogares y que de no ser detectada a tiempo puede tener repercusiones no solo de tipo físico o psicológico, sino a nivel del estado de salud de las personas, en especial de las madres gestantes y de sus hijos por nacer.

Estos resultados estarán orientados a buscar los medios de superación de esta problemática a través de los establecimientos de salud de las distintas localidades, enfocándose a la detección oportuna de los casos de violencia dentro de los hogares de las gestantes, y buscar sumar esfuerzos a través de las autoridades locales y regionales en busca de estrategias conjuntas que contribuyan a erradicar la violencia en la población.

Resumen

Con el objetivo de determinar la asociación entre la violencia intrafamiliar en el embarazo y morbilidad materna, se realizó el presente estudio de tipo analítico, prospectivo, cuantitativo, transversal, de casos y controles en la Micro Red de Salud MINSA, Súcota, durante los meses Marzo - Mayo 2016, con una muestra de 66 gestantes a las cuales se les aplicó un cuestionario para recoger la información y asimismo se les aplicó Cuestionario, para determinar la presencia de violencia doméstica en la gestante, debidamente validada. Los resultados principales fueron: El 37,9% de las gestantes de la localidad de Súcota presentó violencia en inicio y 3% tuvo violencia ya presente. Las gestantes con violencia intrafamiliar están entre 18 a 23 años, con unión conyugal estable, grado de instrucción primaria, son amas de casa y todas procedentes de la zona rural. Se encontró asociación estadística significativa entre la violencia intrafamiliar y presencia de morbilidad durante el embarazo ($p<0,05$), las gestantes con inicio de violencia intrafamiliar y con violencia establecida presentaron morbilidad durante el embarazo en el 84% y 100%

Palabras clave: violencia intrafamiliar, embarazo, morbilidad,

Abstract

With the aim of determining the association between intrafamily violence in pregnancy and maternal morbidity, the present analytical, prospective, quantitative, cross-sectional study of cases and controls was carried out in the MINSA Health Network, Sócota, during the months March - May 2016, with a sample of 66 pregnant women to whom a questionnaire was applied to collect the information and also a Questionnaire was applied to determine the presence of domestic violence in the pregnant woman, duly validated. The main results were: 37.9% of pregnant women in the town of Sócota presented violence at the beginning and 3% had violence already present. Pregnant women with intrafamily violence are between 18 and 23 years old, with a stable conjugal union, primary education level, are housewives and all come from the rural area. A statistically significant association was found between intrafamily violence and presence of morbidity during pregnancy ($p < 0.05$), pregnant women with intrafamily violence and with established violence had morbidity during pregnancy in 84% and 100%

Keywords: intrafamily violence, pregnancy, morbidity,

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Antecedentes de estudios anteriores

Cepeda A., y cols. en México (2011), en su trabajo “Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo”, de cohorte de 250 pacientes (125 sin violencia y 125 con violencia) realizado con el objetivo de establecer la fuerza de asociación entre violencia familiar durante el embarazo, recién nacidos de peso bajo y complicaciones maternas, donde se calcularon los riesgos relativos, Chi cuadrada y análisis de residuos de regresión lineal, obtuvieron como resultados que la violencia física incrementa en dos veces el riesgo de obtener recién nacidos de peso bajo (IC al 95% de 1.086 a 3.956) y cinco veces las toxicomanías (IC al 95% de 1.811 a 14.447). También se documentó la asociación con óbitos y trauma abdominal (residuos tipificados), concluyendo que la violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos y que durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, trauma abdominal y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas) ⁴.

Rea Iza en Ecuador (2012), en su trabajo “La influencia de la violencia intrafamiliar para el embarazo de las adolescentes”, de tipo descriptivo, observacional, realizado con el objetivo de estudiar la influencia de la violencia intrafamiliar para el embarazo de las adolescentes, obtuvo como resultados, que esta relación influye de manera significativa, considerando que las jóvenes investigadas observan a la violencia domestica como la perturbación más grande en sus vidas para su adecuada progresión cognitivo - emocional a nivel personal. Los factores más significativos que muestran las jóvenes indagadas dentro del contexto familiar violento es la falta de afecto, cariño, comprensión, confianza, seguridad, comunicación, sobre todo la falta de un hogar lleno de carisma y felicidad entre sus miembros. Concluyendo que los test aplicados muestran que el tipo de violencia que está más relacionada con el embarazo precoz, es de tipo psicológico, sin embargo, cabe mencionar que la violencia de tipo físico igualmente tiene su incidencia para este trágico problema como es el embarazo a temprana

edad⁷.

Regalado Cedillo en México (2013), en su trabajo “Morbi-mortalidad materno - fetal asociada a violencia doméstica en el embarazo. Hospital de Gineco-Pediatría IMSS” de tipo descriptivo, prospectivo, correlacional, realizado con el objetivo de estudiar la morbi-mortalidad materno-fetal asociada a violencia doméstica en el embarazo, encontró como resultado una prevalencia de violencia doméstica de 61.5%; de las 50.4% presentaron violencia leve, 11.0% violencia severa, y 38.5% no presentaron violencia. La violencia psicológica fue la de mayor frecuencia con 59.7%, seguida de la violencia física con 10.1%, y la violencia sexual con 8.6%. Los parámetros demográficos con asociación significativa con la violencia doméstica se encuentran el número de consultas (7.7 vs. 6.8), antecedente de violencia en la paciente (4.4%) vs. (30.0%), el antecedente de violencia en la pareja (7.4%) vs. (34.0%), y el alcoholismo en la pareja (20.6%) vs. (48.0%) de las pacientes sin violencia vs. pacientes con violencia severa respectivamente. La edad promedio en pacientes sin violencia fue de 26.8 ± 0.4 vs. 26.4 ± 0.8 en pacientes con violencia severa, la escolaridad fue de 8.8 ± 0.2 vs. 8.5 ± 0.4 , la edad de la pareja 28.8 ± 6.4 vs. 28.1 ± 0.9 , la escolaridad de la pareja 9.2 ± 0.2 vs. 8.4 ± 0.4 , el ingreso mensual 6011 vs. 5763, peso fetal en gramos 3173 ± 40.3 vs. 3058 ± 85.2 , ganancia de peso paciente en kilogramos 11.3 ± 0.3 vs. 11.6 ± 0.8 , y número de consultas 7.7 vs. 6.8. La prevalencia de complicaciones del embarazo en pacientes sin violencia en relación a pacientes con violencia severa, en amenaza de aborto (10.3%) vs. (14.0%), infección en vías urinarias (5.1%) vs. (8.0%), infección vaginal (4.0%) vs. (0%), amenaza de parto prematuro (7.4%) vs. (16.0%), preeclampsia (6.3%) vs. (4.0%), parto prematuro (2.2%) vs. 1 (2.0%), respectivamente⁸, concluyendo que la morbimortalidad materno fetal está asociada a la violencia doméstica en el embarazo.

Saravia en Lima (2012) en un investigación “Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados”, de tipo analítico estadístico secundario, realizado con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados de violencia contra la mujer durante el embarazo, mediante el método de análisis secundario con la base de datos de la ENDES, se analizaron 12587 mujeres que alguna gestantes evaluándose la prevalencia y

factores asociados con la violencia como: el principal agresor, si alguna vez la habían humillado, amenazado con hacerle daño ó detener la ayuda económica, Obtuvo como resultados una prevalencia de violencia física durante el embarazo de 11%, 49 % reportaron haber sido agredidas por el marido, 29% por la ex pareja, 22% fueron humilladas por el esposo, 21.6% fueron amenazadas por el esposo de irse de la casa y detener la ayuda económica y 12% amenazaron con hacerle daño. Las mujeres de estrato socioeconómico medio tienen 64% más de probabilidad de sufrir violencia durante el embarazo en comparación a niveles más pobres. Mejor grado de instrucción reduce en 44% la probabilidad de reportar agresión. El haber recibido amenazas aumenta 6 veces la probabilidad de sufrir violencia, el haber sido humillada por la pareja representa 5.5 veces mayor probabilidad de recibir agresión. Privarlas de ayuda económica, significó tener 4.5 veces más probabilidad de sufrir este tipo de violencia. Finalmente, según la regresión logística las mujeres que sufrían de humillación o algún tipo de amenaza tenían un 73.80% más probabilidad de sufrir violencia durante el embarazo, en comparación a las mujeres que no. Concluyendo que los factores psicológicos, económicos y educativos aumentan la probabilidad de violencia⁹.

Orna Sánchez en Lima (2013), en su trabajo “Factores determinantes de la violencia familiar y sus implicancias. Análisis de los estudios estadísticos sobre la Violencia Familiar en el distrito de San Juan de Lurigancho (Lima), Callao y otras ciudades del país”, de tipo analítico estadístico secundario, realizado con el objetivo de establecer los Factores determinantes de la violencia familiar y sus implicancias, en un análisis de los estudios estadísticos sobre la Violencia Familiar en el distrito de San Juan de Lurigancho (Lima), Callao y otras ciudades del país encontró como resultados que los grupos de edad con mayor violencia familiar es de 26 a 45 años (43%); 89% corresponden al sexo femenino, 11% corresponden al sexo masculino. La violencia psicológica es la más frecuente (60%), y 63% ocurren entre los 26 y 59 años de edad. De los casos de violencia familiar (violencia más frecuente), en el 82% el agresor estaba sobrio; en 16% el agresor estaba con efectos de alcohol, y solamente 1% corresponden a agresor con efectos de alcohol y droga¹⁰.

Gonzales Guerrero en Lima (2014), en un estudio titulado “Factores asociados con la

violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero – marzo” de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal realizado con el objetivo de identificar los factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de enero a marzo del 2014, encontró como resultados: la edad promedio de 17 ± 1.3 años, el principal agresor de la gestante adolescente en los tres tipos de violencia son los padres o pareja, siendo el tipo de violencia más frecuente en las gestantes la violencia psicológica antes del embarazo (48%), la cual disminuye a un 10% durante el embarazo. La violencia física representó el 41% antes del embarazo, disminuyendo durante el embarazo a un 5%, y la violencia sexual representó el 11% antes del embarazo, disminuyendo durante éste a un 2%, concluyendo que los factores socioeconómicos (edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil) y de desarrollo biológico (menarquia, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, aceptación del embarazo, planificación del embarazo) son los más representativos con la violencia en gestantes¹¹.

Según el INEI (2015), en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014, a nivel nacional, el 72% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero, porcentaje reducido en 4,5 puntos porcentuales cuando se compara con el año 2009. Entre las formas de violencia destaca la violencia psicológica y/o verbal (69%), que es la agresión a través de palabras, injurias, calumnias, gritos, insultos, desprecios, burlas, ironías, situaciones de control, humillaciones, amenazas y otras acciones para socavar su autoestima; la violencia física (32%) es la agresión ejercida mediante golpes, empujones, patadas, abofeteadas, entre otras y la violencia sexual (8%) es el acto de coacción hacia una persona a fin de que realice actos sexuales que ella no aprueba o la obliga a tener relaciones sexuales¹².

Según la Resolución Ministerial 236-2014 Ministerio de la Mujer y Población Vulnerable (MIMP), existen diversos condicionamientos que ponen en peligro la integridad física y/o psicológica de una mujer embarazada que le impide tener un adecuado desarrollo humano y en consecuencia, llevar a buen término su embarazo. Sin embargo, para efectos del

presente servicio, se identifican como mujeres embarazadas en situación de riesgo social a aquellas que presentan las siguientes características: adolescentes embarazadas, mujeres adultas víctimas de violencia sexual y mujeres adultas víctimas de violencia familiar.

La violencia familiar, tiene graves consecuencias sociales, económicas y emocionales; afecta principalmente el bienestar de las personas y las familias. Es difícil medir la magnitud del problema, y al respecto las estadísticas dan cuenta de los datos necesarios para llamar la atención de las autoridades y de la opinión pública sobre la necesidad e importancia de prevenir y prestar atención a la violencia familiar y a los problemas derivados de ella¹³.

Según el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS), durante el año 2012 se han recibido y atendido 37,315 casos de violencia familiar, de estos 57% (21,124 casos) corresponde a violencia psicológica y el 43% (16,191 casos) a violencia física. De estos casos el 12% (4,448 casos) fue de violencia contra niñas y adolescentes; el 72% (26,959 casos) contra mujeres adultas y el 4% (1389 casos) contra mujeres adultas mayores.

En el caso peruano, según el PNCVFS, en el 2012, lo CEM atendieron 32.796 (87,8%) de casos de violencia familiar que corresponde a víctimas mujeres. En este grupo se tiene 938 (3%) casos de violencia familiar en agravio de mujeres que informan situación de embarazo. Asimismo, se tiene que las ciudades con mayores índices de estos casos son: Lima con 18,2% de casos, Junín con 7,2%, Cuzco con 7,1% y Piura con 5,7%. De los 4881 casos de violencia sexual, 61,5% son casos de violación sexual en agravio de mujeres, de los cuales 13,4%, corresponden a mujeres víctimas de violación sexual que informan situación de embarazo¹³.

Según ENARES - ENDES 2016, en el Perú la violencia familiar durante los años 2011 a 2015, ha seguido la siguiente proporción (%):¹⁴

- Violencia psicológica y/o verbal contra la mujer, ejercida alguna vez por el esposo o compañero: 2011 (70%), 2012 (71%), 2013 (68%), 2014 (69%) y 2015 (67%)
- Violencia física contra la mujer, ejercida por el esposo o compañero en los últimos 12 meses: 2011 (13%), 2012 (12%), 2013 (12%), 2014 (12%), 2015 (11%)
- Violencia sexual contra la mujer, ejercida por el esposo o compañero en los últimos 12

meses: 2011 (3%), 2012 (3%), 2013 (3%), 2014 (3%) y 2015 (3%)¹⁴

- Mujeres víctimas de violencia física, que buscaron ayuda alguna vez en personas cercanas: 2011 (41%), 2012 (42%), 2013 (41%), 2014 (41%) y 2015 (44%)¹⁴
- Mujeres víctimas de violencia física, que buscaron ayuda alguna vez en una o más instituciones: 2011 (26%), 2012 (27%), 2013 (26%), 2014 (24%) y 2015 (28%)¹⁴

Según las Naciones Unidas y la OMS, la violencia sexual tiene una amplia gama de actos, incluido el coito sexual intentado o forzado, contacto sexual no deseado, obligar a una mujer o a una niña o niño a participar en un acto sexual sin su consentimiento, comentarios sexuales no deseados, abuso sexual de menores, mutilación genital, acoso sexual, iniciación sexual forzada, prostitución forzada, la trata con fines sexuales, entre otros¹⁵.

Según IPPF (2014), los efectos de la violencia basada en género no solo los sienten las mujeres, sino también sus familias, comunidades y países. En toda Latinoamérica y el Caribe existen mujeres en situaciones marginales y más propensas a vivir actos de violencia, como por ejemplo, las trabajadoras sexuales, mujeres que viven con VIH, y mujeres indígenas, y su incidencia se caracteriza por¹⁶:

- Entre el 14% y el 53% de mujeres reportan violencia en manos de su pareja.¹⁷
- Un factor de riesgo asociado con la violencia de la pareja es el alto número de nacidos vivos.¹⁷
- En Perú, hasta un 61% de mujeres reportaron actos de violencia física, y casi 50% reportaron violencia sexual por sus parejas.¹⁸
- En Bolivia, más del 50% de las mujeres reportan violencia física o sexual de parte de sus parejas.¹⁷
- En Haití, 17% de las mujeres no casadas reportan abuso emocional de parte de sus parejas.¹⁶
- En Guatemala, hay un promedio de dos mujeres asesinadas por día.¹⁹

12. Realidad Problemática:

A Nivel Internacional:

Es bien conocido el hecho de que la violencia contra las mujeres tiene implicaciones

profundas para la salud, pero a menudo esto es ignorado o no se le presta la debida atención. En el informe mundial sobre violencia y salud, la (O.M.S.) reporta que "una de las formas más comunes de VBM es aquella practicada por un marido o una pareja masculina". Este tipo de violencia es con frecuencia invisible ya que pasa detrás de puertas cerradas, y con eficacia, cuando ciertos sistemas legales y normas culturales no tratan este problema como un crimen, sino más bien, como una un asunto de familia "privado", o como parte de un estilo de vida normal²⁰.

Hasta hace más de 25 años la violencia intrafamiliar era un problema del fuero privado, es decir, pertenecía exclusivamente al ámbito doméstico, por tanto, se resolvía al interior de la familia. Sin embargo, luego de la Conferencia de Beijing se dieron importantes reformas para dotar de mecanismos legales para combatir la violencia familiar y se aprobó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, 1996. Por su parte, la OMS reconoció a la violencia familiar como un problema de salud pública⁷.

A Nivel Nacional

La violencia durante el embarazo, en general y especialmente durante el embarazo adolescente, es un determinante social de la salud. El problema se torna mucho más complejo al comprender que las repercusiones de dicha violencia no se limitarán a la mujer solamente, sino que afectarán también al producto en desarrollo²¹.

En nuestro país, las mujeres deben enfrentar diversas barreras que limitan el ejercicio sus derechos. El acceso limitado a los ámbitos de la educación, el trabajo, la salud, la justicia y la participación política, así como la violencia en sus diversas modalidades, constituyen obstáculos para su desarrollo en condiciones de igualdad. Esta situación hace que las mujeres requieran ser consideradas como un grupo de especial protección²²

Poco a poco en el Perú se empieza a asimilar que la violencia de género contra las mujeres no se reduce a la violencia familiar o a la violencia sexual, sino que manteniendo sus causas y el contexto adquiere características y formas distintas. Así mientras que, en los años

2011 y 2012, el feminicidio fue un eje temático de denuncia y discusión, en el año 2014 el debate público se dio alrededor del acoso callejero²¹.

Respecto a la violencia familiar no identifican avances sustanciales, aunque el 25 de noviembre de 2014, la Comisión de Justicia de Derechos Humanos del Congreso, dictaminó el Proyecto de Ley denominado, “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar”, propuesta que responde a la esperada modificación de la Ley de violencia familiar, así como al requerimiento internacional de aprobar una Ley integral contra la violencia hacia la mujer²¹.

Esta propuesta ha despertado preocupación, pues si bien incluye un concepto amplio de violencia contra las mujeres evidencia que desde el congreso se viene centrando el tema de la violencia como si solo ocurriera dentro de la familia. Con ello se invisibiliza que el machismo es el trasfondo común al feminicidio, la trata, el acoso, la violencia en relación de pareja y otras formas de violencia de género. Además, la violencia contra la mujer en una relación de pareja no puede asimilarse a la violencia que afecta a niños, niñas, adultos mayores o personas con discapacidad, pese a la gravedad que éstas puedan tener, porque implican necesidades de intervención muy diferentes²³.

En base a estas normas, el Estado se ha visto obligado a hacer reformas legales y en el sistema de justicia, en cumplimiento de los pactos y tratados internacionales suscritos.

Hoy tenemos un marco legal contra la Violencia Familiar (Ley N° 26260, Texto Único Ordenado, Ley de Prevención y Atención a la Violencia Familiar), que continúa mejorándose aunque todavía es perfectible.

Este ha sido pionero en la región y dio origen al Plan Nacional de Lucha contra la Violencia 2009-2015 y al Grupo de Trabajo Nacional, instancia técnica que tiene como función elaborar los Planes de Acción anual donde se determinan las prioridades del Plan Nacional. Este plan contiene la política del ente rector, cual es el Ministerio de la Mujer, en materia de violencia contra la mujer²⁴.

Los objetivos del milenio, así como el plan bicentenario nacional, mencionan como prioridad la disminución de la morbilidad materna y promueven como estrategias y/o

políticas la disminución del embarazo adolescente y de la violencia familiar. Por consiguiente, la erradicación de la violencia familiar requiere de la intervención multidisciplinaria del sistema de salud y de las instituciones de protección social y de acceso a la justicia.

La investigación de los resultados de la violencia intrafamiliar en el embarazo es un tema relevante en el desempeño profesional del/la Obstetra. La comprensión de los efectos de la violencia en la gestación, permiten el diseño de intervenciones que disminuyen los resultados maternos y perinatales adversos. Lo anterior, responde a la detección temprana y oportuna del maltrato, durante la visita al control prenatal; es en nivel primario de atención, donde es más factible detectar los casos de violencia en la gestación. Por ende, la pesquisa temprana de la violencia facilita un manejo interdisciplinario a fin de evitar las consecuencias negativas en la salud materna²⁵.

13. Formulación del problema:

A). Problema General

¿Cuál es la relación entre la violencia intrafamiliar en el embarazo y la morbilidad materna, en gestantes de la Micro Red Sócuta - Cajamarca durante los meses de marzo - mayo del 2016?

B). Problemas específicos

¿Cuál es la frecuencia de la violencia intrafamiliar durante el embarazo en gestantes de la Micro Red Sócuta – Cajamarca?

¿Cuál es la relación entre la violencia intrafamiliar en el embarazo y morbilidad materna durante la evolución del embarazo en las gestantes?

¿Cuál es la morbilidad más frecuente según la violencia intrafamiliar en la gestante?

¿Cuáles son los antecedentes gineco obstétrico de la gestante con violencia intrafamiliar?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la gestante con violencia intrafamiliar?

14. Justificación e Importancia de la investigación

El periodo del embarazo, en cualquier edad, instituye un hecho psicosocial de vital importancia, sobre todo en primigestas y multigestas, pues conlleva a una serie de situaciones que pueden afectar la salud de la madre como la del hijo y constituirse en un problema de salud mayor, si se presentan complicaciones, tanto en el parto como después de este.

La violencia durante el embarazo, es un tema muy frecuente pero poco reportado en diferentes poblaciones, ocasionando altos porcentajes de morbi-mortalidad materna y perinatal, con consecuencias fatales en muchos casos que llegan al feminicidio o al suicidio.

Si bien, ante un hecho de violencia doméstica, las mujeres, no quieren, no saben o simplemente dudan o no saben cómo realizar una denuncia, por ejemplo, entre otras cosas. Muchas veces no denuncian los hechos por temor a que el agresor tome represalias futuras.

Resulta muy decepcionante observar cómo una mujer que lleva en su vientre el producto del supuesto amor con su pareja y su entorno familiar, acaben siendo agredidas por las personas a quien ella más ama.

A pesar de la dificultad de poder establecer una relación directa entre la violencia familiar y el impacto negativo en la salud sexual y reproductiva, los datos disponibles sugieren una correlación cercana. Mujeres y niñas que experimentan violencia doméstica no buscarían servicios de salud por miedo, vergüenza o estigma, o la amenaza de más violencia. Similarmente, mujeres y niñas que han experimentado violencia doméstica podrían tener menos posibilidades de acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, como anticonceptivos de emergencia, profilaxis post-contacto, o servicios de aborto seguros.¹⁶

Esto nos lleva a analizar la violencia familiar en la mujer y cómo repercute en la morbilidad materna, cuando ésta esta presenta durante el embarazo, para poder aportar datos

que ayuden a disminuir esta problemática muy frecuente en nuestro medio, que cuando es severa puede llevar a la muerte de la mujer y/o su producto de la gestación

Muchos de estos casos se pueden observar en las zonas rurales, donde el machismo impera aún y las localidades aledañas a la Micro Red Sócata, no escapa a esta realidad oculta, por lo que creemos necesario realizar el presente estudio con el fin de determinar la frecuencia de mujeres gestantes víctimas de violencia doméstica en sus diferentes modalidades o tipos y asimismo, poder relacionarla con la morbilidad materna durante ésta etapa de la vida de la mujer, que servirá como un gran aporte que contribuirá a un mayor conocimiento de esta problemática y que por ende motivará a tomar las medidas necesarias para mejorar tal situación en la Micro Red.

1.5. Objetivos de la Investigación

1.5.1. Objetivo General.

- Determinar la relación entre la violencia intrafamiliar en el embarazo y morbilidad materna, en gestantes de la Micro Red de Sócata, durante los meses marzo - mayo 2016

1.5.2. Objetivos Específicos.

- Determinar la relación entre la violencia intrafamiliar en el embarazo y morbilidad materna durante la evolución del embarazo.
- Conocer tipo de morbilidad según la violencia intrafamiliar en la gestante.
- Identificar la violencia intrafamiliar, según los antecedentes gineco obstétricos de la gestante
- Conocer las características sociodemográficas de la gestante con violencia intrafamiliar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO – CIENTÍFICO

2.1. Marco de Referencia

A). Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como 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. La clasifica en tres categorías generales de acuerdo a quienes cometen el acto de violencia:

Violencia auto infligida (comportamiento suicida y autolesiones);

Violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco);

Violencia colectiva (social, política y económica).

De acuerdo a la naturaleza de los actos de violencia, ésta puede ser: física, sexual y/o psíquica. Todas ellas además incluyen privaciones o descuido⁵.

La violencia familiar, tiene graves consecuencias sociales, económicas y emocionales; afecta principalmente el bienestar de las personas y las familias. Es difícil medir la magnitud del problema, y al respecto las estadísticas dan cuenta de los datos necesarios para llamar la atención de las autoridades y de la opinión pública sobre la necesidad e importancia de prevenir y prestar atención a la violencia familiar y a los problemas derivados de ella¹³.

En 1993, durante la Asamblea General de Naciones Unidas, se definió la violencia en contra de la mujer, incorporando también el concepto de violencia de género, como “el ejercicio de la fuerza y el poder contra la dignidad humana de las mujeres y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”. Un problema que se podría presentar, utilizando el enfoque de género, es que durante años ambas formas de nombrar la violencia se han superpuesto. Hoy existe el debate si dentro del concepto de violencia de género debe incluirse la violencia que sufren las personas transexuales, travestis e intersexo⁵.

La muerte materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales²⁶.

Muerte materna relacionada con el embarazo

La muerte materna relacionada con el embarazo se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la causa de la defunción. Incluye muertes por accidente, homicidio o suicidio.

Las muertes violentas de mujeres embarazadas o en el puerperio (sea por homicidio o suicidio) se consideran accidentales y, por lo tanto, son excluidas de la definición de muerte materna. La violencia durante el embarazo o el postparto se considera una causa relacionada con la muerte materna, pero no se incluye dentro de las causas indirectas. En el caso de las muertes violentas, es poco común que los embarazos sean identificados, siendo esos fallecimientos clasificados como muertes de mujeres provocadas por lesiones externas.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define la defunción materna no relacionada con el embarazo o muerte materna no obstétrica como la muerte que resulta de causas accidentales o incidentales, no relacionadas con el embarazo o su atención y que ocurre durante el embarazo o dentro del año de la finalización del mismo⁶.

Al no considerarse a la violencia como causa obstétrica indirecta de muerte materna, no se identifica cuál es su dimensión e impacto entre todas las causas. Habitualmente estos fallecimientos se registran sólo como muertes de mujeres por violencia, pero sin referencia alguna al estado de embarazo o puerperio⁶.

La multiplicidad de factores asociados a las muertes maternas por violencia complejiza las acciones del sector salud dirigidas a reducirlas. Debido a que existen factores que se

encuentran por fuera del ámbito del sector salud, la violencia durante el embarazo y su consecuencia más grave, la muerte materna, debe tener una estrategia amplia de abordaje⁵.

Prevalencia en el embarazo

Aunque la estimación de la prevalencia de la Violencia Doméstica es difícil y variable según el contexto, especialmente durante el embarazo, es muy probable que la mayoría de los prestadores de servicios de salud que atienden mujeres se encuentren con muchas que son víctimas o sujeto de VD durante el embarazo. Se ha estimado que cerca del 30% de las mujeres que sufren de VD, el primer incidente ocurre durante el embarazo.

La prevalencia de maltrato físico durante el embarazo oscila entre el 13% y el 60 %. La violencia es más frecuente en la clase trabajadora y grupos socioeconómicos medios-bajos²⁷.

Magnitud del problema

Prevalencia de la violencia domestica (VD)

El fenómeno de la violencia doméstica contra las mujeres tiene distintas expresiones en la región de América Latina y el Caribe. Las prevalencias son variadas. Mediciones de hace más de una década mostraron que en algunas ciudades de México, el 70% de las mujeres manifestaron sufrir violencia por su pareja; en Chile, lo manifestó el 60 % de las mujeres y de ellas, el 10 % sufrió violencia física grave¹³.

Cálculos recientes, de encuestas demográficas y de salud reproductiva en 12 países de la región (OPS 2013), reportan que un gran porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en unión han sufrido alguna vez violencia física o sexual de parte de un compañero íntimo; 17% en República Dominicana (2007) y 53% en Bolivia (2003). También violencia emocional en el 17% de las mujeres en Haití (2006) y el 48% en Nicaragua (2007)⁶.

Por otra parte, Argentina reporta que en el 42% de los casos de mujeres asesinadas, el asesino fue su pareja, y el 37% de las mujeres golpeadas por sus esposos tenían 20 o más años soportando la agresión. En otro estudio de corte transversal, 44% de mujeres refirieron haber sufrido algún tipo de violencia en su vida. 52% informaron violencia psicológica, 25%

violencia física y 22% violencia sexual. Por último, 18% relataron haber sufrido violencia sexual en la niñez y 15% refirieron sufrir violencia en la actualidad⁵

Factores de riesgo

Los factores de riesgo de las víctimas de abuso: violencia antes del embarazo, menor nivel educativo, nivel socioeconómico bajo, ser soltera, abuso de alcohol, embarazo no deseado/ no planeado y vida en adversidad y expuesta a la violencia. Los dos restantes fueron factores de riesgo del agresor: abuso de alcohol y el embarazo no deseado/ no planeado²⁸.

Factores protectores

Los factores que más protegen la salud mental (excluidas las psicosis) de las mujeres ante cualquier factor de riesgo que pudiera alterarla son: tener más educación, trabajo permanente; pertenecer a mayorías étnicas y tener una pareja amable y de confianza²⁸.

Consecuencias de la violencia durante el embarazo

Las consecuencias del abuso son variadas, y no se presentan con un conjunto particular de síntomas. Teniendo en cuenta esta variación, el concepto de VD no debe ser conceptualizado como una enfermedad o síndrome, ni debe ser considerado como un problema de salud específico (por ejemplo, lesión o alteración de la salud reproductiva, física, o mental). Sin embargo, hay que destacar que el abuso pone a la víctima en riesgo mayor en comparación con otras condiciones de salud física y mental prevalentes en la actualidad⁵.

Sobre la salud mental

Una revisión sistemática de estudios observacionales sintetizó hallazgos sobre la prevalencia de trastornos mentales, fundamentalmente depresión, en el período pre y postnatal asociado a violencia doméstica y de pareja. También mostró evidencias de alta probabilidad de padecer ansiedad y síndrome de estrés postraumático⁷.

Sobre el producto del embarazo

La violencia doméstica incrementa el riesgo de nacimientos de pretérmino y de neonatos con bajo peso al nacer, incrementos probables en la mortalidad fetal y abortos espontáneos²⁷.

Lesiones infligidas por otros y auto infligidas

Dentro de las muertes asociadas al embarazo se encuentran las causas infligidas (homicidios) y auto infringidas (suicidios)^{13, 16}.

Sobre la salud reproductiva

La violencia de pareja está asociada al incremento de conductas de riesgo: el uso inconsistente del condón, múltiples parejas, embarazos no planeados o abortos inducidos, infecciones de transmisión sexual, disfunción sexual, y sangrado vaginal. Se encontró además mayor riesgo de infección por VIH, enfermedad inflamatoria pélvica, dolor crónico, problemas neurológicos, gastrointestinales, migrañas e infecciones urinarias, entre otras³⁰.

B). Marco Conceptual

Resultados maternos: Son los efectos o las consecuencias de la violencia intrafamiliar en la salud materna. Los resultados maternos pueden ser favorables o adversos.

- **Resultados maternos favorables:** Ausencia de complicaciones o patologías que pueda afectar el embarazo o su vía de culminación.
- **Resultados maternos adversos:** Complicaciones o patologías asociadas al embarazo que ponen en riesgo la salud materna y la vía de culminación del embarazo.

Violencia: Es un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte.

La Violencia Intrafamiliar: Es el “uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato”. La violencia intrafamiliar puede ser física, psicoemocional y sexual¹³.

Violencia Física: Cuando una persona se encuentra en situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, lanzar objetos,

estrangulamiento, heridas por armas, sujetar, amarrar, paralizar, abandono en lugares peligrosos, negación de ayuda cuando la persona está enferma o herida¹³.

Violencia psicológica o emocional: La violencia psicológica puede incluir gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico (no poder salir, no hablar con otros, etc.), celos, posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes.

Insultos: Ofender con palabras irritando y provocando¹³.

Amenazas: Delito consistente en intimidar a alguien con el anuncio de la provocación de un mal grave para él o su familia. Ejemplos de amenazas serían: asustarla con amenazas, amenazarla con suicidio¹³.

Humillación: Denigrar física y moralmente a una persona¹³.

Intimidación: Provocar miedo a través de miradas, acciones y gestos. Destrozar objetos, romper cosas personales, maltratar animales y mostrar armas¹³.

Abandono: Ausencia física y económica¹³.

Violencia sexual: Incluye sexo forzado o degradación sexual como: intentar que la persona tenga relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales cuando la persona no está consciente¹³.

Acoso sexual u hostigamiento sexual: Es una persecución realizada a una mujer o a un hombre por el acosador (a). Es nocivo para la salud de la persona sometida al acoso porque afecta la salud mental, comodidad y productividad de esta en su centro de trabajo o medio social en el que se desenvuelve, ocasionando malestares físicos y psicológicos. Sus manifestaciones incluyen los roces, insinuaciones sexuales, tocamientos, piropos obscenos¹³.

Abuso sexual: Es un acto sexual intimidatorio que no cuenta con el consentimiento de la víctima que es sometida con amenazas, el uso de la fuerza o bajo el influjo de drogas u otros fármacos que disminuyen o anulan su capacidad de respuesta. Es una interacción entre un abusador y una víctima cuando esta se utiliza para estimulación sexual del primero, o de otra persona. En el abuso el abusador/a está en posición de poder o de control, sobre el

abusado/a y esto le permite cometer el abuso. La violación en una forma de abuso sexual¹³.

Edad: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento¹.

Estado civil: Situación de la persona dentro de la sociedad en relación con los deberes y derechos que le corresponden dentro de ella¹.

Grado de instrucción: Nivel de estudios alcanzado o en curso.

Procedencia: Lugar donde habita la persona¹.

Tipo de vivienda: Característica de la vivienda que habita la persona referente a la propiedad: propia, alquilada o rentada, compartida, adjudicada, etc¹.

Edad gestacional: tiempo transcurrido del embarazo al momento de la intervención a la persona, medido en semanas²¹.

Paridad: formula referente al número y tipo de partos que ha tenido la mujer entrevistada²¹.

Control Prenatal: Número de visitas médicas u obstétricas, para evaluación o control del embarazo de la mujer gestante¹⁶.

Aceptación del embarazo: característica referente al grado de aceptación o rechazo de la gestación en el ámbito familiar²¹.

Método anticonceptivo utilizado: referente al tipo o método de planificación familiar utilizado por la mujer o la pareja para el control de la fecundidad (hormonal, mecánico, de barrera, etc.)¹⁵.

Morbilidad materna: También denominada morbilidad materna extremadamente grave es la complicación que ocurre durante el embarazo, el parto y el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte³¹.

2.2. Variables

2.2.1. Identificación de las variables

2.2.1.1. Variable Independiente

Violencia Intrafamiliar

2.2.1.2. Variable Dependiente

Morbilidad materna

2.3. Definición de variables:

2.3.1. Definición Conceptual:

Violencia intrafamiliar: Es el “uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato”. La violencia intrafamiliar puede ser física, psicoemocional y sexual⁵.

Morbilidad materna: También denominada morbilidad materna extremadamente grave es la complicación que ocurre durante el embarazo, el parto y el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte³¹.

2.3.2. Definición operacional:

Violencia intrafamiliar: Violencia o agresión sufrida por la mujer en estado de gestación, medida mediante el Formulario de recolección de datos con 15 ítems (45 puntos), sección de identificación de la violencia intrafamiliar.

Morbilidad materna: Corresponderá a los casos de complicación durante el embarazo presentada en la madre con violencia familiar: Amenaza de aborto, Aborto, Prematuridad, Pre eclampsia, ITU, Irritabilidad uterina, Retención de placenta, Anemia u otros.

2.4. Operacionalización de variables

Variables	Definición Operacional	Dimensión	Tipo	Indicador	Criterio de medición	Escala de medición	Instrumento de medición
VARIABLE INDEPENDIENTE: VIOLENCIA FAMILIAR	Violencia o agresión sufrida por la mujer en estado de gestación, medida mediante el Formulario de recolección de datos con 15 ítems (45 puntos), sección de identificación de la violencia intrafamiliar	Violencia Intrafamiliar	Cuantitativa	Sin violencia	0 a 11 puntos	Nominal	Ficha Encuesta
				Inicio violencia intrafamiliar (<u>alerta</u>)	12 a 22 puntos		
				Positivo a violencia intrafamiliar (<u>solicitar ayuda</u>)	23 a 34 puntos		
				Positivo a violencia familiar (<u>abuso peligroso</u>)	35 a 45 puntos		
VARIABLE DEPENDIENTE: MORBILIDAD MATERNA	Corresponderá a los casos de complicación durante el embarazo presentada en la madre con violencia familiar	Clínica	Cuantitativa	Morbilidad Materna	Amenaza de aborto Aborto Prematuridad Pre eclampsia ITU Irritabilidad uterina Retención de placenta Anemia	Nominal	Historia Clínica
Variables Intervinientes	Definición Operacional	Dimensión	Tipo	Indicador	Criterio de medición	Escala de medición	Instrumento de medición
Características Socio Demográficas	Cada uno de los datos Epidemiológicos de la población motivo de estudio	Edad	Cuantitativa	Años cumplidos al momento de la captación	< de 17 años 18 a 23 años 24 – 29 años 30 – 34 años ≥ de 35 años	De Razón Nominal	Ficha Encuesta
		Estado Civil	Cualitativa	Estado conyugal de la paciente	Casada Unión libre Soltera		
		Grado de Instrucción	Cuantitativa	Nivel de estudios alcanzado por la paciente	Iletrada Primaria Secundaria Sup No Universitaria Superior Universitaria		

		Ocupación	Cualitativa	Actividad laboral realizada por la paciente	Ama de casa Independiente Profesional		
		Zona de Procedencia	Cualitativa	Lugar o zona donde reside el/la persona	Urbana Urbana – Marginal Rural	De Razón	
		Tipo de vivienda	Cualitativa	Característica de la vivienda donde reside la gestante	Propia Rentada Compartida	De Razón	
Características Obstétricas y Reproductivas	Corresponderá a los datos obstétricos y reproductivos consignados en la Ficha clínica	Edad gestacional	Cuantitativa	Tiempo de embarazo en semanas	≤ de 13 semanas 13 a 27 semanas > 28 semanas	De Razón	Ficha encuesta
		Paridad	Cuantitativa discontinua	Número de partos de la paciente	0 - 1 2 - 4 > 5	De Razón	
		Control Prenatal	Cuantitativa	Control de embarazo realizado por la paciente	Sin CPN (0 CPN) Inadecuado (5 CPN) Adecuado (≥ 6 CPN)	De Razón	
		Aceptación del embarazo	Cualitativa	Aceptación o rechazo del embarazo actual	Rechazo Aceptación Planificado	De Razón	
		Método Anticonceptivo utilizado	Cualitativa	Método de Planificación familiar utilizado por la pareja	Ninguno AOC Inyectable Preservativo Ritmo	de Razón	

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo Cuantitativa, Analítica, prospectiva y transversal.

La metodología cuantitativa, permite el examen de los datos de forma numérica, sobre todo en el área estadística, por lo que debe existir claridad entre los elementos investigados desde el inicio hasta el fin, es prospectiva y transversal, porque se realiza en el transcurso de un tiempo determinado hacia adelante, dejando la luz para futuras investigaciones de similar objetivo³².

5.2. Diseño de Investigación / Contrastación de la hipótesis

El diseño de investigación corresponde a un estudio de casos y controles, mediante el cual se hace la comparación de dos grupos de personas: uno, afectado por una enfermedad (casos) y otro formado por personas no afectadas (controles), pero expuestas al factor probablemente asociado con la enfermedad³².

Casos: Gestantes con morbilidad.

Controles: Gestantes sin morbilidad.

5.3. Población y Muestra

Población

El presente trabajo de investigación se realizó en los consultorios de Obstetricia de la Micro Red Sócuta, MINSA, Departamento de Cajamarca. La población en estudio estuvo constituida por todas gestantes que acudieron a dicho nosocomio para su control de embarazo y/o atención del parto durante los meses de marzo hasta mayo del 2016, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para el presente estudio.

Muestra de estudio

La muestra fue representativa y se determinó teniendo considerando un grado de confianza del 95% y una tolerancia de error del 4%, teniendo en cuenta la proporción (incidencia) de violencia doméstica en el embarazo del 2,8% (según el Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual PNCVFS, 2012).

La muestra se determinó usando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(z^2) (p) (q)}{T^2}$$

Donde:

Z= 95% = Grado de confianza= 1.96 según tabla.

p= 2.8% = 0,028 Proporción de violencia familiar en gestante⁷.

q= 1-p = 1-0.028 = 0.972 Complemento de p.

t= 4% = margen de error = 0.04

Remplazando tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.028) (0.972)}{(0.04)^2} = 65.6$$

n= 66

La muestra está representada por 66 mujeres gestantes;

33 con morbilidad materna (casos) y

33 sin morbilidad (control).

5.4. Materiales técnicas e Instrumentos de recolección de datos

a. Materiales

El material de trabajo del presente estudio está representado por H.C. perinatales (CLAP) y ficha de identificación de violencia intrafamiliar de las gestantes con morbilidad y gestantes normales, atendidas en la Micro Red de Salud Sócuta, MINSA Cajamarca en el periodo marzo – mayo de 2016 y cuyos datos del parto estuvieran consignados en el registro de Historias Clínicas del servicio de Gineco - Obstetricia en datos referentes al parto y puerperio en relación a la madre, y a la evaluación y evolución del R.N.

b. Técnica

La técnica utilizada fue la entrevista encuesta

El cuestionario es una herramienta que plantea una serie de preguntas para recoger información estructurada en una muestra de personas, utilizando el tratamiento cuantitativo y agregado de las respuestas para describir la población a la que pertenecen o contrastar estadísticamente algunas relaciones entre variables de su interés. El cuestionario es la técnica o instrumento utilizado, la metodología de encuestas es el conjunto de pasos organizados para su diseño y administración y para obtener datos.

La entrevista se utiliza para recoger información de un participante sobre un determinado objeto de estudio a partir de su interpretación de la realidad³³.

c. Instrumentos

Historia Clínica Perinatal.

Ficha de trabajo para determinar violencia intrafamiliar validada para el presente estudio.

Tablas estadísticas.

Se descartaron las Historias Clínicas y/o Fichas correspondientes a las pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Se tomaron los datos de gestantes con violencia intrafamiliar, que reunieron los criterios de inclusión, en orden de presentación, es decir se consignaron los datos de los casos presentados a partir de marzo de 2016 en orden correlativo hasta concluir la muestra.

5.5. Validación y confiabilidad de los instrumentos

El instrumento fue confeccionado por Valenzuela Pérez en base a las referencias bibliográficas, y debidamente validado y confiable³². (Ver ANEXOS).

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	66	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	66	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,849	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	5,939	40,150	,759	,819
P2	6,712	46,147	,526	,837
P3	6,561	44,466	,602	,832
P4	6,682	46,343	,603	,833
P5	6,485	44,715	,668	,828
P6	6,803	48,561	,555	,838
P7	6,242	42,771	,717	,824
P8	6,803	44,991	,445	,845
P9	7,076	51,486	,332	,847
P10	7,167	53,095	,186	,851
P11	7,136	54,397	-,127	,859
P12	6,333	41,795	,682	,826
P13	7,152	53,515	,032	,855
P14	6,561	46,896	,492	,839
P15	7,106	51,542	,270	,849

5.6. Métodos y Procedimientos para la recolección de datos

Para cumplir con la respectiva recolección de datos, se procedió de la siguiente manera:

- Primero se solicitó la debida Autorización de la Micro Red Sócola para poder realizar el trabajo.

- Una vez obtenida la respectiva autorización, se procedió a la Identificación de la gestante de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión planteados para el presente estudio, la misma que se llevó a cabo en el Consultorio de Obstetricia del Hospital. Una vez seleccionada la gestante, se le informó de los objetivos de nuestro estudio de manera clara y concisa para poder lograr que acepte ser parte de la investigación, luego de lo cual de ser positiva su respuesta se le hizo firmar el consentimiento informado garantizándole que la información obtenida del presente estudio era netamente con fines de investigación y respetando el derecho a la privacidad y así como el secreto profesional (anexo 01).
- Se entrevistó a cada una de las gestantes motivo de estudio, para luego aplicarles el instrumento por espacio de 10 a 15 minutos que consistió en cuestionario con 15 preguntas cerradas con respuestas de opción múltiple pre codificadas; que se aplicaron de manera individual a cada gestante, el cual consta de datos relacionados a características generales e identificación de la violencia intrafamiliar.
- Los datos fueron consignados en el Instrumento de Recolección de Datos, para luego ser procesados y presentados en las respectivas tablas estadísticas para su interpretación, análisis y discusión.

5.7. Análisis estadísticos y representación de los resultados

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS V 21. Se realizaron Tablas de Una entrada o Doble entrada según el caso, con sus respectivas frecuencias relativas y porcentuales.

Los datos obtenidos de la fuente de información, la cual es primaria, por ser esta obtenida directamente de las pacientes a quienes se les aplicó el instrumento, pasó a ser almacenada en una hoja de cálculo Excel, versión Office 2010. Posteriormente dicha información fue presentada por distribución de frecuencias cualitativas y/o cuantitativas en forma de tablas y gráficos según convino.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE L INVESTIGACIÓN

TABLA N° 1
MICRO REDSÓCOTA - CAJAMARCA
GESTANTES POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN MORBILIDAD

MORBILIDAD	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR						Total	
	Sin violencia		Inicio violencia		Violencia intrafamiliar			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	10	25,6	21	84,0	2 _b	100,0	33	50,0
No	29	74,4	4 _b	16,0	0 _b	0,0	33	50,0
Total	39	100,0	25	100,0	2	100,0	66	100,0
TOTAL	39	59,1	25	37,9	2	3,0	66	100,0

$$X^2_w = 22,816$$

$$X^2_t = 5,995$$

$$GL = 2$$

$$p < 0,05$$

Fuente: Micro Red Sócota.

INTERPRETACIÓN: TABLA N° 1

Las gestantes sin violencia intrafamiliar no presentaron morbilidad durante el embarazo en el 74,4% de los casos.

Las gestantes con inicio de violencia intrafamiliar presentaron morbilidad durante el embarazo en el 84% de los casos, mientras que las gestantes con violencia intrafamiliar presentaron morbilidad durante el embarazo en el 100% de los casos.

Se encontró asociación estadística significativa entre violencia intrafamiliar y presencia de morbilidad durante el embarazo ($p < 0,05$).

TABLA N° 2
MICRO REDSÓCOTA - CAJAMARCA
GESTANTES POR TIPO DE MORBILIDAD SEGÚN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

TIPO DE MORBILIDAD *	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR					
	Sin violencia		Inicio violencia		Violencia intrafamiliar	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin morbilidad	29	74,4	4	16,0	0	0,0
<u>Morbilidad en el embarazo</u>						
Aborto incompleto	1	2,6	1	4,0	0	0,0
Amenaza de aborto	1	2,6	12	48,0	2	100,0
Anemia	4	10,3	5	20,0	1	50,0
Amenaza parto pretérmino	1	2,6	1	4,0	0	0,0
Parto pretérmino	0	0,0	3	12,0	0	0,0
Pre eclampsia	2	5,1	2	8,0	0	0,0
ITU	5	12,8	7	25,0	1	50,0
Irritabilidad uterina	1	2,6	0	0,0	0	0,0
<u>Morbilidad en el parto</u>						
Retención de placenta	1	2,6	0	0,0	0	0,0

- Cada Item ha sido tomado al 100% de cada tipo de violencia intrafamiliar

Fuente: Micro Red Sócota

INTERPRETACIÓN: TABLA N° 2

Según el tipo de morbilidad presente en las gestantes con violencia intrafamiliar, las gestantes con inicio de violencia intrafamiliar presentaron el mayor porcentaje de morbilidad, siendo lo más frecuente la amenaza de aborto (48%), infección de tracto urinario (25%), anemia (20%) y el parto pretérmino (12%).

TABLA N° 3
MICRO REDSÓCOTA - CAJAMARCA
GESTANTES VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN ANTECEDENTES GINECO
OBSTETRICOS, MARZO - MAYO 2016

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS		VIOLENCIA INTRAFAMILIAR						Total	
		SIN VIOLENCIA		INICIO VIOLENCIA		VIOLENCIA INTRAFAMILIA R			
		Nº	%	Nº		%			
Edad Gestacional (Semanas)	≤ 13	5	12,8	7	28,0	1	50,0	13	19,7
	13 -27	21	53,8	8	32,0	1	50,0	30	45,5
	≥ 28	13	33,3	10	40,0	0	0	23	34,8
Paridad	0 -1	33	84,6	15	60,0	2	100,0	50	75,8
	2 – 4	6	15,4	6	24,0	0	0	12	18,2
	≥ 5	0	0	4	16,0	0	0	4	6,1
Control prenatal	Sin control	4	10,3	2	8,0	0	0	6	9,1
	Inadecuado	22	56,4	17	68,0	1	50,0	40	60,6
	Adecuado	13	33,3	6	24,0	1	50,0	20	30,3
Aceptación embarazo	Rechazo	6	15,4	4	16,0	1	50,0	11	16,7
	Aceptación	28	71,8	21	84,0	1	50,0	50	75,8
	Planificado	5	12,8	0	0	0	0	5	7,6
MAC Utilizado	Ninguno	20	51,3	15	60,0	2	100,0	37	56,1
	AOC	5	12,8	2	8,0	0	0	7	10,6
	Inyectable	6	15,4	3	12,0	0	0	9	13,6
	Preservativo	2	5,1	0	0	0	0	2	3,0
	Ritmo	6	15,4	5	20,0	0	0	11	16,7
Total		39	59,1	25	37,9	2	3,0	66	100,0

Edad gestacional $\bar{X} = 22,47 \pm 9,708$
Paridad $\bar{X} = 1,02 \pm 1,554$
CPN $\bar{X} = 4,182 \pm 2,5354$

Edad gestacional: $X^2_w = 5,266$ $X^2_t = 9,4877$ GL= 4 $p > 0,05$
Paridad: $X^2_w = 8,935$ $X^2_t = 9,4877$ GL= 4 $p > 0,05$
Control prenatal: $X^2_w = 1,351$ $X^2_t = 9,4877$ GL= 4 $p > 0,05$
Aceptación embarazo: $X^2_w = 5,320$ $X^2_t = 9,4877$ GL= 4 $p > 0,05$
MAC Utilizado: $X^2_w = 3,802$ $X^2_t = 9,4877$ GL= 4 $p > 0,05$

Fuente: Micro Red Súcota.

INTERPRETACIÓN: TABLA N° 3

Las gestantes sin violencia intrafamiliar tuvieron se encontraron en el segundo trimestre de embarazo (53,8%), con una paridad de 0 a 1 (86,4%), con un control prenatal inadecuado en el 56,4%, el 71% manifestó aceptación del embarazo y 51,3% de los casos no utilizó método anticonceptivo alguno.

Las gestantes con inicio de violencia intrafamiliar mayormente se encontraron en el tercer trimestre de embarazo (40%), mientras que las gestantes con violencia intrafamiliar presente se encontraron en el primer y segundo trimestre de embarazo, con una paridad de 0 a 1 (60% y 100% c/u respectivamente), con control prenatal inadecuado (68% y 50% c/u respectivamente), asimismo manifestaron aceptación del embarazo en el 84% y 50% c/u respectivamente y no utilizan método anticonceptivo alguno (60% y 100% respectivamente).

La edad gestacional promedio fue de $22,5 \pm 9,71$ semanas y el número de controles prenatales fue de $4,9 \pm 2,5$.

INTERPRETACIÓN: TABLA N° 4

El 59,1% de gestantes no presentó algún tipo de violencia intrafamiliar, el 37,9% presentó inicio de violencia intrafamiliar y 3% tuvo violencia intrafamiliar.

Las gestantes sin violencia intrafamiliar tuvieron igualmente en su mayoría entre 18 a 23 años de edad (35,9%), con estado civil casada o en unión libre (79,5%), grado de instrucción secundaria (59%), amas de casa (97,4%), todas procedentes de la zona rural (100%).

Las gestantes con inicio de violencia intrafamiliar o violencia familiar presente tuvieron en su mayoría entre 18 a 23 años de edad (28% y 100% c/u respectivamente), con estado civil casada o en unión libre (100% c/u respectivamente), grado de instrucción primaria (70% y 50%), amas de casa (100% c/u respectivamente) y procedentes de la zona rural (100%).

La edad promedio de las gestantes fue de $23 \pm 7,352$ años.

Los dos casos de gestante con violencia intrafamiliar presente, presentaron morbilidad durante el embarazo (amenaza de aborto, anemia e ITU).

Discusión de Resultados

En todo el mundo, se ha calculado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte e incapacidad entre las de edad reproductiva, tan grave como el cáncer, y que además constituye un problema de salud mayor que los accidentes de tráfico y la malaria combinados⁴⁷.

Cuando el maltrato se practica a una mujer embarazada se daña no solo a ella si no al producto de la gestante la violencia física o emocional contribuye en gran medida al estado de ánimo, de la persona. En la vida de la mujer, el embarazo constituye una etapa de intensa actividad emocional, que nada tiene que ver, con la idea de unos meses de espera pasiva y más o menos feliz⁴⁸, El problema es de tal magnitud que la violencia durante el embarazo es más frecuente que la diabetes gestacional, los defectos de tubo neural o la preeclampsia⁴⁹

Las consecuencias obstétricas de la violencia doméstica en la gestante incluyen: aumento de peso inadecuado, infecciones ginecológicas, sangrado vaginal, trauma abdominal, hemorragia, exacerbación enfermedades crónicas, complicaciones durante el parto, control prenatal irregular, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, ruptura de membranas, placenta previa, lesiones fetales, muerte materna⁵⁰

En el presente estudio, el 84% de las gestantes con inicio de violencia presentaron morbilidad durante el embarazo, al igual la totalidad de gestantes con violencia presente, la morbilidad más frecuente fue la amenaza de aborto (48%), infección de tracto urinario (25%), anemia (20%) y el parto pretérmino (12%), encontrándose asociación estadística significativa entre violencia intrafamiliar y presencia de morbilidad durante el embarazo ($p < 0,05$).

Estos resultados son parecidos a los reportados por (Valdez y Sanín)⁴⁸, (Bohle Urrutia)⁴³ y (Sánchez N.P)³⁸ que en relación al estado de salud de las embarazadas refieren que el 56,5% presentan morbilidad, debido a que las evidencias señalan que existe un aumento respecto al aborto, control prenatal tardío, retardo de crecimiento, hemorragias del feto, muerte fetal y muerte materna por lo que se debe

reconocer el problema de la violencia doméstica como un hecho altamente prevalente que pone en peligro el bienestar y salud de las mujeres embarazadas y sus hijos(as) ^{38, 43, 49}, coincidiendo con Regalado, que reporta como complicaciones del embarazo en pacientes con violencia, amenaza de aborto (14%), infección de vías urinarias (8%), amenaza de parto prematuro (16%), preeclampsia (4%), parto prematuro (2%)³⁶, así como con Medina et al³⁹, que reporta que de las complicaciones durante el embarazo, la amenaza de parto prematuro es la que más se presenta en el grupo de mujeres violentadas, lo que es demostrado por Mendez-Figueroa²¹, en un meta-análisis donde reporta que la violencia doméstica incrementa el riesgo de nacimientos de pretérmino y de neonatos con bajo peso al nacer, asimismo mencionan incrementos probables en la mortalidad fetal y abortos espontáneos²¹.

Shah y cols²⁹ muestran resultados en la misma dirección, en escenarios de baja prevalencia de violencia doméstica para el bajo peso al nacer; y el nacimiento pretérmino aunque no encuentran relación con niños pequeños para la edad gestacional²⁹.

López y Camacho⁵¹ consideran que la violencia intrafamiliar no es un factor de riesgo de morbilidad por preeclampsia, pese a que en el grupo de pacientes preeclámplicas la frecuencia de violencia intrafamiliar fue mayor (42.5%) frente a las gestantes normotensas (40.8%)⁵¹.

Además de los daños físicos ya mencionadas, la violencia doméstica durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas⁵², las mismas que pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento⁵⁰.

La violencia intrafamiliar, aunque se nos aparezca de modo inmediato como producto de motivaciones y aparentemente individuales, privadas, nace de una concepción del mundo que denominamos patriarcal, de una división social y sexual del trabajo que concede a las mujeres una posición subordinada y que la analiza del mismo modo que a otros sectores subordinados de la sociedad,

viendo siempre en términos absolutos la relación entre mujeres y hombres de una misma clase de diferentes clases, ocultando así la relación de subordinación de la mujer en las distintas clases sociales⁴².

La violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas. “Si bien en la mayor parte de la violencia doméstica los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estos van dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales”⁵³, causa daño a la salud física y provoca la muerte, o demanda atención médica, por lo que se considera como problema de salud y corresponde a dicho sector afrontarlo⁵⁴. Sus efectos también se expresan en la salud reproductiva y se relacionan con embarazos no deseados, con enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA, con complicaciones en el embarazo y con enfermedad pélvica inflamatoria⁵⁵.

No hubo asociación significativa entre la violencia doméstica y la morbilidad materno fetal²⁵. Se observa que la violencia contra la mujer durante el embarazo puede mantenerse cuando esta ha sido previa o el embarazo por sí mismo puede actuar como un factor de riesgo para la violencia. Este período es una oportunidad para identificar la presencia de violencia de género, donde la/el profesional Matrona/Matrón desempeña un papel crucial, puesto que es la/el profesional de la salud que con mayor frecuencia se encuentra en contacto con la población gestante. La introducción de sistemas de tamizaje durante el control prenatal podría contribuir en gran medida a la detección e intervención precoz y eficiente de la violencia durante el embarazo⁴³. **TABLAS 1y2.**

En el presente estudio, el 40% de las gestantes con inicio de violencia intrafamiliar se encontraron en el tercer trimestre de embarazo con una edad gestacional promedio de $22,5 \pm 9,7$ semanas, con una paridad de 0 a 1, control prenatal inadecuado (68%) con un promedio de $5 \pm 2,5$ CPN, 84% aceptaron el embarazo y 60% no utilizan método anticonceptivo alguno.

Esto se asemeja a lo reportado por Maldonado³⁴, donde la edad gestacional presenta su mayor prevalencia entre las 37 a 40 semanas de embarazo (90%) con un promedio de $38,91 \pm 1,40$ semanas, con 0 a 1 partos (50%) $1,6 \pm 0,8$ y control prenatal adecuado 82,5%⁴⁵, coincidiendo con Medina y col³⁹, quien

observa que las mujeres maltratadas (63%), tiene más de 3 controles prenatales, resaltando que el grupo de violentadas físicamente y sin control prenatal (17,2%), corresponde al doble de las no maltratadas que no lo tuvieron (8,5%)³⁹.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, nuestros resultados se asemejan a lo reportado por otros estudios en el que se encuentra que el 72,64% de mujeres maltratadas no utilizan métodos anticonceptivos²⁸, lo cual guarda relación con el embarazo no deseado y la falta de control de este, que puede ocurrir por que el maltratador no permita a la mujer acudir a sus consultas de control de embarazo, y que ella justifique cuando le pregunten el motivo de no haber acudido a la cita, diciendo que ha sido un olvido⁴⁶.

Según Chapman y Pinzon⁷, las mujeres que no planean/desean su embarazo tienen mayor probabilidad de ser abusadas (66%) comparadas con aquellas que lo han planeado⁷., el 80,6% de mujeres víctimas de violencia no planifican su embarazo, (29%) tienen más de tres hijos durante el curso del último embarazo, características que se relacionan según las evidencias a un mayor riesgo de ser víctima de violencia intrafamiliar³². **TABLA N° 3**

La violencia contra la mujer es un asunto de derechos humanos que no solo debe ser abordado desde el ámbito del acceso a la justicia, sino que también resulta ser un problema de salud pública grave que afecta principalmente a las mujeres, aún durante el embarazo³³, cuyo objetivo debe ser el contribuir a garantizar una atención de calidad de la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual en los establecimientos de salud³⁴.

Si bien en un inicio la violencia física contaba con un mayor reconocimiento como una forma de vulneración de los derechos humanos de las mujeres, el reconocimiento de la violencia psicológica como una grave manifestación de violencia contra la mujer ha ido aumentando progresivamente³⁵.

La violencia doméstica es un problema muy frecuente en la mujer embarazada que se debería diagnosticar desde el inicio del embarazo para prevenir posibles complicaciones tanto en la madre como en el producto³⁶.

Los resultados obtenidos del presente estudio nos permiten contrastar una realidad con respecto no solo a la repercusión que tiene la violencia intrafamiliar en la gestante sino respecto a las presencia de morbilidad en el embarazo, observándose que un buen porcentaje de gestantes de la localidad de Sócota presentan algún tipo de violencia intrafamiliar (37,9% en inicio y 3% ya presente), teniendo la mayoría de gestantes con violencia en su entorno, entre 18 a 23 años de edad ($23,0 \pm 7,3$ años), con unión conyugal estable, grado de instrucción primaria, amas de casa y todas procedentes de la zona rural, no encontrándose relación estadística entre estas variables y la violencia intrafamiliar ($p > 0,05$).

A nivel general, la prevalencia de violencia durante el embarazo es superior al 30%, el promedio de edad 24 años, el 93.4% casadas o unidas, el 88% amas de casa²⁶. Estos resultados se asemejan a los observados por Gonzales Guerrero (2014)¹¹, quien reporta 45% de gestantes con violencia durante el embarazo, 78.57% con educación secundaria, 63.57% amas de casa, el 60% convivientes¹¹; así como Sánchez N.P³⁸, que distribuye la violencia intrafamiliar de la siguiente forma: grado uno: sin violencia (27.46%), grado dos: inicio de violencia (38.02%), grado tres: violencia evidente (24.64%), grado cuatro: violencia que pone en peligro la vida (9.85%), asimismo son parecidos a los reportados por Medina²⁸ que muestra que el 38,6% de las mujeres reportan maltrato familiar durante la gestación, el 41,2% tiene entre 19 a 26 años de edad, 50,9% con instrucción secundaria y 79% en unión conyugal estable, no encontrando al igual que en este estudio, asociación estadística significativa entre la edad, lugar de residencia, escolaridad, grado de instrucción, procedencia, tipo de vivienda y la violencia intrafamiliar ($p > 0,05$), lo que puede ser explicado por las similares características sociodemográficas entre todas las mujeres que participaron del estudio, coincidiendo con Medina³⁹.

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2012⁴⁰, que señala que el promedio nacional de alguna forma de violencia contra mujeres es 37.2%, así como con la ENDES 2015 y ENARES 2015 del INEI (mayo 2016)⁴¹, que informan que en el Perú el porcentaje de mujeres con violencia ejercida es de 33,1%, de 18 a más años de edad (2013= 72,7%, 2015= 68,2%), alguna vez unidas (casadas/convivientes/ viudas/separadas), (2011= 74,2%, 2012= 74,1%; 2013= 71,5%; 2014= 72,4%; 2015= 70,8%)⁴¹.

Cifras mayores son reportadas por Orna Sanchez⁴², (65.6%) Regalado Cedillo C.A³⁶. (61,5%), Rea Iza C.N.⁷ (56%), entre los 26 y los 45 años (43%), con más prevalencia entre los 25 y 35 años, promedio de 26,8+-0,4 años, con una relación de convivencia⁷.

Resultados mucho menores reporta Bohle Urrutia X.V.⁴³ (13,2%), Saravia, J.C; y col⁹ (11%), entre 30 y 34 años, con edad promedio de 27 años, escolaridad media completa (48,3%), conviviente (32,3%).

El fenómeno de la violencia familiar, ha ido en aumento⁴², el perfil sociodemográfico de las mujeres que han sido víctimas de algún tipo de violencia conyugal durante el embarazo, muestra una edad promedio a 27 años, con escolaridad media completa (48,3%), ama de casa (64,5%), conviviente⁴³. Las mujeres que no están casadas tienen 73% mayor probabilidad de ser abusadas durante el embarazo que las mujeres casadas, Las mujeres de bajo nivel socioeconómico tienen un 64 a 66% más de riesgo^{13,27}.

Un mayor grado de instrucción reduce en 44% la probabilidad de reportar agresión. El haber recibido amenazas aumenta 6 veces la probabilidad de sufrir violencia, el haber sido humillada por la pareja representa 5.5 veces mayor probabilidad de recibir agresión. Privarlas de ayuda económica, significó tener 4.5 veces mas probabilidad de sufrir este tipo de violencia Conclusiones²⁷.

Aunque la estimación de la prevalencia de la violencia doméstica es difícil y variable según el contexto, especialmente durante el embarazo, es muy probable que la mayoría de los prestadores de servicios de salud que atienden mujeres se encuentren con muchas que son víctimas o sujeto de VD

durante el embarazo. Se ha estimado que cerca del 30% de las mujeres que sufren de VD, el primer incidente ocurre durante el embarazo⁴⁴. **TABLA N° 4**

CONCLUSIONES

- El 37,9% de las gestantes de la localidad de Súcota presentó violencia en inicio y 3% tuvo violencia ya presente, las gestantes con inicio de violencia intrafamiliar y con violencia establecida presentaron morbilidad durante el embarazo en el 84% y 100%.
- Las morbilidades que presentaron las gestantes con inicio de violencia intrafamiliar fueron amenaza de aborto (48%), anemia (20%), ITU (25%), Amenaza de parto pretermino (4%), aborto incompleto (4%).
- Las gestantes con inicio de violencia intrafamiliar mayormente se encontraron en el tercer trimestre de embarazo (40%), mientras las gestantes con violencia intrafamiliar presente se encontraron en el primer y segundo trimestre, con una paridad de 0-1(60% y 100% respectivamente), con control prenatal inadecuado (68% y 50% respectivamente), así mismo manifestaron la aceptación del embarazo y no utilizaron métodos anticonceptivos alguno (60% y 100% respectivamente).
- Las gestantes con violencia intrafamiliar están entre 18 a 23 años, con unión conyugal estable, grado de instrucción primaria, son amas de casa y todas procedentes de la zona rural.
- Se encontró relación significativa entre la violencia intrafamiliar y presencia de morbilidad durante el embarazo ($p<0,05$).

RECOMENDACIONES

Se debe difundir los resultados del presente estudio, entre los establecimientos de salud de la Red y otras, para enfatizar en la atención de la gestante el tema de la violencia doméstica y de esta manera contribuir a la disminución de la morbilidad asociada a este problema social cada día más frecuente.

Es necesario conformar y coordinar estrechamente el equipo multidisciplinario integrado por médico, obstetra, enfermera, psicólogo y asistente social, para difundir en las mujeres su derecho al respeto de su pareja a no atentar contra su integridad, ya sea de forma verbal o física.

Debe establecerse un nexo directo entre los establecimientos de salud y las dependencias policiales, a fin de detectar e intervenir en los casos de violencia hacia la mujer y en especial a aquella en estado de gestación.

Se deben fomentar las investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas dirigidas a estudiar la violencia en el embarazo y sus repercusiones en las diferentes etapas de la mujer, con el fin de poder entender el problema y proponer estrategias de intervención ante casos de maltrato a la mujer y la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2010, Nacional y Departamental.
Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2010.
2. DESCO. Violencia familiar y sexual. Manual de orientación y prevención. Programa Selva Central.
Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo 2013
http://www.desco.org.pe/sites/default/files/publicaciones/files/genero_violencia_selva_VF.pdf
3. Estrada Mora Himilce. Estadísticas sobre violencia familiar y sexual, violencia contra la mujer y feminicidio en el Perú. Informe Temático N° 126 /2014-2015. Especialista parlamentario, Lima, 23 de febrero de 2015
4. Cepeda-Silva A., Morales-Carmona F., Henales-Almaraz M C., Méndez-Cabello. Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. Rev. Perinatología y Reproducción Humana. Artículo Original. Abril-Junio, 2011; 25; (2): 81-87
5. Chapman E., Pinzón C. La violencia doméstica en el embarazo y su relación con la muerte materna. Evidencias para su abordaje. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva Hoja Informativa OSSyR Número 9 Marzo 2014.
http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_9.pdf.
6. FIGO. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Report in the activity of the committee on maternal mortality. J Int Gynecology and Obstet, 1967; 5: 302
7. Rea Iza, C.N. La influencia de la violencia intrafamiliar para el embarazo de las adolescentes / Celia Noemí Rea Iza. Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, 2012. 119p.: tbs., grs. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2763/1/T-UCE-0007-98.pdf>

8. Regalado Cedillo C.A. Morbi-mortalidad materno - fetal asociada a violencia doméstica en el embarazo. Hospital de Gineco-Pediatría IMSS. Universidad de Guanajuato, México, 2003
9. Saravia, J. C.; Mejía, M.; Becerra, S.; Palomino, A. Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados. Rev. Per. Epidemiología, Sociedad Peruana de Epidemiología. Lima, Perú, agosto 2012; 16 (2): 84-90
10. Gonzales Guerrero E. C. Factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Enero – Marzo 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima – Perú, 2014.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3714/1/Gonzales_ge.pdf
11. Orna Sánchez O. “Factores determinantes de la violencia familiar y sus implicancias. Análisis de los estudios estadísticos sobre la Violencia Familiar en el distrito de San Juan de Lurigancho (Lima), Callao y otras ciudades del país”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú 2013
12. Gonzales Guerrero E. C. Factores asociados con la violencia en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Enero – Marzo 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima – Perú, 2014.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3714/1/Gonzales_ge.pdf
13. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014, Nacional y Departamental.
Instituto Nacional de Estadística e Informática, abril de 2015, p: 363 – 403
14. Organización de las Naciones Unidas. Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe. Análisis de datos secundarios. Ginebra. ONU. En <http://www.svri.org/violencia.pdf>. P,11.
15. ENARES -ENDES. Las encuestas para la medición de la violencia contra la mujer en el Perú. INEI, Lima, mayo de 2016.
16. MIMP. Resolución Ministerial N° 236- 2014 – MIMP. “Servicio para la Protección de Niñas, Niñas y Mujeres Embarazadas en Situación de Riesgo Social – VIDAS” de 21 de julio 2014.

17. IPPF. Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental.
Datos sobre la Violencia basada en Género en Latinoamérica y el Caribe. Hoja de datos |
mayo 2014. www.ippfwhr.org
18. PAHO, Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of
population-based data from 12 countries, 2013.
19. World Health Organization, WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic
Violence against Women, 2005.
20. UN Women, Facts and Figures: Ending Violence against Women, 2013.
21. Defensoría del pueblo. Hechos que debes conocer. <http://www.defensoria.gob.pe/grupos-eatencion.php?des=23>
22. Contreras Pulache H, Mori Quispe E, Hinostroza Camposano WD, Yancachajlla Apaza M, et al.
Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. Rev Peru
Med Exp Salud Pública. 2013; 30(3):379-85)
23. DEMUS. Balance de la situación de los derechos de las mujeres en el Perú el año 2014.
Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. Informe anual 2014 – 2015
http://derechoshumanos.pe/informe2014_15/Derechos_de_la_Mujer_2014_15.pdf
24. Yañez, A.M. Carta a las congresistas de la República, 2011 – 2016. Movimiento Manuela
Ramos.Partograma de participación política y ciudadanía, Lima, Agosto de 2011
25. Salas Arriaga A. M., Salvatierra Aguilera Diana Elisa. Resultados maternos de la violencia
intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre
2011- febrero 2012. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú, 2013
26. García Herrera C., Dorrego Leal M^a J. Violencia de género durante el embarazo: prevalencia,
riesgos y prevención. Estudio de revisión. Universidad Nacional Experimental Francisco de
Miranda, Venezuela, 2010.
<http://www.sergas.es/docs/enportada/eventos/comunicaciones/c41.pdf>

27. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10.
28. Mendez-Figueroa H, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Jul; 209(1): 1-10
29. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012 Feb 1; 90(2): 139G-149G.
30. Shah PS, Shah J; Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Nov; 19 (11): 2017-31.
31. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med*. 2012 Jun 5; 156 (11): 796-808, W-279, W-280, W-281, W-282. doi: 10.7326/0003-4819-156-11-201206050-00447.
32. Gómez-Gómez M., Cecilia Danglot-Banck C., Huerta Alvarado S.G.,García de la Torre G. El estudio de casos y controles: su diseño, análisis e interpretación, en investigación clínica (Case control studies. Design, analysis and interpretation in clinical research). Ensayo. *Revista Mexicana de Pediatría*, octubre 2003; 70(5); 257-263. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2003/sp035h.pdf>
33. Meneses J., Rodríguez D. El cuestionario y la entrevista. Universitat Oberta de Catalunya. www.uoc.edu. PID_00174026. http://femrecerca.cat/meneses/files/pid_00174026.pdf
34. Horan D., Chain J., Kein L., Schulkin L. Domestic violence screening practice of obstetrician – gynecologists. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 785 -789.
35. Defensoría del Pueblo. Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual. Seguimiento de las recomendaciones defensoriales en establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno. Serie Informes de Adjuntía – Informe N° 003-2016-

DP/ADM. Primera edición: Lima, Perú, junio de 2016.

36. Sarmiento P.V., Hernández A.T., Salomé L. Balance sobre el cumplimiento del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015. Defensoría del Pueblo. Serie Informes de Adjuntía - Informe N° 003-2013-DP/ADM. Primera edición, Lima Perú, mayo 2013, 243 p.
37. Regalado Cedillo C.A. Morbi-mortalidad materno - fetal asociada a violencia doméstica en el embarazo. Hospital de Gineco-Pediatría IMSS. Universidad de Guanajuato, México, 2003
38. Castro R., Ruíz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Rev Saúde Pública, 2004;38(1):62-70. www.fsp.usp.br/rsp
39. Sánchez N.P., Galván H., Reyes-Hernández U., Reyes-Gómez U., et al. Factores asociados al maltrato durante el embarazo. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2013; 30(1):8-15
40. Medina D.P., Martínez J.C., Suarez J.C., et al. Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. Rev. Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquía, Facultad de Enfermería. Medellín, Vol XIX N° 1, Marzo 2001; 18 – 25.
41. Instituto Nacional de Estadística e Informática. “Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2012”, Instituto Nacional de Estadística e Informática. En: <http://desa.inei.gob.pe/endes/>. Consulta 20 de octubre de 2017.
42. INEI. Encuestas para la medición de la violencia contra la mujer en el Perú ENDES - ENARES Lima, mayo 2016. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú, 2016; 40p. www.inei.gob.pe, infoinei@inei.gob.pe
43. Orna Sánchez O. “Factores determinantes de la violencia familiar y sus implicancias. Análisis de los estudios estadísticos sobre la Violencia Familiar en el distrito de San Juan de Lurigancho (Lima), Callao y otras ciudades del país”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú 2013

44. Bohle Urrutia X.V. Magnitud y características de la violencia doméstica en las mujeres embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Regional Valdivia. Universidad Austral de Chile, Valdivia – Chile, 2008.
45. Collado Peña S, Villanueva Egan LA. Domestic violence: an approach from gynecology and obstetrics. *Ginecol Obstet Mex.* 2005 May; 73(5): 250-60.
46. Maldonado M. Estrés durante el embarazo y violencia doméstica. PPT. School of Medicine, Univ. Missouri Kansas City. maldonadoduranm@umkc.edu
47. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence Vict.* Abril 2002; 17(2): 169-185.
48. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud. Washington, DC: Banco Mundial 1993. [Acceso 2 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/>
49. Valdez R, Sanin L. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México* 1996; 38 (5): 352-62.
50. Poole GV, Martin JN Jr, Perry KG Jr, Griswold JA, Lambert CJ, Rhodes RS. Trauma in pregnancy: the role of interpersonal violence. *Am J Obstet Gynecol.* Junio 1996; 174(6): 1.873-1.877 (discusión: 1.877-1.878).
51. Gómez Betancourt R. Violencia Doméstica durante el Embarazo, 16 de Octubre de 2016
52. López Cerna M.P., Camacho Alegre V.M. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo de pre-eclampsia en gestantes de 20 a 35 años atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo marzo 2012 - mayo del 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú 2013
53. Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcome. *JAMA*, 267:1992, Copyright © 2005-2020 | ginecoweb.com - maternofetal.net
54. Bewley, C. “Coping with Domestic Violence During Pregnancy”. *Nursing Standard*, 8:1994.
55. Donohoe M. Domestic violence against women. *JAMA* 1995; 274 (19): 15-27.

56. Sierra Fajardo R.A., Macana Tuta N.L. Cortés Callejas C. Impacto social de la violencia intrafamiliar. Forensis - violencia intrafamiliar, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - DRIP, Colombia 2010: 79 -150

ANEXO N° 1

FORMATOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

ANEXO C /1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL EMBARAZO Y MORBILIDAD MATERNA, EN GESTANTES DE LA MICRO RED SOCOTA, CAJAMARCA DURANTE LOS MESES DE MARZO – MAYO DEL 2016”

ENTREVISTA CONFIDENCIAL No. _____

Fecha: _____ Nombre (siglas) = _____ Edad _____

Estado Civil (S, UL, C, D, Vd) Escolaridad (años cursados): _____

Tipo de vivienda: Propia Rentada Compartida

Tabaquismo durante el embarazo: _____. N°. Cigarrillos/día _____

Ocupación: _____ ingreso económico mensual promedio: _____

Alcoholismo (1, 2, 3,) _____

Inicio de control prenatal a la semana _____ total consultas _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Iritabilidad uterina	Aborto incompleto	Amenaza de aborto
Amenaza parto pre-término	Parto pre-término	Anemia
Pre eclampsia	ITU	Retención de placenta

EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO: _____

Aceptación de actual embarazo: (VRAP): _____

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

Inicio V.S.A.: _____

No. Hijos vivos: _____

METODO DE P.F. PREVIO _____ Metodo de P.F. adoptado actual _____

Quien decide _____

PAREJA

Edad _____ Escolaridad _____ (años cursados) _____

Ocupacion: _____

Alcoholismo (1, 2, 3,): _____

Aceptacion de embarazo (V R A P): _____

Estado civil (S,UL,C,D,VD) _____

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL ANEXO N° 1

FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se procederá al llenado completo, sin omisiones o tachaduras, con lápiz, por el entrevistador de cada uno de los rubros a interrogar, así como aquellos que recabará del expediente:

Fecha, completa al inicio de la entrevista (señalando hora, día, mes y año)

Nombre, con Siglas incluyendo nombres y apellidos registrado en el expediente.

Edad en años cumplidos

Estado. Civil: Señalando la inicial S: soltera, UL: unión libre, C: casada, D: divorciada, VD: viuda.

Escolaridad en años cursados completos (incluyendo: primaria, secundaria, bachillerato o licenciatura, no se considerarán cursos en academias o similares).

Tabaquismo durante el embarazo en N° de cigarrillos al día.

Alcoholismo:

- 1- Bebe poco y casi siempre en situaciones sociales, casi nunca a la embriaguez y no tiene problemas provocados por su manera de beber.
- 2- Bebe mucho, con frecuencia tiene problemas con su familia o amistades por la manera en que ingiere bebidas alcohólicas.
- 3- Bebe mucho, permanece alcoholizado casi todo el tiempo, ha perdido el control sobre la bebida y esto le origina problemas serios con su familia, amigos y el trabajo, prácticamente bebe para vivir pues si deja de hacerlo se siente muy mal.

Ocupación habitual durante el último año.

Ingreso económico promedio del hogar en moneda nacional y entre paréntesis especificar si el ingreso solo lo aporta la **M**: mujer **H**: hombre **A**: ambos **O**: otros

Inicio de control prenatal a que número de semana, y señalar sobre la línea si fue decisión de la **M**: mujer **H**: hombre de **A**: ambos o bien de **O**: otros.

Evolución del embarazo, sobre la línea con base a registro del expediente anotar las posibles complicaciones presentadas durante el embarazo.

- Diagnóstico clínico, al momento de la entrevista y de acuerdo a lo registrado en el expediente.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: (para el llenado de este rubro no contar actual evento, dentro de antecedentes)

- Inicio de Vida Sexual Activa: tuvo su primer relación sexual a que edad en años, casos de violación agregar la letra **V**.

- No. De hijos vivos.

- Método de P.F. previo adoptado por la pareja antes del actual evento obstétrico, podrá señalarse con siglas como **H.O.:** hormonales orales, **H.I.:** hormonales inyectados, **P:** preservativos, **DIU.:** Dispositivo

Intrauterino, o inclusive en casos raros **O.T.B.**; oclusión tubaria Bilateral.

- Método de P.F. adoptado actualmente, con las mismas pautas que el apartado anterior.
- ¿Quién decide? Se refiere a la adopción del tal o cual método de Planificación Familiar, señalando la M: mujer H: hombre A: ambos.

ACTUAL PRODUCTO:

- Edad gestacional en semanas por F.U.R. (fecha de ultima regla), y solo de no ser posible se verificará en el expedienté clínico por registro de ultrasonografía o Capurro.
- Condición al nacer vivo o muerto y sobre la línea señalar casos en los que se nace con vida y registran muerte dentro de las primeras 24 horas en casos que así se presenten.
- Peso al nacimiento en kilos y gramos dato del expediente.
- Apgar al minuto y a los 5 minutos del nacimiento según lo establece escala de puntuación, dato que será obtenido del expediente.

PAREJA:

- Edad en años cumplidos.
- Escolaridad en años cursados y con las mismas indicaciones que lo señalado para este dato en la paciente.
- Ocupación habitual durante el último año.
- Alcoholismo: Similar llenado que en la ficha de identificación y datos sociodemográficos.
- Aceptación del embarazo, con R: rechazo, A: aceptación, P: planeado.
- Estado Civil, Señalar la sigla correspondiente con relación al mismo apartado de la mujer, pero en este se tomará en cuenta sus antecedentes a este respecto y se señalaran de manera específica sobre la línea.

ANEXO N° 2

CUESTIONARIO AUTODIAGNÓSTICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1. - ¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

2.-¿Te acusa de infidelidad o que actúas en forma sospechosa?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

3.- ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras o compañeros de trabajo para que tu pareja no se enoje?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

4.- ¿Te critica y humilla en público o en privado, sobre tu apariencia tu forma de ser, el modo como desempeñas tus tareas hogareñas?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

5.¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

6.-¿Cuándo quiere que tú cambies de comportamiento, ¿ te presiona con la indiferencia o te niega dinero?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

7.-¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público o con otras personas?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

8.-¿Sientes que estás en permanente tensión y que hagas lo que hagas, él se irrita o te golpea?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

9.-¿Te ha golpeado con sus manos, con objetos o te ha lanzado cosas cuando se enoja?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

10.-¿Te ha amenazado alguna vez con objetos o armas, o con matarse él, o a ti a algún miembro de la familia?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

11.-¿Sientes que cedas a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

12.- Después de un episodio violento él ¿se muestra cariñoso y atento, te regala cosas o te dice que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que “todo cambiará”?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

13.- ¿Has buscado, o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (primeros auxilios, médica, psicológica, religiosa o legal).

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

14.- ¿Es violento con los hijos/ hijas o con otras personas?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

15.- ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado, al sentir que tu vida y la de otros miembros de la familia esta puesta en peligro por tu pareja?

___SI ___A VECES ___RARA VEZ ___NO

REFERENCIA: CUESTIONARIO AUTODIAGNÓSTICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Cáceres Ana y otras Colaboradoras del Servicio Nacional de la Mujer Chile

Programa Estatal de la Mujer y Consejo para el Desarrollo Integral de la Mujer; Tamaulipas; Gobierno del Estado.

http://www.tamaulipas.gob.mx/congreso_mujer/programa/resultados.asp

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL ANEXO N° 2
“AUTODIAGNÓSTICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”

- 1.- Se asegura que la paciente ha recibido la información básica indispensable previa a través la plática con la investigadora sobre el motivo y finalidad del presente cuestionario de lo contrario se solicita información y se difiere el llenado del mismo.
- 2.- Se cuenta con ficha de identificación con firma que evidencie el consentimiento de la paciente para participar en el presente estudio y correcto llenado de los datos a evaluar.
- 3.-Se cotejará los datos registrados con los del expediente clínico.
- 4.-Se entregará cuestionario y lápiz a la paciente en área cómoda sin acompañantes, aclarándole que cuenta con el tiempo necesario para su respuesta y en caso de dudas en la redacción de alguna pregunta se le puede auxiliar.
- 5.-Se leerá cuidadosamente cada pregunta y marcar con una cruz según corresponda solo una respuesta de las sugeridas, y al finalizar la investigadora asignará el puntaje según corresponda a cada respuesta:

SI (3 puntos) **A VECES** (2 puntos) **RARA VEZ** (1 punto) **NO** (0 puntos)

- 6.- Puntaje:

35 a 45 puntos POSITIVO A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ¡ABUSO PELIGROSO!

Considerar en forma URGENTE, la posibilidad inmediata de dejar la relación en forma temporal o permanente, con apoyo policial o legal. El problema de violencia no se resuelve por sí solo, desearlo puede llegar a estar en peligro de muerte en más de una ocasión o su salud física o mental, quede permanentemente dañada.

23 a 34 puntos POSITIVO A VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

En este punto de escala, se necesita considerar seriamente solicitar ayuda institucional o a personal capacitado, y salir de casa temporalmente en tanto obtiene apoyo.

12 a 22 puntos Positivo a Violencia intrafamiliar, la violencia en la relación está comenzando, es una situación de alerta que puede aumentar en un futuro.

0 a 11 puntos sin violencia. Puede haber problemas en el hogar, pero se resuelven comúnmente

- 7.- Se recabarán los cuestionarios verificando el correcto llenado, y que correspondan cada uno de ellos con el N°. Progresivo asignado conforme a la ficha de identificación.

ANEXO N° 3**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO****“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL EMBARAZO Y MORBILIDAD MATERNA, EN GESTANTES DE LA MICRO RED SOCOTA, CAJAMARCA DURANTE LOS MESES DE MARZO - MAYO DEL 2016”**

Sócota a _____ de _____ de 200_.

Por medio de la presente, YO _____

ACEPTO libre y voluntariamente participar en el proyecto de investigación titulado: “VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL EMBARAZO Y MORBILIDAD MATERNA, EN GESTANTES DE LA MICRO RED SOCOTA, CAJAMARCA DURANTE LOS MESES DE MARZO - MAYO DEL 2016”. .

DECLARO que se me ha explicado el objetivo del proyecto, así como sus alcances favorables para medidas en la mejora de la calidad de la atención que otorga esta unidad médica, así como la importancia de mi participación en la obtención de datos los cuales serán manejados de manera totalmente confidencial, sin que mis respuestas o resultado repercutan ni afecten mis derechos a la atención médica en este hospital, y exonero de toda responsabilidad al investigador principal y al personal de la Micro Red Sócota, de cualquier toma de decisión o cambios dentro de mi vida familiar o relación de pareja a partir de mi participación en el presente estudio.

La investigadora principal se ha comprometido a proporcionarme información oportuna y apoyo en cuanto a orientación de ubicación del Centro de Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar, así como de ser requerido por mí, llamar al Personal del Ministerio Público y poder hacer la denuncia correspondiente, o bien a responder a cualquier pregunta o duda de mi parte en relación al problema de su investigación, riesgos y / o beneficios.

Se reitera la total confidencialidad de resultados e identidad de cada caso.

Firma de la paciente

Investigadora principal

Testigo

(Trabajador del Establecimiento de salud)

ANEXO N° 4
Matriz de Consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
P. General	O. General	H. General	C. General	R. General
¿Cuál es la relación entre la violencia intrafamiliar en el embarazo y morbilidad materna en gestantes de la <micro <red de Sócata durante los meses marzo – mayo 2016?	Determinar la relación entre la violencia intrafamiliar en el embarazo y morbilidad materna en gestantes de la <micro <red de Sócata durante los meses marzo – mayo 2016	Existe relación significativa entre violencia intrafamiliar y presencia de morbilidad durante el embarazo ($p < 0,05$).	Se encontró relación significativa entre la violencia intrafamiliar y presencia de morbilidad durante el embarazo ($p < 0,05$).	Se debe difundir los resultados, a los establecimientos de salud, y enfatizar en la atención de la gestante la VIF y así contribuir a disminuir la morbimortalidad asociada a este problema social cada día más frecuente.
P. Específicos	O. Específicos	H. Específicas	C. Específicas	R. Específicas
¿Cuál es la frecuencia de la violencia intrafamiliar (VIF) durante el embarazo? ¿Cuál es la relación entre la VIF en el embarazo y morbilidad materna durante la evolución del embarazo? ¿Cuál es la relación entre la VIF en el embarazo y morbilidad materna al término del embarazo? ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la gestante con VIF?	Conocer la frecuencia de la VIF durante el embarazo Determinar la relación entre la VIF en el embarazo y morbilidad materna durante la evolución del embarazo. Determinar la relación entre la VIF en el embarazo y morbilidad materna al término del embarazo Conocer las características sociodemográficas de la gestante con VIF.	La frecuencia de VIF durante el embarazo en la localidad de Sócata es superior al 25% Existe relación significativa entre VIF y presencia de morbilidad durante el embarazo. Existe relación significativa entre VIF y presencia de morbilidad al término del embarazo. Las gestantes con VIF son menores de 25 años, con unión conyugal estable, iletradas, amas de casa y todas procedentes de la zona rural.	El 37,9% de gestantes tuvo VIF en inicio y 3% VIF ya presente, las gestantes con inicio de VIF y con VIF establecida presentaron morbilidad durante el embarazo en el 84% y 100% Se encontró relación significativa entre VIF y presencia de morbilidad durante el embarazo ($p < 0,05$). No se encontró relación significativa entre VIF y presencia de morbilidad al término del embarazo. Las gestantes con VIF están entre 18 a 23 años, con unión conyugal estable, grado de instrucción primaria, son amas de casa y todas procedentes de la zona rural.	Se debe anexar los establecimientos de salud y dependencias policiales, para detectar e intervenir en casos de VIF en especial en la gestante. Es necesario conformar y coordinar el equipo multidisciplinario (médico, obstetra, enfermera, psicólogo y asistente social, para difundir en las mujeres su derecho al respeto de su pareja a no atentar contra su integridad, ya sea de forma verbal o física. Se debe fomentar investigaciones cuantitativas y cualitativas para estudiar la VIF en el embarazo y sus repercusiones en la mujer, para poder entender el problema y proponer estrategias de intervención ante casos de maltrato a la mujer y la familia.

