



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
ESCUELA DE POSGRADO ALTÁGORA



**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
SANTA MARÍA DE CUTERVO, CAJAMARCA, 2017**

TESIS

**PARA OPTAR LA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA DE RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

AUTORA

TRINIDAD MIRIAM INGA VALENTIN

ASESORA

DRA. DAYSI SOLEDAD ALARCON DIAZ

CHICLAYO, 2019



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
ESCUELA DE POSGRADO ALTÁGORA



**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
SANTA MARÍA DE CUTERVO, CAJAMARCA, 2017**

TESIS

**PARA OPTAR LA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA DE RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

AUTORA

TRINIDAD MIRIAM INGA VALENTIN

ASESORA

DRA. DAYSI SOLEDAD ALARCON DIAZ

CHICLAYO, 2019

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO,
CAJAMARCA, 2017.**

Tesis presentada para obtener la Segunda Especialidad en
Obstetricia de Riesgo y Emergencias Obstétricas

**TRINIDAD MIRIAM INGA VALENTIN
AUTOR**

**DRA. DAYSI SOLEDAD ALARCON DIAZ
ASESOR**

Aprobado por el siguiente jurado:

**DRA. LADY YANINA GARCÍA PUICÓN
PRESIDENTE**

**MG. IMELDA SEGOVIA BRAVO
SECRETARIO**

**MG. ADA FLOR MANAY BARRERA
VOCAL**

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a DIOS, a mi madre Liduvina Valentin Prieto que está en el cielo, a mi padre y hermanos por su apoyo incondicional en mi realización personal y profesional. A mi esposo y mi hijo quienes me apoyaron y alentaron para continuar cuando parecía que me iba a rendir. A mis compañeros de estudio, a mis maestros y amigos, quienes sin su ayuda nunca hubiera podido hacer esta tesis. A todos ellos mi eterno agradecimiento.

Trinidad Miriam.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar esta investigación, es inevitable pensar que hubiese sido posible sin contar con la participación y apoyo constante de las autoridades del Hospital Santa María de Cutervo.

Debo agradecer de manera especial y sincera a mi Asesora Dra. Daysi Soledad Alarcón Díaz, por motivarme en la realización de esta tesis bajo su dirección, apoyo y confianza en mi trabajo pues su capacidad para guiar este estudio ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador.

Finalmente, me complace de sobre manera a través de este trabajo exteriorizar mi sincero agradecimiento a la Escuela de Posgrado de la Universidad Particular de Chiclayo y en ella a los distinguidos docentes quienes con su profesionalismo y ética puesto de manifiesto en las aulas enrumban a cada uno de los que acudimos con sus conocimientos.

La autora.

INTRODUCCIÓN

La violencia Intrafamiliar es aquella violencia que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual. Entendemos que la violencia doméstica es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica (1).

Silva, señala que la violencia Intrafamiliar se da básicamente por tres factores; uno de ellos es la falta de control de impulsos, la carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente; y además en algunas personas podrían aparecer variables de abuso de alcohol y drogas (1).

La violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos que repercute de manera importante en la salud y bienestar de las mujeres y sus recién nacidos. En este contexto se desarrolló la presente investigación que tuvo como objetivo determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017. Bajo un enfoque cuantitativo del tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal, se aplicaron los instrumentos a una muestra de 137 gestantes con casos de violencia intrafamiliar y complicaciones obstétricas, atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca de Julio a Setiembre del 2017.

El presente documento está dividido en capítulos, para un mejor entendimiento: en el capítulo I, se planteó la realidad problemática, la formulación del problema, la delimitación de la investigación, justificación, las limitaciones y los objetivos de investigación. El capítulo II, se detalló el marco teórico, los antecedentes de estudio, las bases teóricas de las variables, hipótesis, el cuadro de Operacionalización de variables, El capítulo III, se dio a conocer el marco metodológico, explicando el tipo y diseño de investigación aplicado, la población, el método, las técnicas e instrumentos utilizados, la recolección de datos, el análisis estadístico y finalmente los criterios éticos y científicos. En el capítulo IV se presentan los resultados de la investigación debidamente descritos además los gráficos, tablas y la discusión de resultados. Finalmente, se detallaron las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas utilizadas y los anexos.

RESUMEN

La presente investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional, tuvo como objetivo determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017. La muestra corresponde a 137 gestantes. Se utilizó un cuestionario para la evaluación de la violencia intrafamiliar durante el embarazo, y para las complicaciones obstétricas la Guía de análisis documental de complicaciones obstétricas. Los resultados según las características sociodemográficas 51,8% de las gestantes tienen de 28 a 37 años; el 88,3% son convivientes, 54% cuentan con estudios secundarios y 91,2% vienen de la sierra. Sobre la violencia intrafamiliar, en la dimensión psicológica el 60,6% de las gestantes fueron agredidas psicológicamente, siendo sus propias parejas quienes las agredieron. 13 fueron agredidas en la dimensión sexual y 5 de ellas manifiestan que viven con el agresor. El 33,6% manifestó que fue agredida físicamente durante el embarazo y 34,8% de ellas vive con el agresor. En la frecuencia de complicaciones obstétricas en la dimensión infecciosas la mayoría sufrieron infección del tracto urinario. En la dimensión hemorrágica la mayoría presentaron amenaza de aborto. Sobre la dimensión hipertensivas el 14,7% presentaron preeclampsia. Se concluye que existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes.

Palabras clave: Violencia intrafamiliar, complicaciones obstétricas, gestantes.

ABSTRACT

The present quantitative, descriptive, correlational research aimed to determine the relationship between intrafamily violence and obstetric complications in pregnant women treated at the Santa María de Cutervo hospital, Cajamarca, 2017. The sample corresponds to 137 pregnant women. A questionnaire was used to assess intrafamily violence during pregnancy, and for obstetric complications the Guide for the documentary analysis of obstetric complications. The results according to the sociodemographic characteristics 51.8% of the pregnant women are between 28 and 37 years old; 88.3% are cohabiting, 54% have secondary studies and 91.2% come from the mountains. Regarding domestic violence, in the psychological dimension 60.6% of pregnant women were psychologically assaulted, being their own partners who assaulted them. 13 were attacked in the sexual dimension and 5 of them state that they live with the aggressor. 33.6% stated that they were physically attacked during pregnancy and 34.8% of them live with the aggressor. In the frequency of obstetric complications in the infectious dimension, the majority suffered from urinary tract infection. In the hemorrhagic dimension, the majority presented a threat of abortion. On the hypertensive dimension, 14.7% presented preeclampsia. It is concluded that there is a significant relationship between domestic violence and obstetric complications in pregnant women.

Keywords: Domestic violence, obstetric complications, pregnant women.

ÍNDICE

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
INTRODUCCIÓN	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
ÍNDICE	x
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1 Realidad Problemática	12
1.1.1 A nivel internacional	12
1.1.2 A nivel nacional	13
1.1.3 A nivel local	14
1.2 Formulación del problema.	15
1.2.1 Problema General.....	15
1.2.2 Problemas Específicos.....	15
1.3 Delimitación de la investigación	16
1.4 Planteamiento del problema	16
1.5 Justificación e importancia de la investigación	16
1.5.1 Justificación	16
1.5.1.1 Científica	16
1.5.1.2 Social	16
1.5.1.3 Económica	17
1.5.2 Importancia	17
1.6 Limitaciones de la investigación	17
1.7 Objetivos de la investigación	18
1.7.1 Objetivo General	18
1.7.2 Objetivos Específicos	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO – CIENTÍFICO	19
2.1 Antecedentes de investigación	19
2.2 Base Teórico – Científico.....	24
2.3 Marco de Referencia	26
2.3.1 Marco Teórico	26
2.3.2 Marco Conceptual.....	42
2.3.3 Marco Histórico.....	45
2.3.4 Marco Normativo	47
2.4 Hipótesis.....	49
2.4.1 Hipótesis General	49
2.4.2 Hipótesis Específica.....	50
2.5 Variables	50
2.5.1 Identificación de las variables	50
2.5.1.1 Variable independiente.....	50
2.5.1.2 Variable dependiente.....	50
2.6 Definición de las variables	50
2.6.1 Definición conceptual	50
2.6.2 Definición operacional.....	51
2.7 Operacionalización de las variables:.....	51
2.8 Matriz de Consistencia.....	56

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	58
3.1 Tipo de investigación.....	58
3.2 Diseño de investigación / contrastación de la hipótesis.....	58
3.3 Población y muestra.....	59
3.4 Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos	60
3.5 Validación y confiabilidad de los instrumentos	61
3.6 Métodos y procedimientos para la recolección de datos.....	61
3.7 Análisis estadísticos y representación de los resultados.	62
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	63
4.1 Presentación y análisis de la información (en tablas y gráficos)	63
4.2 Discusión de resultados.....	73
CAPITULO V: CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	76
CONCLUSIONES.....	76
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	81

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Realidad Problemática

1.1.1 A nivel internacional

La violencia contra la mujer -especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida (2).

El embarazo no constituye un factor protector contra la violencia familiar, reportándose a nivel mundial la prevalencia de abuso durante esta etapa del 4 al 25%, según la población estudiada. Las definiciones de violencia y los métodos empleados para medirla muestran en nuestro país una prevalencia del 15 al 32.1%, reportándose en el Instituto Nacional de Perinatología una incidencia del 21.5% (3).

La asociación entre violencia familiar durante el embarazo, peso bajo al nacimiento y complicaciones maternas al nacimiento, ha sido observada y reportada; sin embargo, su estudio es incompleto, aun derivado de las diferencias para definir y medir la violencia intrafamiliar, el momento de hacerlo y el difícil control de las variables confusoras.

La evaluación del riesgo obstétrico ha sido de gran valor en el cuidado prenatal para identificar gestantes que tienen alto riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales. En Norteamérica se utiliza en el cuidado primario prenatal la Escala de Morrison & Olson que ha demostrado un buen grado de predicción para la mortalidad perinatal con buen impacto en los programas preventivos de cuidado prenatal. Los factores de riesgo psicosocial en especial el estrés y la disfunción familiar han demostrado ser un factor de riesgo y el apoyo social un factor

compensatorio de los efectos negativos del estrés con respecto a la morbilidad materna y perinatal.

El estrés en la gestante puede deprimir su capacidad de respuesta inmunológica, aumentar significativamente el riesgo para desarrollar preeclampsia y parto prematuro y puede aumentar la resistencia vascular, la resistencia a la insulina, y la producción de citocinas pro inflamatorias como la interleucina que facilitan el desarrollo de disfunción endotelial y preeclampsia(4).

En 1991 el presente grupo de investigación evaluó en un estudio prospectivo los factores de riesgo obstétrico (Escala de Morrison & Olson) y todas las variables psicosociales que se pudieran asociar con el riesgo materno y perinatal observando que la evaluación de los factores de riesgo obstétrico (Escala de Morrison & Olson) juntamente con la evaluación de los factores de riesgo psicosociales críticos determinantes (ansiedad severa, violencia y ausencia de apoyo social familiar) incrementaban significativamente la probabilidad de identificar a embarazadas con mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales (4).

La combinación del riesgo obstétrico y psicosocial dio lugar a la creación de la escala de riesgo biopsicosocial prenatal (Escala de Herrera & Hurtado) que demostró mediante análisis de regresión logística un mayor poder de predicción que la evaluación individual del riesgo obstétrico o psicosocial. El instrumento de evaluación del riesgo biopsicosocial prenatal después se evaluó en un estudio prospectivo en Latinoamérica (Colombia, Uruguay, Argentina, Honduras) al estudiar 1,022 mujeres embarazadas y se observó su mayor utilidad en identificar el riesgo y en predecir la preeclampsia y el bajo peso al nacer. Recientemente se describió en un estudio en Alemania cómo los factores de riesgo biopsicosociales prenatales se asocian con el riesgo de parto prematuro (4).

1.1.2 A nivel nacional

Según el INEI en el 2017 se registró más de 200 mil denuncias por maltrato a la mujer, interpuestas a nivel nacional y 131 casos de feminicidio. En el 2018 ascendió a 222 376. Hasta Mayo del 2019 se registraron 117 493 denuncias.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que en el país, el 65,9 % de las mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez unida, fue víctima de algún tipo de violencia (psicológica, verbal, física o sexual) ejercida alguna vez por su esposo o compañero, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del primer semestre de 2018. En los últimos doce meses, el 11,1 % de las mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez unida, fue víctima de violencia física y/o sexual. En el periodo enero-agosto de 2018 se reportaron a nivel nacional 4514 denuncias de violencia sexual contra la mujer, según la información proporcionada por la Dirección de Estadística y Monitoreo de la Oficina de Planeamiento Estratégico Sectorial del Ministerio del Interior. En tanto, las denuncias de violencia familiar por algún tipo de agresión totalizaron 141922, de las cuales 72433 fueron por agresión física, 61371 psicológica y 3 048 por agresión sexual (5).

Según la Encuestas de Demografía y Salud (ENDES) en su versión del 2017 identificó que el 65% de las mujeres alguna vez han sido agredidas (6). Las mujeres embarazadas son el grupo que se encuentra en situación de mayor riesgo ya que afecta a dos seres, pudiendo ocasionar mayor riesgo de abortos espontáneos y productos de bajo peso (7).

1.1.3 A nivel local

Según cifras del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), de enero a mayo del 2018, Cajamarca registró 1.321 casos de violencia contra la mujer, cifra mayor en 29% respecto al mismo periodo del año anterior (1025). Actualmente dicha región se ubica entre las 10 más violentas a nivel nacional después de departamentos como Lima, Arequipa, Cusco, Junín o Puno (8).

Sin embargo, las cifras más alarmantes figuran en el rubro de feminicidios. Durante cinco primeros meses del 2018, una mujer fue asesinada y hubo 7 tentativas de este crimen en la región. En el periodo 2009-2017, Cajamarca reportó 24 feminicidios y otras 37 tentativas. Las cifras descritas guardan relación con los índices de victimización presentados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

2017, donde seis de cada diez cajamarquinas mayores de 15 años declararon haber sido víctimas de algún tipo de violencia a lo largo de su vida (8).

Según este estudio, la violencia psicológica y verbal ha sido la clase de maltrato más común sufrido por las mujeres de la región (61,5%), seguido de la violencia física (30,6%) y las agresiones sexuales (6,5%).

El Hospital Santa María de Cutervo es un establecimiento de categoría II-1, atiende a usuarios asegurados y no asegurados de la jurisdicción del Hospital, así como referencias de establecimientos de niveles I-1 hasta I-4 de la provincia de Cutervo y establecimientos aledaños de la provincia de Chota.

En el servicio de Gineco-Obstetricia tanto en consultorios externos así como en hospitalización de Ginecoobstetricia durante la interacción con las pacientes se ha identificado pacientes que han sido violentadas durante el embarazo, principalmente violencia psicológica y muchas veces ellas no lo perciben como tal y que han sido causas de las complicaciones en el embarazo.

1.2 Formulación del problema.

1.2.1 Problema General

¿Qué relación existe entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017

¿Cuál es el grado violencia intrafamiliar, en la dimensión psicológica, dimensión sexual y dimensión física en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017?

¿Cuál es la frecuencia de complicaciones obstétricas en la dimensión infecciosas, dimensión hemorrágica y dimensión hipertensivas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017?

1.3 Delimitación de la investigación

La investigación se realizó en el departamento de Cajamarca, provincia de Cutervo, tuvo como objeto de estudio el hospital Santa María de Cutervo 2017, el periodo que duró la investigación fue de 3 meses, desde Julio hasta Setiembre 2017.

1.4 Planteamiento del problema

Por tanto en este contexto según se refiere en Cutervo, en lo que va del año 2017, la Policía Nacional de Cutervo, ha registrado 381 denuncias por violencia familiar en mujeres, en comparación al 2016 que fueron 444. Las autoridades lamentan que todas las denuncias por violencia familiar no sigan el proceso legal, porque muchas de las agraviadas retroceden en la denuncia y ante esta situación, se exhorta que las mujeres muestren más amor hacia ellas mismas, para evitar más casos de feminicidios (asesinatos de mujeres). Por ello es importante conocer no sólo la incidencia de la violencia intrafamiliar en la población obstétrica del Hospital Santa María de Cutervo, sino su asociación con un incremento de parto prematuro, bajo peso al nacer, daño y muerte fetal, Corioamnionitis, dependencia al alcohol y drogas, intentos de suicidio, depresión, ansiedad, cuidados prenatales inadecuados y mayores consultas al médico.

1.5 Justificación e importancia de la investigación

1.5.1 Justificación

1.5.1.1 Científica

La investigación se justifica científicamente porque la violencia física y psicológica contra la mujer embarazada es un problema frecuente con consecuencias adversas para la gestante y su hijo. Por lo que el sector salud debe conocer este grave problema y manejar a fondo las variables: frecuencia, características y consecuencias que en la gran mayoría de casos es subdiagnosticado de tal forma que deban tomarse las medidas necesarias para su identificación e intervención adecuada y oportuna.

1.5.1.2 Social

La Teoría Social de la Violencia señala que la violencia, se encuentra distribuida de modo disparejo en la estructura social, encontrando sus más altos índices en los estratos socioeconómicos bajos. Por tanto este estudio se justifica porque debe explicarse que la

violencia es un obstáculo que imposibilita la realización plena de los derechos de las personas y no se argumenta en ninguna de sus formas ante la sociedad. Porque la violencia intrafamiliar o doméstica alude a todas las formas de abuso entre los miembros de una familia que por acción u omisión causan daño físico o psicológico a alguno de sus miembros o todos y que viola sus elementales derechos. Aquí el fenómeno de la violencia contra la mujer es especialmente significativo por ser ella una de sus principales víctimas.

1.5.1.3 Económica

Esta investigación se justifica porque es fundamental destacar que económicamente, la violencia intrafamiliar está asociada a la pobreza, el desempleo, que conlleva a una inestabilidad familiar, asimismo enfermedades crónicas como el alcoholismo la drogadicción, o situaciones de conflicto como la infidelidad y los trastornos mentales que se constituyen en factores económico-sociales que inciden en una manifestación evidente de agresión.

1.5.2 Importancia

La investigación cobra importancia en nuestro contexto local, porque la violencia intrafamiliar suele ser el tipo de violencia menos reconocido que se oculta en el espacio privado de lo doméstico de un hogar y aunque se presenta en mayor o menor grado en las clases sociales. Y además es de suma importancia para que se reconozca en la sociedad que la agresión intrafamiliar en especial contra las mujeres, constituye un acto abominable puede originar complicaciones obstétricas lamentables en las gestantes de toda clase social y nivel económico.

1.6 Limitaciones de la investigación

Se consideró una limitante la reducida información local sobre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes, la cual se superó investigando con acuciosidad en búsqueda detallada las variables de estudio planteadas.

1.7 Objetivos de la investigación

1.7.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

1.7.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017
- Conocer la violencia intrafamiliar, en la dimensión psicológica, dimensión sexual y dimensión física en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.
- Estimar la frecuencia de complicaciones obstétricas en la dimensión infecciosas, en la dimensión hemorrágicas, en la dimensión hipertensivas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO – CIENTÍFICO

2.1 Antecedentes de investigación

Internacional

Cepeda (España-2014) realizó un estudio titulado “Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo”. El objetivo fue establecer la fuerza de asociación entre violencia familiar durante el embarazo, recién nacidos de peso bajo y complicaciones maternas. El estudio de cohorte de 250 pacientes (125 sin violencia y 125 con violencia). Se calcularon riesgos relativos, Chi cuadrada y análisis de residuos de regresión lineal (9).

Los resultados revelan que la violencia física incrementa 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). Se concluyó que la violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, trauma abdominal y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas). (9).

Crempien (Brasil-2012) un estudio sobre “Violencia doméstica durante el embarazo: magnitud del problema y consecuencias”, en donde se vio que la asociación entre violencia doméstica y embarazo tiene como consecuencia terminación temprana del embarazo, morbilidad y mortalidad infantil, bajo peso al nacer, problemas de salud mental en la madre, uso de alcohol y drogas, detrimento del apego materno-infantil y representaciones negativas de la madre respecto al hijo que espera y a sí misma. Una participación activa de los profesionales de la salud materna en tamizaje sistemático, parece necesaria y efectiva en la prevención e intervención en este problema, sin embargo también parece ser poco utilizada (10).

González (Ecuador – 2018), en su estudio Complicaciones obstétricas como resultantes de la violencia intrafamiliar en mujeres que asisten al Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel. Canton Guayaquil. Ecuador. Éste estudio abordó casos de mujeres, usuarias de una casa de salud pública, víctimas de violencia intrafamiliar causantes de complicaciones durante su embarazo. Se tomó como referencia el enfoque social y cultural con una valoración de las teorías afines; como entrevistas. Se concluyó sobre la falta de apoyo del

grupo tanto en las mujeres que acuden a este hospital, el inicio de la relación marital en la adolescencia y con hombres adultos, a los cuales se suma el bajo nivel educativo de las implicadas, los derechos de estas mujeres fueron vulnerados desde la niñez en un ambiente conflictivo y se evidenció que todas compartían la misma finalidad de un impacto de violencia se física, sexual o psicológica (11).

Mina (Ecuador-2017), en su estudio presentado en Ecuador, Complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en adolescentes con violencia familiar, comparadas con madres no adolescentes en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Enero a Diciembre 2015". La investigación tuvo como objetivo comparar la prevalencia de las complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en adolescentes con violencia familiar y madres no adolescentes en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora e identificar las características socio demográficas que presentan las madres adolescentes y adultas con complicaciones obstétricas durante el tercer trimestre del embarazo. Estudio de tipo descriptivo-retrospectivo a partir de la revisión de historias clínicas con una muestra de 347 embarazadas. Las variables medidas fueron edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción y complicación obstétrica en el tercer trimestre del embarazo vs tipo de acontecimiento violento (12).

Las conclusiones señalaron que la complicación más frecuente fue la anemia con una relación significativa entre los grupos etarios evaluados. La preeclampsia se presentó como otra complicación importante sin embargo no hubo relación significativa con la edad de las gestantes. Las complicaciones como infecciones urinarias, amenaza de parto pre término, parto prematuro, desprendimiento placentario y placenta previa se presentaron en porcentajes bajos y no mostraron relación estadística significativa entre los grupos de estudios (12).

Nacional

Andrade (Lima-2016) en su investigación Violencia de género durante la gestación y su relación con los resultados maternos en las púérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio 2016. Tuvo como objetivo determinar la relación entre la violencia de género durante la gestación y los resultados maternos en las púérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en junio del 2016. El estudio de tipo observacional, con diseño correlacional, transversal y prospectivo, en el que se tuvo como

muestra a 245 puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el mes de junio 2016 que cumplían con los criterios de selección. Las variables cualitativas fueron analizadas mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables cuantitativas fueron estimadas mediante medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). La asociación entre las variables se determinó mediante la estimación de la prueba de chi cuadrado, la cual fue significativa si el valor de p era menor a 0.05.

Los resultados revelaron que el 74% de las puérperas manifestaron no haber sufrido de violencia de género durante la gestación, mientras que el 26% de puérperas refirió algún tipo de violencia. De acuerdo al tipo de violencia, el 22.4% ha sufrido violencia psicológica, el 5.7% violencia física y el 6.9% violencia sexual. Los principales resultados maternos fueron: cesárea (50.8%), anemia (50.8%), infección del tracto urinario (41.3%) e infección de transmisión sexual (30.2%). Hubo una relación muy significativa entre la violencia de género y las complicaciones maternas como la anemia ($p=0.002$) y la preeclampsia ($p=0.002$). Asimismo, se observó que la violencia psicológica se relaciona con la presencia de resultados adversos ($p=0.019$). También se obtuvo que la violencia de género se relaciona significativamente con la presencia de resultados maternos adversos ($p=0.02$). Se concluyó que existe relación significativa entre la violencia de género durante la gestación y los resultados maternos ($p=0.02$) en las puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en junio del 2016 (13).

Cripe y cols, (Lima-2014) realizaron un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el año 2012, titulado “Asociación de la violencia física y sexual en la pareja con embarazos no deseados entre las mujeres embarazadas en el Perú”, el resultado encontrado fue: el 40% de una muestra de 2167 puérperas había sido víctima de algún tipo de violencia durante su embarazo (14).

Flores (Ica-2018) presentó el estudio Incidencia de violencia familiar en gestantes que acuden al Hospital Santa María del Socorro. Universidad Alas Peruanas; tuvo como objetivo determinar la incidencia de violencia familiar en gestantes que acuden al Hospital Santa María del Socorro durante el periodo abril – junio 2017. Siendo un estudio de tipo descriptivo, no experimental, corte transversal, prospectivo cuanticualitativo, porcentual. La muestra fue de 160 gestantes. Los resultados indican que la incidencia de la violencia

familiar en las gestantes fue del 86 %, de los cuales se encontró a predominio que el 39 %, psicológica 28 % que sufre de violencia física, 26 % violencia económica, 7 % violencia sexual. Se concluye que sí existe violencia familiar en las gestantes atendidas durante el estudio (15).

Mori (Iquitos-2017) Violencia intrafamiliar y su relación con las complicaciones del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital regional de Loreto; enero 2016 a diciembre 2016. El objetivo fue determinar la relación entre la violencia intrafamiliar con las complicaciones del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2016. El estudio fue de tipo no experimental; de diseño descriptivo correlacional retrospectivo; El tamaño de la muestra fue tomada por conveniencia y se considerará el 100% de las gestantes adolescentes con violencia intrafamiliar.

Los resultados revelan que entre las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes adolescentes con violencia intrafamiliar fueron: el 76,1% tuvieron entre 15 a 19 años; el 43,4% procedían de la zona urbano marginal, el 55,2% fueron convivientes; el 52,2% tenían estudios primarios; el 62,7% tuvieron gestación pretérmino y solo el 57,0% tuvieron una adecuada atención prenatal. Entre los tipos de violencia familiar en adolescente se encontró que el 34,4% tuvieron violencia psicológica; el 31,3% tuvieron violencia física; el 17,9% tuvieron violencia sexual. Las principales complicaciones maternas fueron: anemia (40,3%), parto complicado (28,4%), Parto pretérmino (26,9%), Hipertensión gestacional (17,9%).

Se concluye que las relaciones entre las gestantes adolescentes con violencia Intrafamiliar con sus características sociodemográficas, obstétricas y complicaciones maternas de las mismas no presentaron ninguna relación significativa; edad ($p = 0.836$), procedencia ($p = 0.198$), estado civil ($p = 0.511$), grado de instrucción ($p = 0.188$), edad gestacional ($p = 0.538$), complicación materna ($p = 0.520$) (16).

Salas (Lima-2013), Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes, Hospital San Juan de Lurigancho diciembre 2011- febrero 2012. El objetivo fue analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. El estudio comparativo, transversal, retrospectivo, tuvo una de 116 puérperas

adolescentes, distribuidas en dos grupos de 58 participantes. Se recopilaban los datos mediante la entrevista estructurada y la revisión de las Historias Clínicas. Las conclusiones revelan que los resultados maternos adversos son más frecuentes en las puérperas adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se encontró asociación significativa para la infección de tracto urinario, anemia y parto pretérmino (17).

Sulca (18) (Lima-2015) presentó el estudio violencia intrafamiliar y la depresión postparto en puérperas adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, que tuvo como objetivo analizar la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión postparto en puérperas adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, diseño descriptivo, con 150 pacientes. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes puérperas adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el período de enero a marzo del 2014. Mediante la aplicación de dos cuestionarios: El primero para evaluar la depresión: Escala de Depresión de Zung (EZ-D), y un cuestionario validado para valorar la violencia intrafamiliar.

Los resultados revelan que el 17.3 % sufrió violencia física, 52.7% violencia psicológica, tocamientos indebidos el 6%, violación sexual el 4% y el 24.7% trabajo durante su gestación. El 25.3% sufrió de Depresión leve, 12.7% de Depresión moderada y el 2.7% de Depresión severa. Nuestra tasa de prevalencia total de depresión fue de 40.7%. Se encontró relación estadísticamente según la prueba de chi cuadrado entre la violencia física intrafamiliar y la depresión severa ($p=0.003$). Conclusión: La Violencia física intrafamiliar, los tocamientos inapropiados y la violación sexual por parte de algún familiar o la pareja provocan depresión post parto en puérperas adolescentes. (18)

Taípe, G. (19) (Satipo – 2019), en su estudio Violencia intrafamiliar según complicaciones del embarazo en adolescentes del centro de salud Valle Esmeralda. Satipo; tuvo como objetivo determinar las características de la violencia intrafamiliar y las complicaciones durante el embarazo en las adolescentes del Centro de Salud Valle Esmeralda. Investigación de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal; el método utilizado fue el inductivo cuyo nivel y diseño de investigación fue descriptivo, siendo un total de cincuenta gestantes adolescentes, se utilizó dos técnicas la encuesta con su instrumento el cuestionario validado para identificar la violencia intrafamiliar y el

análisis documentario a través de la ficha de recolección de datos para registrar las complicaciones durante el embarazo.

Los resultados hallados fueron: Corresponden a la adolescencia tardía en un 88.2%; de estado civil conviviente 82.4%; con 6 a más atenciones prenatales con un 68.2% y están cursando el II Trimestre del embarazo un 82.4%. Así mismo, se identificó violencia intrafamiliar en el 86% del embarazo adolescente, siendo la violencia emocional o psicológica el más frecuente con un 86.3% seguido de la violencia física en el 60.8% y finalmente la violencia sexual con el 3.9%; se encuentra trabajando el 58.8% de las gestantes y las complicaciones durante el embarazo fueron anemia y la enfermedad hipertensiva del embarazo con un 45.1% en cada patología. (19).

2.2 Base Teórico – Científico

La Organización Mundial de la Salud, incluye en su definición de violencia de género la especificidad de esta forma de violencia contra las mujeres. La violencia intrafamiliar es la forma más común de violencia contra la mujer; incluye formas de violencia infligidas por personas del medio familiar y dirigido generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos. La Violencia Basada en Género es un fenómeno complejo que trasciende el escenario familiar, por ende la definición de Violencia Intrafamiliar se incluye dentro de la violencia contra la mujer (17).

La Violencia intrafamiliar se define como el uso de la fuerza física o moral, así como 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 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, psicológico, sexual y económico (20).

Teorías de la Violencia

Dollard, citado por Pallitto (33), encontró que la agresión es provocada por la existencia de una frustración y, en consecuencia, la frustración siempre conduce a alguna forma de

agresión. Por tanto, las interpretaciones de la agresión pueden ser divididas en dos grandes tendencias; la teoría biológica o reduccionista y las teorías sociales o culturalistas.

- **Teoría Biologista**

Respecto a la teoría biológica, esta tendencia es catalogada como una de las aportaciones más importantes en la explicación de la violencia. En la tesis de Cesar Lombroso, quien en 1876 expuso en su libro *El Hombre Delincuente*, la existencia de ciertos rasgos comunes en todos aquellos sujetos criminales, a los cuales denominó delincuentes natos cuyo comportamiento y rasgos físicos, según el autor, se encontraban más estrechamente ligados al chimpancé que al hombre. Esta interpretación de la violencia criminal, fue un elemento esencial para sucesivas reflexiones desde esta óptica. El efecto inmediato de estas reflexiones dio como resultado el nacimiento de la frenología, el cual tenía como objetivo la predicción del comportamiento del sujeto a partir de las características particulares de su cráneo.

Entre estas disciplinas, a parte de la genética, se encuentra la paleo antropología, que tras varios argumentos de demostración, concluyen que a lo largo de la historia, el hombre ha heredado el comportamiento violento como resultado de un instinto y de un sistema endocrino cuya fisiología es fuente de agresión. Por su parte, la genética es quizá la disciplina que más sustento ha brindado a las teorías reduccionistas de la violencia, o bien patologistas, ya que muchas de estas interpretaciones han insistido en catalogar las acciones y comportamientos violentos del sujeto como una enfermedad propia y heredada en el género humano, que altera su organismo produciendo cambios estructurales y funcionales (19).

- **Teoría Social y Culturalista**

Respecto a las teorías sociales, las interpretaciones expuestas por científicos sociales dedicados al estudio de la violencia no se han cansado de insistir que tal comportamiento en la sociedad tiene viejas causas; la dependencia, el subdesarrollo, la pobreza, la marginación, el racismo y la sobre explotación (20).

De acuerdo a la teoría de la violencia, la misma se encuentra distribuida de modo disparado en la estructura social, encontrando sus más altos índices en los estratos socioeconómicos bajos. Esta distribución diferencial viene a ser una función de las normas y valores culturales concernientes a ella, lo que implica que la violencia es una respuesta aprendida por los miembros de un grupo cultural o subculturas, formando por eso parte de la socialización (19).

Por otro lado, la psicología se ha empeñado en interpretar a la violencia como la expresión de una agresión. Entre los efectos a largo plazo asociados a la exposición de menores a la violencia, y que son fuente de preocupación, no solo por el bienestar y desarrollo de las propias víctimas, sino por la repercusión social que tienen, se encuentra el aprendizaje que hacen los menores de las conductas violentas dentro de su hogar. Por ello, se asume que la violencia es un fenómeno aprendido por el individuo (19).

Efectivamente, los/as menores aprenden a definirse, a entender el mundo y a relacionarse con él, a partir de lo que observan en su entorno más próximo y, en este sentido, la familia es el agente socializador más importante. De tal modo que, en la dinámica interna de las familias con vivencias de maltrato o violencia extrema entre sus miembros se establecen normas para definir el papel de cada uno; dónde la posición del victimario suele ser de alguien superior o con poder, pero que necesita ciertos atributos personales valorativos, riqueza o conocimientos, a fin de mantener ese poder frente a los demás miembros. A falta de recursos valorados, esta persona se vale de la violencia para mantener su posición de poder en la familia (19).

2.3 Marco de Referencia

2.3.1 Marco Teórico

Definición de la violencia

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: “el uso deliberado de la fuerza física o del poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, 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” (21)

La violencia se divide en tres grandes categorías:

1. Violencia dirigida contra uno mismo, comprende los comportamientos suicidas y las autolesiones.
2. Violencia interpersonal, comprende dos subcategorías, la primera la violencia intrafamiliar entre miembros de la familia y la violencia comunitaria entre individuos no relacionados con el vínculo familiar.
3. Violencia colectiva, uso de la violencia en personas que se identifican como miembros de un grupo frente a un conjunto de individuos (22).

Violencia Intrafamiliar

En la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, define a la Violencia Basada en Género como: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres” (24)

La Organización de Naciones Unidas, definió a la violencia de género como: “Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o en la privada” (24)

La Organización Mundial de la Salud, incluye en su definición de violencia de género la especificidad de esta forma de violencia contra las mujeres. La violencia intrafamiliar es la forma más común de violencia contra la mujer; incluye formas de violencia infligidas por personas del medio familiar y dirigido generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos (24).

García (20), refiere que la Violencia Basada en Género es un fenómeno complejo que trasciende el escenario familiar, por ende la definición de Violencia Familiar se incluye dentro de la violencia contra la mujer.

De acuerdo a la Legislación Peruana, en el año de 1993, se promulgó la Ley 26260; Ley de protección frente a la violencia familiar, que en complemento con el Código de los Niños y Adolescentes protegen a las mujeres y a los niños de cualquier

manifestación de violencia familiar. Con la finalidad de mejorar el marco normativo se han realizado numerosas modificaciones a dicho dispositivo (22).

Salas (23), refiere que, existe una variedad de instrumentos normativos de protección frente a la violencia familiar; nacional e internacionales. En coordinación intersectorial destacan la creación del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual y el Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2009 -2015 y luego el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 - 2021. En el 2015, el presidente de la República, Ollanta Humala, firmó la promulgación de la Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar, en el marco de la concentración publica de la campaña No te calles.

Las cifras de violencia en el embarazo son preocupantes, debido a las consecuencias en la madre y el producto de la concepción.

La violencia intrafamiliar puede adoptar diversas formas:

- a. **Maltrato físico:** Implica el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de una persona para causar daño o dolor. Los criterios que se deben tener en cuenta en la evaluación de las lesiones incluyen la conducta lesiva e intencionalidad, los efectos de la lesión, los medios utilizados para lesionar y los elementos que acompañan a la lesión. No hay que olvidar el maltrato por omisión de cuidados, en caso de ser necesarios (23).
- b. **Maltrato psicológico:** Toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona (criticas permanentes, humillaciones e insultos), culpa (críticas y castigos), miedo (amenazas sobre su propia integridad física y la de sus hijos) y restricción de estímulos (aislamiento social, restricción económica, privarla de afecto y de cuidados cuando los necesita). El efecto es la reducción de la autoestima y la seguridad en sí mismas y causa tanto o más deterioro, de la salud física y mental en la víctima como la violencia física (23).
- c. **Violencia sexual:** Se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que imponen tener relaciones sexuales no deseadas mediante coacción, intimidación o indefensión (23).

Los niveles de gravedad de cualquiera de estas formas de violencia dependen de la frecuencia del maltrato, de los objetivos del agresor y del grado de violencia utilizado. El maltrato empieza con violencia continuada, en la que el objetivo no es una lesión, sino el sometimiento, y su pronóstico es la perpetuación.

La probabilidad de violencia durante el embarazo se incrementa en condiciones de alta vulnerabilidad física, psicológica y social de la mujer así como también en las adolescentes (22).

La violencia durante el embarazo se ha asociado con bajo nivel socioeconómico, pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica, estrés, adicciones al tabaco, alcohol o drogas y falta de apoyo social.

Manifestaciones de la violencia intrafamiliar

- a. Manifestaciones de la violencia física: aquí encontramos empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por armas, sujetar, amarrar, paralizar.
- b. Manifestaciones de la violencia psicológicas: Gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico, celos posesividad, intimidación, degradación, humillación, insultos y críticas constantes.
- c. Manifestaciones de la violencia sexual: Sexo forzado, degradación sexual, intentar que la persona practique actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales cuando la persona no está consciente, lastimar físicamente a la persona durante el acto sexual (22).

La escala y círculo de la violencia

La violencia intrafamiliar se manifiesta a través de los malos tratos que recibe cualquiera de sus miembros. La violencia que se ejerce sobre las mujeres en el marco de las relaciones de pareja o de afectividad es un fenómeno muy complejo con consecuencias muy graves a corto y largo plazo (20).

La escala de la violencia se define como un proceso paulatino y ascendente de etapas en las que la intensidad y frecuencia de las agresiones se van incrementando a medida que pasa el tiempo; las cuales comienzan con conductas de abuso psicológico bajo la apariencia y expresión de actitudes de cuidado y protección por parte del agresor (20).

Estas actitudes van denigrando la autoestima de la mujer logrando sentimientos de culpa, aumento progresivo de la violencia puede llegar hasta la agresión física e incluso puede causar la muerte. Esto se puede manifestar a través de los celos, control sobre las salidas y amistades, etc (20).

La escala de la violencia se inicia primero con agresiones psicológicas y agresiones verbales, para luego continuar con agresión física y en la gran mayoría de los casos termina en muerte (14).

Paralelamente a la escala de la violencia se encuentra situado el círculo de la violencia el cual refleja el comportamiento del agresor y la víctima dentro del proceso violento, se han descrito tres etapas (22).

Fase de tensión o acumulación

Fase de la agresión

Fase de remisión o calma

Complicaciones obstétricas durante el embarazo

Anemia La anemia ferropénica es la primera causa de deficiencia nutricional que afecta a las mujeres embarazadas. Hemoglobina con valores menores a 11 g/dL (Hematocrito menor a 33%) en el primer y tercer trimestre, o hemoglobina con valores menores a 10,5 g/dL (Hematocrito menor a 32%) en el segundo trimestre, con hipocromía y microcitosis, observadas en la sangre periférica son considerados valores anormales. Puede evaluarse el hierro sérico, la ferritina y la saturación de transferrina para confirmar la patología, aunque estos exámenes no se ordenan

rutinariamente durante el control prenatal. Anemia posparto Hemoglobina con valor menor a 10 g/dl (11).

En el embarazo se requiere hierro adicional para el feto, la placenta y el incremento en el volumen sanguíneo materno. Este alcanza una cantidad aproximada de 1000 mg de hierro (masa eritrocitaria 500 mg, hierro fetal 290 mg, pérdidas fisiológicas 240 mg y hierro placentario 20 mg) durante todo el embarazo. La anemia en el embarazo se asocia con un mayor riesgo de resultados maternos, fetales y perinatales adversos: mayor prevalencia de trastornos hipertensivos gestacionales y hemorragia posparto, restricción de crecimiento intrauterino y muerte fetal son más frecuentes en los embarazos de mujeres anémicas (11).

Los cambios en la dieta por sí solos no son suficientes para corregir la anemia por deficiencia de hierro y los suplementos de hierro son necesarios. Las sales ferrosas de hierro son la preparación de elección. La dosis oral para la anemia por deficiencia de hierro debe ser de 100-200 mg de hierro elemental diario (25).

Aborto Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas (25).

Clasificación de aborto

→ Amenaza de Aborto: es la presencia de hemorragia de origen intrauterino de varios días de evolución, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. El ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento). Hasta el 50% de las amenazas de aborto pueden seguir su curso hacia aborto a pesar de las medidas terapéuticas que se establezcan (11).

→ Aborto Completo: Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares; desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye, los hallazgos del examen ginecológico evidencia cuello cerrado, útero disminuido de tamaño y bien contraído. Generalmente ocurre cuando la gestación es menor de 8 semanas.

→ Aborto Incompleto: Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones acompañado de sangrado que

puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio de implantación de la placenta que deprivan la vasoconstricción dada por las contracciones miométriales; este sangrado en algunas ocasiones es causa de hipovolemia (11).

→ **Aborto Diferido:** Corresponde al aborto caracterizado por la retención, en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo. En este caso, el embrión muere pero no es expulsado. Se sospecha cuando los síntomas del embarazo desaparecen y el útero no aumenta de tamaño; su manejo debe ser hospitalario, e incluye la solicitud de ultrasonido. El diagnóstico se confirma cuando no se visualiza embrión o fetocardia, y se encuentra distorsión del saco gestacional o disminución del líquido amniótico. Su tratamiento depende de la edad gestacional y del tamaño uterino. Puede escogerse tratamiento médico o quirúrgico para hacer la evacuación uterina (11).

→ **Aborto Séptico:** Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus (26).

Embarazo Ectópico El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. El embarazo ectópico es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación. Casi 95% de los embarazos ectópicos se implanta en los diversos segmentos de la trompa de Falopio y dan lugar a embarazos fimbriales, ampollares, ístmicos o intersticiales. El 5% restante de los embarazos ectópicos no tubáricos se implantan en el ovario, cavidad peritoneal, cuello uterino o sobre la cicatriz de una cesárea previa (26).

Amenaza de Parto Pretérmino Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 o más, cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación. Se debe reconocer que no existe consenso universal en cuanto a dichos criterios. Una situación clínica especial es la que se vive en aquella paciente que presenta contracciones uterinas persistentes, sin modificaciones cervicales concomitantes. En esta situación debe pensarse en coito reciente, uso de drogas

ilícitas y/o estrés materno. El 80% de las consultas por APP no terminarán en un parto prematuro. Dos tercios de las APP no parirán en las siguientes 48 horas, y más de un tercio llegarán a término (26).

Factores de riesgo identificados son: edad materna ≤ 18 a ≥ 40 años, antecedentes de pérdidas gestacionales en el segundo trimestre, aborto habitual, anomalías uterinas, conización del cérvix, longitud cervical corta, embarazos múltiples, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, hemorragia anteparto, infección del tracto urinario, infección materna severa, trauma físico, infección bacteriana ascendente, enfermedades maternas como hipertensión arterial entre otras (26).

Rotura Prematura de Membranas, Afecta aproximadamente del 2% al 18% de los embarazos y puede ocurrir a cualquier edad gestacional. En adolescentes puede afectar del 2% al 5% de los embarazos. Se define como la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas al menos 2 horas antes del inicio del trabajo de parto. Si ocurre antes de las 37 semanas de gestación, se denomina Rotura Prematura de Membranas de Pretérmino. Se denomina ruptura prematura de membranas prolongada cuando tiene una duración mayor de 24 horas.

— Rotura Prematura de Membranas de Pretérmino cerca de término: solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se produce entre 35 y 36 semanas 6 días.

— Rotura Prematura de Membranas de Pretérmino Lejos de Término: solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se produce entre las 24 y 34 semanas 6 días.

— Rotura Prematura de Membranas de Pretérmino previable: solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se produce antes de las 24 semanas o antes del límite de la viabilidad.

— Período de latencia: se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto. Por lo tanto, el período de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y el manejo de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo.

Dentro de los factores de riesgo se encuentran infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias, índice de masa corporal bajo, edad menor a 17 años, tabaquismo, parto pretérmino previo, distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple, nivel socioeconómico bajo, conización cervical, cerclaje cervical, amniocentesis, deficiencias nutricionales, y sangrado vaginal del segundo o tercer trimestre del embarazo (11).

Entre las principales complicaciones tenemos: Corioamnionitis, infección posparto, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis materna, membrana hialina, sepsis materna y neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, mayor compromiso neurológico y mayor riesgo de compresión de cordón umbilical, etc. El riesgo de infección se eleva con la disminución de la edad gestacional al momento de la ruptura y con el tiempo de duración de la latencia. En embarazos a término, la apoptosis, la 15 activación de enzimas catabólicas como las colagenasas y fuerzas mecánicas resultan en la ruptura de membranas. Probablemente ocurre por la prematura activación de estas vías y también está relacionada a procesos patológicos vinculados con infección o inflamación (26).

Enfermedad Hipertensiva Gestacional Amplia gama de trastornos hipertensivos que existen durante el embarazo o el posparto, independientemente del momento de su aparición, y que tienen en común valores de la presión arterial anormalmente elevados (26).

Los trastornos hipertensivos del embarazo se caracterizan por la disfunción endotelial de todo el sistema materno y del lecho placentario, debido a una pérdida del balance entre los factores que promueven la angiogénesis normal como el factor de crecimiento endotelial vascular y factor de crecimiento placentario y los factores antiangiogénicos. Se ha comprobado que existe alteración para la síntesis normal del óxido nítrico, lo que conduce al estrés oxidativo en todos los endotelios maternos y placentarios con aumento del Tromboxano A2 y disminución de la Prostaciclina, estimulación del sistema Renina Angiotensina, aumento de la resistencia periférica y vasoconstricción generalizada. Estos cambios reducen el flujo útero placentario, con trombosis del lecho vascular placentario, depósitos de fibrina, isquemia e infartos de la placenta (26).

Clasificación

→ Hipertensión en el Embarazo: Tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica mayor o igual 90 mmHg en cualquier momento del embarazo

→ Hipertensión Gestacional: Tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o Tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, presente a partir de las 20 semanas de gestación y ausencia de proteinuria.

→ Preeclampsia: Se define como la presencia de hipertensión inducida por el embarazo aparece después de las 20 semanas, desaparecen dentro de las 12 semanas del post parto con tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual de 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mmHg, esto asociado con proteinuria de > 300 mg (0,3 g) de proteínas en orina de 24 horas y/o $\geq 2+$ proteínas en tira reactiva en dos ocasiones en ausencia de infección urinaria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco. El valor de tensión arterial diastólica es el mejor predictor de resultados maternos perinatales, sin embargo el accidente cerebro vascular se correlaciona con TAS $>$ a 160 mmHg. La toma de la presión debe hacerse a la paciente con 10 minutos de reposo, sentada, con el brazo en un ángulo de 45 grados y a nivel del corazón. Una embarazada de alto riesgo para desarrollar preeclampsia o hipertensión gestacional es aquella que presenta uno o más factores de alto riesgo o dos o más factores de riesgo moderado (26).

Signos de Gravedad:

Trombocitopenia ($<$ a 100 000/ μ L), elevación anormal de enzimas hepáticas (el doble de lo normal) y/o dolor severo en el cuadrante superior derecho del abdomen o a nivel epigástrico que no cede a la medicación, Insuficiencia renal progresiva con concentraciones séricas de creatinina mayor ($>$) a 1.1 mg/dL, edema pulmonar, afectación visual (visión borrosa, escotomas, diplopía, fotofobia, etc.) y/o neurológica (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, agitación psicomotriz, alteraciones sensoriales, confusión) (11).

→ Preeclampsia grave TAS $\geq$ 160 mmHg y/o TAD $\geq$ 110 mmHg* y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco

→ Eclampsia: Desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o coma en mujeres con preeclampsia durante el embarazo, parto o puerperio, no atribuible a otras patologías o condiciones neurológicas.

Desprendimiento Prematuro de Placenta El desprendimiento prematuro de placenta es el proceso de separación parcial o total de la placenta de su lugar de inserción normal que corresponde al fondo uterino, se produce a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del nacimiento del feto, pudiendo ocurrir incluso durante el trabajo de parto. Es la segunda causa en orden de frecuencia de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, siendo esta una complicación que afecta del 2-5 % de las embarazadas (26).

La causa exacta no es aún bien conocida, sin embargo podemos citar diversos factores predisponentes: el síndrome hipertensivo del embarazo es la causa más frecuentemente hallada en los desprendimientos, los traumatismos externos, la descompresión brusca del útero en los casos de polihidramnios y embarazo gemelar, como así también la brevedad del cordón ya sea real o aparente y la diabetes gestacional. Los factores de riesgo asociados de mayor relevancia son la edad materna avanzada > 35 años, la primiparidad, el tabaquismo, el alcoholismo, las presentaciones viciosas y la endometritis, los cuales contribuyen significativamente en el desarrollo de infartos placentarios (28).

En el desprendimiento existe un aumento del tono y la presión intramiometral entonces el miometrio comprime los vasos que lo atraviesan colapsando las venas, no así las arterias. La sangre que sigue entrando al útero halla dificultades para salir entonces la presión sanguínea de los capilares, venas y lagos sanguíneos sigue aumentando alcanzando valores muy altos hasta que se rompen y dan origen al hematoma y al desprendimiento. Al desprenderse los cotiledones placentarios la sangre materna de los espacios intervelllosos se acumula entre la placenta y la pared uterina constituyendo el hematoma retroplacentario.

Clasificación de la enfermedad (11).

GRADO 0: clínicamente no existen síntomas y el diagnóstico no se establece al examinar la placenta. GRADO 1: hay sangrado leve con o sin leve hipertensión. No hay sufrimiento fetal, no hay taquicardia ni signos de coagulopatía. Hay menos del 30 % de desprendimiento placentario. Representa el 48 % de todos los casos. GRADO 2: puede haber ausencia de sangrado hasta sangrado moderado. Dolor e hipertensión uterina. Taquicardia con cambios ortostáticos de la frecuencia cardíaca materna. Hay compromiso fetal importante con sufrimiento fetal y/o muerte fetal. Puede haber coagulopatía compensada. A la inspección de la placenta hay entre el 30 % y 50 % de desprendimiento. Representa el 27 % de todos los casos. GRADO 3: desde ausencia de sangrado hasta sangrado abundante, desprendimiento grave, hemorragia interna o externa, con shock materno, tétanos uterino, muerte fetal y con frecuencia coagulación intravascular diseminada existiendo entre 50 % y 100 % de desprendimiento placentario. Representa el 24 % de todos los casos (11).

Infecciones de Vías Urinarias Se refieren a toda invasión microbiana del aparato urinario (riñón, uréteres, vejiga, uretra, etcétera) que sobrepasa la capacidad de defensa del individuo afectado. Dichas infecciones figuran entre las más comúnmente presentadas durante la gestación, y el principal microorganismo patógeno es *Escherichia coli*, así como otros bacilos Gram negativos y Gram positivos (26).

Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria entre ellas: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, disminución del tono ureteral y vesical, obstrucción parcial del uréter por el útero grávido y rotado hacia la derecha, aumento del pH de la orina especialmente por la excreción aumentada de bicarbonato que favorece la multiplicación bacteriana(26).

Bacteriuria Asintomática: Colonización de bacterias en tracto urinario con más de 100000 colonias/ml en una sola muestra del chorro medio de orina en ausencia de síntomas urinarios específicos. Presente en el 2 a 10% de embarazos se asocia restricción del crecimiento fetal y bajo peso al nacer, puede progresar a pielonefritis en 20 – 40%, la mayoría se dan en el primer trimestre de la gestación (26).

Cistitis: Colonización de bacterias en el tracto urinario con más de 100000 colonias/ml que se acompaña de urgencia miccional, polaquiuria, disuria y dolor suprapúbico en ausencia de síntomas de afectación sistémica (fiebre) y dolor lumbar. Presente en 1 a 4% de embarazos(26).

Pielonefritis: Infección del parénquima renal que aparece en 1-2% de las gestaciones y cuya prevalencia aumenta al 6% en gestantes en las que no se ha realizado cribado de bacteriuria asintomática durante el embarazo. El 80-90% de las pielonefritis aparecen en el 2º, 3º trimestre de la gestación y en el puerperio, puede llevar a complicaciones perinatales y maternas como: parto pretérmino, bajo peso al nacer, anemia, insuficiencia renal temporal, presente en 1 a 2% con una recurrencia de 10 a 20% en la misma gestación (26).

Vaginosis Bacteriana, es la más importante infección vaginal debido a su potencial de causar infección del tracto genital superior. Es una de las dos infecciones genitales más frecuentes en las mujeres con vida sexual activa. Durante el embarazo se producen cambios hormonales que predisponen con mayor frecuencia a la aparición de infecciones del tracto genital inferior. Dichas infecciones están asociadas a un gran número de complicaciones ginecoobstétricas, tales como parto prematuro, ruptura prematura de membranas, aborto espontáneo, corioamnionitis, endometritis postparto, enfermedad inflamatoria pélvica, retardo en el crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer (26).

Repercusiones de la violencia familiar en el embarazo

La violencia intrafamiliar comprende un conjunto de conductas aprendidas de tipo coercitivas cuyas dimensiones comportan la violencia física, psicológica y sexual. La violencia física, acarrea numerosas consecuencias negativas para la salud; entre ellas podemos citar las lesiones, los traumatismos y las secuelas psíquicas. Las secuelas provocadas por el maltrato físico suelen ser evidentes, pero el deterioro en la calidad de vida de las víctimas de agresión, se detecta con mayor dificultad. La violencia psicológica menoscaba la integridad emocional de la persona y en la mayoría de los casos precede a la agresión física (16).

Según García (20), la violencia psicológica y sexual produce secuelas alarmantes en la esfera emocional de la víctima, implicancias que actúan en el tiempo, con impacto en la salud mental de las mujeres. La violencia intrafamiliar causa tensión y deterioro psíquico e influye en la aparición de trastornos como la depresión, ansiedad y estrés (22).

La violencia en el embarazo, afectada la salud física, mental y la calidad de vida. Los niveles altos de ansiedad y depresión en las embarazadas aumentan significativamente el riesgo de partos prematuros (20).

Diversas investigaciones han observado la asociación entre la depresión y el parto pretérmino. En un estudio realizado en mujeres afroamericanas encontraron asociación de las mujeres con síntomas depresivos y el parto pretérmino (22).

Los factores psicosociales del estrés se han relacionado con el parto prematuro. La depresión se ha relacionado con resultados maternos adversos, incluyendo partos prematuros; el apoyo social protege a la gestante de los eventos adversos de la depresión. Las mujeres víctimas de violencia pueden presentar síntomas funcionales debidos a la depresión. Las mujeres maltratadas tenían asociación significativa con el dolor de cabeza, dolor de espalda, enfermedades de transmisión sexual, sangrado vaginal, infecciones vaginales, dolor pélvico, relaciones sexuales dolorosas, infecciones del tracto urinario, pérdida de apetito, dolor abdominal y problemas digestivos (22).

En el estudio de Stewart y Cecutti, citado en Salas (23) el 6.6% de gestantes manifestaron violencia física durante el embarazo. El análisis factorial reveló tres factores asociados al abuso físico; la inestabilidad social, el estilo de vida poco saludable (la mala alimentación, el consumo de alcohol, uso de drogas ilícitas y los problemas emocionales) y problemas físicos relacionados a la angustia emocional. Los factores mencionados y el abuso psíquico conllevan a un déficit en el aumento del peso materno. Las mujeres víctimas de violencia pueden tener consecuencias en la salud, entre ellas trauma emocional, problemas de salud crónicos e infecciones y las complicaciones del embarazo.

El entorno en la gestación, condiciona la aparición de estresores psicosociales como la violencia y la disfunción familiar; los cuales complican el desarrollo del embarazo y contribuyen a una mayor morbilidad materna. El apoyo social compensa los efectos negativos de la violencia. La detección oportuna de los casos de violencia en el embarazo incrementa la posibilidad de identificar los factores de riesgo y factores estresores, así como el habilitar medidas de prevención e intervención para reducir los resultados adversos en la salud materna.

Diversas investigaciones han demostrado la asociación de la violencia con los resultados maternos adversos en el embarazo como la infección urinaria, anemia, preeclampsia, amenaza de aborto, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas y la vía de culminación del embarazo. La violencia física complica el embarazo mediante lesiones y traumatismos en las distintas zonas del cuerpo. Las formas de agresión más frecuentes en las embarazadas son las bofetadas y los empujones pero sin lesiones ni dolor prolongado, el 42,4 % de las participantes refirió un incidente más grave, de lo anterior, 39,3% manifestó actos tales como puñetazos, patadas, golpes, cortes, y / o dolor prolongado, y un 3,1% manifestó contusiones graves, huesos rotos, y / o lesiones permanentes (22).

Las principales causas de trauma en el embarazo incluyen caídas, accidentes automovilísticos y la violencia. Un traumatismo contuso en el abdomen aumenta el riesgo de hemorragia feto-materna. La hemorragia feto-materna masiva es una complicación rara pero grave que puede resultar en anemia fetal, hipoxia fetal, muerte intrauterina o daño neurológico neonatal. Los golpes o traumatismos en el abdomen pueden producir lesiones en la placenta, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas y sangrado vaginal. El desprendimiento prematuro de placenta es un resultado originado por la deformación del miometrio elástico alrededor de la placenta inelástica. El desgarro, lesión o fractura de placenta se produce por el estiramiento del tejido inelástico de la placenta y se relaciona con la hemorragia fetomaterna (27).

En algunos estudios se observa la asociación de la violencia en el embarazo y la entrada tardía al control prenatal.

El maltrato en el embarazo afecta los resultados maternos mediante respuestas fisiológicas desencadenadas por el estrés. Nuestro organismo genera mecanismo con

finalidad de afrontar el estrés producido por la violencia o maltrato. El estrés debido al maltrato puede conducir a la depresión, al aumento deficiente de peso o a los trastornos somáticos (11)

La respuesta al estrés o síndrome adaptativo general, prepara al organismo para enfrentar una situación de emergencia. Todo estímulo que produzca una respuesta al estrés se denomina factor estresante; la exposición prolongada a un factor estresante produce una respuesta en tres etapas: reacción de alarma, reacción de resistencia y agotamiento. La reacción de alarma se inicia con impulsos nerviosos del hipotálamo a la médula espinal y al sistema nervioso simpático, consiste en reacción de enfrentamiento que aumenta la producción de adenosina trifosfato (ATP) e incrementa la circulación sanguínea (22).

La reacción de resistencia es una reacción de largo plazo y desencadena la liberación de hormonas hipotálamicas como liberadoras de corticotropina (CRH); esta hormona estimula a la hipófisis anterior incrementando la secreción de adrenocorticotropa (ACTH); que a la vez estimula a la corteza suprarrenal aumentando la secreción de cortisol. El cortisol tiene la función de reducir la inflamación y suprimir la formación de tejido conectivo, además produce un aumento de la presión arterial, y actúa sobre la placenta adelantando su reloj biológico, y puede así desencadenarse el parto antes de las 37 semanas. La cicatrización de heridas es más lenta en la reacción de resistencia prolongada (22).

La reacción de resistencia permite superar los periodos estresantes, sin embargo, la exposición prolongada a niveles altos de cortisol y otras hormonas asociadas con el estrés, puede afectar tanto la presión arterial de la madre, como el crecimiento y el desarrollo del feto. También, causan supresión del sistema inmunitario y cambios patológicos, producto de la persistencia de la reacción de resistencia, después que se interrumpe el factor estresante, esta respuesta se traduce como la etapa de agotamiento (23).

La exposición a factores estresantes crónicos afectan la micro circulación placentaria; disminuyendo su función e incrementando la actividad uterina.

Las mujeres embarazadas víctimas de maltrato, tienen altos índices de estrés y son más propensas a complicaciones infecciosas, partos prematuros y tienen menos probabilidades de recibir atención prenatal. El abuso en el embarazo tiene efectos

adversos significativos para las infecciones de tracto urinario, déficit en el aumento de peso materno, parto prematuro y cesáreas. Un estudio, en mujeres finlandesas, realizado por Kurki y col. en el 2000, demuestra la relación entre factores psicológicos y preeclampsia. Los resultados reportaron que mayores niveles de síntomas de ansiedad o depresivos al inicio del embarazo, antes del desarrollo de la preeclampsia, tiene 2 a 3 veces más probabilidad de desarrollar la enfermedad en comparación a mujeres menos ansiosas o deprimidas (27).

2.3.2 Marco Conceptual

Abandono: Ausencia física y económica (2).

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 esta 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 sexual (11).

Acoso sexual u hostigamiento sexual Es una persecución realizada a una mujer o a un hombre por el acosador o acosadora. 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 obscenos (23).

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 serian: asustarla con amenazas, amenazarla con suicidio (2).

Complicaciones obstétricas: Se refiere a aquellas alteraciones y trastornos que se producen durante el embarazo, parto y trabajo de parto, así como en el periodo neonatal inicial. La clasificación de trastornos en el embarazo implica las complicaciones obstétricas infecciosas, complicaciones obstétricas hemorrágicas, y complicaciones obstétricas hipertensivas (23)

Corioamnionitis Infección inespecífica de la cavidad amniótica, de sus anexos y eventualmente del feto (bolsas o membranas amnióticas), que se origina durante la gestación a partir de las 22 semanas o en el transcurso del parto (12).

Desprendimiento prematuro de placenta. Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio inter velloso, rotura, hematoma y desprendimiento placentario (11).

Eclampsia. Crisis de convulsiones generalizadas que sobreviene bruscamente a un estado de preeclampsia (12).

Embarazo: Periodo de tiempo comprendido entre la concepción y nacimiento.

Hemorragia postparto: Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea (12).

Humillación: Denigrar física y moralmente a una persona (10).

Infecciones del tracto urinario Son comunes durante el embarazo, aparentemente debido a la estasis urinaria que resulta de la dilatación ureteral hormonal, la hipoperistalsis ureteral hormonal y la compresión del útero en crecimiento contra los uréteres (25)

Insultos: Ofender con palabras irritando y provocando.

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

Placenta Previa: Implantación anormal de la placenta por carencia de superficie inadecuada en fondo uterino (25)

Pre-eclampsia. Se define como la presencia de hipertensión inducida por el embarazo con tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual de 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mmHg, en otros casos se definirá por un aumento de 30 mmHg o más en la TAS o de 15 mmHg o más en la TAD habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco (25)

Resultados maternos adversos: Complicaciones o patologías asociadas al embarazo que ponen en riesgo la salud materna y la vía de culminación del embarazo (25)

Resultados maternos favorables: Ausencia de complicaciones o patologías que pueda afectar el embarazo o su vía de culminación (25)

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

Rotura prematura de membranas Rotura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. RPM prolongada: Rotura prematura de membranas mayor de 24 horas (25)

Ruptura uterina. Rotura de las fibras musculares del útero sujeto a estiramiento excesivo, que vence su capacidad de distensión (25)

Sepsis: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociado a foco infeccioso conocido o sospechado (25)

Shock hipovolémico Síndrome clínico agudo caracterizado por hipoperfusión tisular que se produce cuando existe una disminución crítica de la volemia eficaz (flujo sanguíneo) (25)

Shock séptico. Estado de choque asociado a una sepsis. Con fines prácticos presión arterial sistólica menor de 90 mmHg en una paciente séptica a pesar de la administración a goteo rápido de 2,000 ml de solución salina o de 1,000 ml de coloide (23).

Síndrome de Hellp: Complicación de la preeclampsia caracterizada por:

- Anemia hemolítica microangiopática, definida por alteraciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos) o hiperbilirrubinemia mayor de 1.2 gr/dl a predominio indirecto.
- Aumento TGO mayor de 70 UI, o LDH mayor de 600 UI.
- Plaquetopenia: Plaquetas menores de 100,000 por ml (27)

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 herida (23).

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 sexual (23).

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 (23).

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 consciente.

Violencia: Es un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte (23).

2.3.3 Marco Histórico

En sus inicios, el cristianismo reforzó el principio de sujeción forzosa de la mujer. Según san Pablo debía estar subordinada, y temer al marido. En uno de los documentos más antiguos de la iglesia católica, el decretum (1140), prevalecía el derecho del marido de controlar a la esposa a pesar del principio de igualdad de todas las almas de Dios. El relato bíblico de que Eva tentada por el demonio, indujo a Adán a pecar, proclamó la inocencia del varón y la culpabilidad de la mujer, quien por ello fue condenada a estar sujeta eternamente al poder del marido (29).

El Nuevo Testamento no varió mucho tal situación. Pretendía la pureza del espíritu en contraposición a los deseos de la carne, representados por el sexo y matrimonio. Por este motivo, el matrimonio era considerado como un estado indeseable en el que caían solamente aquellos que no podían controlar sus apetitos sexuales. Debíó transcurrir un tiempo antes de que la Iglesia santificara, el matrimonio y el amor

marital y lo convirtiera en sacramento. Al predicar el confinamiento de la mujer en el hogar, la religión se encargó de reforzar el orden del patriarcado (29).

Durante la Edad Media, la mujer adquirió el carácter de símbolo de poder y honor del hombre. Era canjeada para estrechar vínculos o servía como instrumento de paz. Una vez casada ella y sus bienes pasaban a ser propiedad del marido y de la familia de éste. La castidad previa al matrimonio y la fidelidad al esposo eran aspectos importantes de los derechos de propiedad masculina (29).

El adulterio de la mujer merecía severo castigo por constituir una grave ofensa a los derechos de su dueño. El cambio de actitud se inició en Inglaterra, donde en 1929 se eliminó del Libro de los Estatutos el acta que daba derecho al marido a castigar a su mujer. En 1853, se aprobó el Acta para la mejor Prevención y Castigo de los Asaltos Agravados sobre Mujeres y Niños, que extendió a estos seres algunas de las medidas de protección existentes para evitar la crueldad hacia los animales. Fue hasta 1891 que se abolió de forma absoluta el derecho legal de que había disfrutado el marido inglés para emplear la fuerza física contra la esposa (29).

En 1851 se pronunciaron en los Estados Unidos las Cortes de Massachusetts y en 1894 fue la de Mississippi donde además se concedió a la mujer golpeada y maltratada el derecho a divorciarse. Y en 1910 en once Estados de la Unión Americana no se admitía el divorcio por la causal de crueldad extrema. El libro llamado tortura de la esposa en Inglaterra escrito por Frances Power Cobbe en 1878 tuvo gran influencia jurídica en el que recopiló más de 6,000 casos de mujeres mutiladas, cegadas, pisoteadas, quemadas y asesinadas en el periodo de 1875 a 1878. En 1900 en el Código Penal Alemán se estableció la igualdad ante la ley de hombres y mujeres. En Escocia en un fallo judicial de 1977 se estableció y reconoció que el marido puede golpear a la mujer en el trasero pero no en el rostro (30).

En cada época, el modelo de familia ha ido cambiando, adecuándose a las dinámicas históricas, los cambios de organización social influyendo en ellos. Fue hasta el siglo XX donde se da un cambio familiar y social y toma de conciencia personal en las mujeres y que el poder no sea una forma de opresión dentro y fuera de la familia y de relacionarnos entre nosotros no como objetos de posesión sino como sujetos. Sin embargo, los estudios e investigaciones han demostrado que la violencia intrafamiliar

es un problema de salud pública y de violación a los derechos humanos. Los Organismos No Gubernamentales han demandado programas y servicios para resolver la problemática, incluyendo la responsabilidad y el compromiso del Estado (29).

2.3.4 Marco Normativo

El Colegio de Obstetras reconoce como un problema de salud pública y prioridad sanitaria la violencia contra las mujeres, ya que atenta contra sus derechos sexuales y reproductivos. Los Obstetras deben involucrarse en la atención integral de la persona víctima de violencia, identificando aspectos físicos, así como psicológicos y sociales.

Marco normativo de la violencia intrafamiliar

Marco normativo internacional

Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, en donde se señala que nadie será sometido a torturas ni a penas ni a tratos crueles e inhumanos.

Convención Americana sobre Derechos Humanos en 1969, en donde se declara que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer-CEDAW 1979, en donde se establece la definición de Violencia Basada en Género y se reconoce a la violencia familiar como una de las de dicha definición.

Convención contra la tortura y otras penas o tratos crueles, inhumanos y degradantes en 1984, se define como tortura a todo acto que lleva como intención el infligir daño, sufrimiento físico o mental con el propósito de castigarla.

Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Viena en 1993, cita la importancia de eliminar la Violencia Basada en Género, instando a los Estados a eliminar toda forma sexista, a erradicar conflictos entre los derechos de la mujer.

Convención para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer en 1994, insta a los estados a adoptar políticas de prevención contra la violencia hacia la

mujer, mediante la implementación instrumentos que sancionen y erradiquen esta forma de violencia.

Marco normativo nacional

Políticas Públicas generales relacionadas a la lucha contra la violencia de género.

Acuerdo Nacional

Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021

Violencia contra la mujer y el grupo familiar

Ley N°30364 “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar”

Reglamento de la Ley N°30364 – DECRETO SUPREMO N° 009-2016-MIMP

Ley N°30403. Ley que prohíbe el uso del castigo físico y humillante contra los niños, niñas y adolescentes

Ley N°28983 “Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres”

Ley 1386 decreto legislativo que modifica la Ley 30364

Ley 30862 que fortalece diversas normas para prevenir, sancionar

D.S. N° 004-2019-MIMP Decreto Supremo que modifica el Reglamento de la Ley N° 30364.

Feminicidio

Ley N° 30068; Ley que incorpora el artículo 108-B al Código Penal y modifica los artículos 107, 46-B y 46-C del Código Penal, y el artículo 46 del Código de Ejecución Penal con la finalidad de prevenir, sancionar y erradicar el feminicidio.

Decreto Legislativo 1323.

Hostigamiento sexual

Ley N° 27942, Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual y sus modificatorias.

Ley N° 29430. Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual, Ley que modifica la Ley N° 27942.

Normas complementarias

Resolución Ministerial N° 070-2017-MINSA. Guía Técnica para la Atención de Salud Mental a Mujeres en situación de Violencia ocasionada por la Pareja o Expareja.

Resolución Ministerial N° 141-2007-MINSA. Aprueban Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia basada en Género

Resolución Ministerial 102-2016-MINP.

Resolución de Fiscalía de la Nación N° 3963-2016-MP-FN. Aprueban cuatro Guías elaboradas en mérito a lo dispuesto por la “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar”

Resolución Ministerial N° 157-2016-MINP. Aprueban la “Guía de Atención Integral de los Centros Emergencia Mujer” y sus anexos.

Resolución Ministerial N° 150-2016-MINP. Aprueban documentos denominados “Criterios de derivación a los Hogares de Refugio Temporal”, “Lineamientos para la atención y funcionamiento de los Hogares de Refugio Temporal” y “Modelo de Reglamento Interno Básico de los Hogares de Refugio Temporal”

Resolución Ministerial N° 262-2015-MINP. Aprueban la Directiva Específica “Lineamientos para la atención de víctimas de esterilizaciones forzadas en los Centros Emergencia Mujer”

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis General

H1

Existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

H0

No existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017

2.4.2 Hipótesis Específica

1. La violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017, es alta.
2. La frecuencia de complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017, es regular.
3. La frecuencia de complicaciones obstétricas asociadas a la violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017, es alta.

2.5 Variables

2.5.1 Identificación de las variables

2.5.1.1 Variable independiente

Violencia intrafamiliar

2.5.1.2 Variable dependiente

Complicaciones obstétricas

2.6 Definición de las variables

2.6.1 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 sexual (10).

Complicaciones obstétricas

Todo tipo de problema que se presente durante todo el período de embarazo, que afecte a la madre. Las complicaciones obstétricas más frecuentes son: Anemia, Infección Urinaria, Amenaza de Parto prematuro, Preclampsia, Desprendimiento placentario, Placenta previa (9).

2.6.2 Definición operacional

Violencia intrafamiliar

La variable fue evaluada a través de un cuestionario tomado de los autores peruanos Salas y Salvatierra en el 2012, el cual presenta 16 ítems bibliográficos y posee validez del contenido, confiabilidad y constructo fue medido con la realización de una prueba piloto con una muestra de 26 unidades de análisis, a fin de corroborar su correcta interpretación.

Complicaciones obstétricas

La variable fue evaluada a través del recojo de información de las complicaciones obstétricas presentadas en la historia clínica de cada paciente y fueron recopiladas en una guía de análisis documental.

2.7 Operacionalización de las variables:

Variable Interviniente	Dimensión	Indicador	Subindicadores	Escala de medición	Instrumento de medición
Características sociodemográficas	Edad	Número de años completos de 18 a 49 años.	Edad cronológica al momento de la entrevista 18-27 28-37 38-49	Razón	Cuestionario
	Estado Civil	Manifestación del estado civil.	• Soltera • Conviviente • Casada • Separada o divorciada	Nominal	
	Grado de Instrucción	Último nivel, grado o año aprobado.	• Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Técnico Incompleto • Técnico completo • Superior incompleto • Superior completo	Nominal	
	Zona del domicilio	Ubicación político administrativa	Urbanizaciones y localidades del distrito.	Nominal	
	Procedencia	Manifestación del lugar de nacimiento	• Costa • Sierra • Selva	Nominal	

Variable Independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Instrumento de medición
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 sexual.	La variable fue evaluada a través de un cuestionario tomado de los autores peruanos Salas y Salvatierra en el 2012, el cual presenta 16 ítems bibliográficos y posee validez del contenido, confiabilidad y constructo. Fue medido con la realización de una prueba piloto con una muestra de 26 unidades de análisis, a fin de corroborar su correcta interpretación.	Violencia física.	Daño físico por familiar	Si No	Cuestionario
				Tipo de agresión	Golpes en el Cuerpo (patadas, puñetazos, bofetadas) Empujones Golpes con objetos Caídas Quemaduras Heridas con objetos punzocortantes	
				Grado de parentesco	Padre. Madre. Hermanos. Pareja. Otros.	
				Agresor vive con la gestante	Si No	
			Violencia Psicológica	Fue agredida psicológicamente en este embarazo	Si No	
				Manifestaciones de violencia psicológica durante el embarazo	Insultos Amenazas. Humillación. Gritos. Intimidación. Abandono.	
				Miembro de la familia que agredió psicológicamente a la gestante	Padre. Madre. Hermanos. Pareja. Otros.	
				Vive con el agresor	• Si • No	

			Violencia sexual	Fue agredida sexualmente en este embarazo.	• Si • No	
				Manifestaciones de violencia sexual durante el embarazo.	Acoso sexual. Violación sexual.	
				Vive con el agresor	• Si • No	

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Técni/instrume
Complicaciones obstétricas	Todo tipo de problema que se presente durante todo el período de embarazo, que afecte a la madre. Las complicaciones obstétricas más frecuentes son: Anemia, Infección Urinaria, Amenaza de Parto prematuro, Preclampsia, Desprendimiento placentario, Placenta previa.	La variable fue evaluada a través del recojo de información de las complicaciones obstétricas presentadas en la historia clínica de cada paciente y fueron recopiladas en una guía de análisis documental.	Infeciosas	- Rotura prematura de membranas. - Corioamnionitis. - Infecciones del tracto urinario. - Sepsis. - Shock séptico. - Infección por VIH.	Guía de análisis documental de complicaciones obstétricas
			Hemorrágicas	- Desprendimiento prematuro de placenta. - Placenta previa. - Ruptura uterina. - Hemorragia post parto. - Shock hipovolémico. - Amenaza de aborto	
			Hipertensivas	- Pre eclampsia - Eclampsia. - Síndrome de HELLP.	

2.8 Matriz de Consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
P. General	O. General	H. General	C. Generales	R. Generales
¿Qué relación existe entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017?	Determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017	H1. Existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017. H0. No existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017	Se encontró en la prueba de contrastación de la hipótesis que, existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017	Fomentar estudios de violencia y complicaciones durante el embarazo en la región. Con la finalidad de conocer su real magnitud, comprender del problema, sus consecuencias; y establecer estrategias que garanticen la atención de las mujeres víctimas de maltratos en nuestra sociedad.
P. Específicos	O. Específicos	H. Específicas	C. Específicas	R. Específicas
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017 - ¿Cuál es la violencia intrafamiliar, en la dimensión psicológica, sexual y física en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017? - ¿Cuál es la frecuencia de complicaciones obstétricas en la dimensión infecciosas, hemorrágicas e hipertensivas en	- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017 - Conocer la violencia intrafamiliar, en la dimensión psicológica, dimensión sexual, física en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017. - Estimar la frecuencia de complicaciones obstétricas en la dimensión infecciosas, en la dimensión hemorrágicas, en la dimensión hipertensivas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.	- La violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017, es alta. - La violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017, es alto. - La frecuencia de complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017, es regular. - La frecuencia de complicaciones obstétricas asociadas a la violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017, es alta.	-Se encontró en la prueba de contrastación de la hipótesis que, existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017. -Según las edades el 51,8% de las gestantes tienen de 28 a 37 años, sobre el estado civil se tiene que son mujeres mayormente convivientes (88,3%), cuentan con estudios secundarios en un 54% y provienen de la zona urbana (51,8%) y rural (48,2%) en proporciones similares.	- Fomentar estudios de violencia y complicaciones durante el embarazo. Plantear análisis sobre la violencia en el embarazo y sus efectos en la madre y en el feto. - Desarrollar programas de autoayuda en los centros de salud para brindar orientación a la gestante adolescente sobre la violencia y sus formas de prevención o tratamiento de la misma. - Realizar campañas de información sobre el acceso y uso de servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, para

gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017?			-La violencia intrafamiliar, en la dimensión psicológica fue mayor (60,6%) que en la evaluada dimensión física y sexual en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017. -La complicación obstétrica del tipo infecciosas de mayor frecuencia fue la infección urinaria (25,5%), en la dimensión hemorrágicas mayor frecuencia se encontró fue la amenaza de aborto y en la dimensión hipertensivas la preeclampsia.	víctimas de violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar, así como, mecanismos de protección, denuncias y atención médica a víctimas de este tipo de violencia. - Promover alianzas estratégicas con instituciones defensoras de la mujer para atender casos de violencia en el embarazo para el apoyo sostenido de estas organizaciones. - Promover y fortalecer alianzas estratégicas con instituciones defensoras de la mujer para que garanticen la atención adecuada y oportuna de los casos de violencia. - Se recomienda que los profesionales de salud deben detectar precozmente los casos de violencia intrafamiliar durante el periodo preconcepcional gestacional para su oportuno manejo y tratamiento según protocolo de atención de la violencia intrafamiliar especialmente contra la mujer.
--	--	--	--	---

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

La investigación fue de tipo no experimental porque el estudio se realizó sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente para después analizarlos (31).

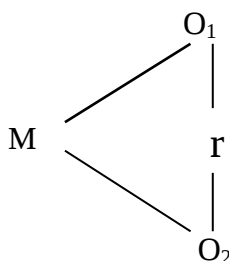
Por su naturaleza fue cuantitativo porque tuvo que describir y explicar los fenómenos asociados a las variables en estudio y fueron susceptibles de cuantificación, se utilizó la metodología empírico analítico y se sirvió de pruebas estadísticas para el análisis de datos” (32).

Según su carácter fue correlacional porque se determinó el grado de relación que existe entre las dos variables”. Por su alcance temporal el corte de la metodología de recolección de datos fue transversal por cuanto se consultó a la muestra en solo un momento específico” (32).

3.2 Diseño de investigación / contrastación de la hipótesis

El diseño de investigación correspondió al correlacional, cuyo propósito y utilidad fue como se puede comportar una variable relacionada, es decir intentar predecir el valor aproximado que tuvo un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que tiene en la variable o variables relacionadas (32).

En este estudio se demostró la relación que existe entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital de Cutervo, Cajamarca, 2017.



M : Muestra

O₁ : Variable 1 (violencia intrafamiliar)

O₂ : Variable 2 (complicaciones obstétricas)

r : Relación de las variables de estudio

3.3 Población y muestra

La población del estudio estuvo constituida por todas las gestantes con casos de violencia intrafamiliar y complicaciones obstétricas, atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, que ascienden a 425.

3.3.1 Muestra

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de cálculo muestral”.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N-1)E^2 + Z^2 p q}$$

Donde

n = es el tamaño de la muestra;

Z= es el nivel de confianza;

p= es la variabilidad positiva;

q= es la variabilidad negativa;

N= es el tamaño de la población;

E= es la precisión o el error.

Para el estudio se tiene en cuenta una población de 425 personas y se consideró una confianza del 95%, un porcentaje de error del 5% y con la proporción del valor esperado conocida consideremos $p = 0.05$. Se utilizará para la selección un muestreo aleatorio simple. En la investigación para elegir el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo de tipo Probabilístico aleatorio.

Entonces:

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2 * (0.5) * (0.5) * (425)}{(425 - 1) * (0.05)^2 + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)} \\ n &= \frac{0.9604 * 425}{524 * 0.0025 + 0.9604} \\ n &= \frac{408.17}{2.0204} = 202.02 = 202 \end{aligned}$$

Encontrando la fracción muestral:

$$F = \frac{n}{N}$$

F: fracción muestral

N: tamaño de la población

n: tamaño de muestra

Reemplazando:

$$F = \frac{n}{N} * 100\%$$

$$F = \frac{202}{425} * 100\% = 47.5\%$$

Como la fracción muestral es mayor igual al 5% debemos hacer cálculo de muestra ajustada

$$\text{Muestra ajustada (n.a)} = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

$$n.a = \frac{202}{1 + \frac{202}{425}} = \frac{202}{1.39} = 136.93 = 137$$

Nuestra muestra a aplicar es de 137 encuestas, manejando para la selección un muestreo aleatorio simple.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.
- Gestantes con algún tipo de violencia intrafamiliar.
- Gestantes con algún tipo de complicaciones obstétricas.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con alteraciones mentales o analfabetas.

3.4 Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información en la presente investigación se utilizó como instrumentos un cuestionario y como técnica la encuesta. Los instrumentos utilizados en el estudio fueron:

Formulario de recolección de datos.

Para la evaluación de la violencia intrafamiliar se utilizó el “Cuestionario de detección de violencia intrafamiliar durante el embarazo” elaborado por las investigadoras Salas y Salvatierra. Constituido por 5 premisas sociodemográficas y 11 preguntas entre abiertas y cerradas, las cuales permitieron identificar si las pacientes sufrieron violencia intrafamiliar durante la gestación, el tipo de violencia que padecieron y qué familiar ejerció esta violencia. Tomó un tiempo estimado de 20 minutos.

Este instrumento se aplicó a las Gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo. Su aplicación fue de carácter individual. Consta de datos relacionados a características generales e identificación de la violencia intrafamiliar (Ver ANEXO).

Hoja de registro de recolección de complicaciones obstétricas.

Para la evaluación de las complicaciones obstétricas se utilizó el formulario Guía de análisis documental de complicaciones obstétricas; para ello se realizó la revisión de la historia clínica

3.5 Validación y confiabilidad de los instrumentos

El cuestionario fue tomado de la autora con la confiabilidad y validación que obtuvo Salas y Salvatierra (23), en conclusión el instrumento es válido y confiable hacia la población de estudio y según lo que se desee medir.

3.6 Métodos y procedimientos para la recolección de datos

Se procedió a realizar una solicitud de permiso dirigida al Director del Hospital Santa María de Cutervo de Cajamarca y a los responsables del Departamento de Gineco Obstetricia. Posteriormente se inició la selección de participantes siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, eligiendo a las gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo con complicaciones obstétricas y violencia intrafamiliar.

La evaluación de la variable violencia intrafamiliar fue realizada por la investigadora, quien efectuó el tamizaje a las gestantes a través de la aplicación del Cuestionario de Violencia Intrafamiliar. Se aplicó el cuestionario con una duración promedio de 20 minutos, mediante la técnica de la entrevista estructurada. Se procedió al llenando de cada

uno de los ítems evitando respuestas dobles en donde no se requiera. Asimismo se realizó la lectura de historias clínicas por la investigadora, con la finalidad de verificar los resultados maternos y así poder identificar las complicaciones obstétricas.

3.7 Análisis estadísticos y representación de los resultados.

Para el análisis de datos se utilizó el software SPS versión 25 del 2017 y los resultados fueron presentados en tablas y figuras. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. La estadística inferencial es una parte de la estadística que comprende los métodos y procedimientos que por medio de la inducción determina propiedades de una población estadística, a partir de una pequeña parte de esta. Su objetivo para esta investigación fue obtener conclusiones útiles para hacer deducciones sobre una totalidad, basándose en la información numérica utilizando para ello el análisis de varianza en el procesamiento de resultados aquí se elimina los posibles errores, se depura la muestra, se tabulan los datos y se calculan los valores. Estos estadísticos fueron utilizados en el tratamiento de los datos y resultados obtenidos previa tabulación de los mismos.

Para determinar la relación entre las variables se utilizó el estadígrafo Chicuadrado de Pearson.

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Presentación y análisis de la información (en tablas)

Tabla 1. *Perfil sociodemográfico de las gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017*

<i>Perfil sociodemográfico de las gestantes</i>		
Edad de la Madre	N	%
18 – 27 años	58	42,3
28 – 37 años	71	51,8
38 – 47 años	8	5,8
Estado civil	N	%
Soltera	5	3,6
Conviviente	121	88,3
Casada	11	8,0
Grado de instrucción	N	%
Primaria Incompleta	18	13,1
Primaria Completa	26	19,0
Secundaria Incompleta	44	32,1
Secundaria Completa	30	21,9
Técnico Incompleto	5	3,6
Técnico Completo	4	2,9
Superior Incompleto	6	4,4
Superior Completo	4	2,9
Procedencia	N	%
Costa	3	2,2
Sierra	125	91,2
Selva	9	6,6
Zona	N	%
Rural	66	48,2
Urbana	71	51,8

Fuente: Instrumento aplicado a gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

En la tabla 1 se observan las características sociodemográficas de gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca

58(42,3%) de las gestantes tienen de 18 a 27 años, el 71(51,8%) de las gestantes tienen de 28 a 37 años; el 8(5,8%) de las gestantes tienen de 38 a 47 años.

Sobre el estado civil se tiene que 5(3,6%) de las gestantes son solteras; 121(88,3%) de las gestantes son convivientes; 11(8,0%) de las gestantes son casadas.

Se observa con respecto al grado de instrucción que 18(13,1%) de las gestantes tienen primaria incompleta; 26(19,0%) de las gestantes tienen primaria completa; 44(32,1%) de las gestantes tienen secundaria incompleta; 30(21,9%) de las gestantes tienen secundaria completa; 5(3,6%) de las gestantes tienen estudios técnicos incompleto; 4(2,9%) de las gestantes tienen estudios técnicos completos; 6(4,4%) de las gestantes tienen estudios superior incompleto; 4(2,9%) de las gestantes tienen estudios superiores completos.

En cuanto a la procedencia 3(2,2%) de las gestantes vienen de la costa; 125(91,2%) de las gestantes vienen de la sierra y 9(6,6%) de las gestantes vienen de la selva. Además 66 (48,2%) de las gestantes son de zona rural y 71(51,8%) de las gestantes son de zona urbana.

Tabla 2. Nivel de violencia intrafamiliar, en la dimensión psicológica en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

<i>Nivel de violencia intrafamiliar, en la dimensión psicológica</i>		
Fue agredida psicológicamente en este embarazo	N	%
Si	83	60,6
No	54	39,4
Manifestaciones de violencia psicológica durante el embarazo	N	%
Insultos	15	18,1
Humillación	12	14,5
Gritos	27	32,5
Intimidación	13	15,7
Abandono	14	16,9
Amenazas	2	2,4
Miembro de la familia que agredió psicológicamente a la gestante durante el embarazo	N	%
Padre	9	10,8
Madre	8	9,6
Hermanos	11	13,3
Pareja	53	66,3
Vive con el agresor	N	%
Si	78	94,0
No	5	6,0

Fuente: Instrumento aplicado a gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

En la tabla 2 se observa la violencia intrafamiliar en la dimensión psicológica: Se tiene que 83(60,6%) de las gestantes fueron agredidas psicológicamente.

En cuanto a las manifestaciones de violencia psicológica durante el embarazo 15(18,1%) de las gestantes recibieron insultos; 12(14,5%) de las gestantes fueron humilladas; 27(32,5%) de las gestantes recibieron gritos; 13(15,7%) de las gestantes fueron intimidadas; 14(16,9%) de las gestantes fueron abandonadas y 2(2,4%) recibieron amenazas.

Sobre los miembros de la familia que agredieron a la gestante se obtuvo que 9(10,8%) de las gestantes indicaron que fue su padre; 8(9,6%) de las gestantes indicaron que fue su madre; 11(13,3%) de las gestantes indicaron que fueron sus hermanos; 53(66,3%) de las gestantes indicaron que fue su pareja.

Sobre la convivencia con el agresor se tiene que 78(94,0%) de las gestantes conviven con su agresor y 5(6,0%) de las gestantes no viven con el agresor.

Tabla 3. *Nivel de violencia intrafamiliar, en la dimensión sexual en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.*

<i>Nivel de violencia intrafamiliar, en la dimensión sexual</i>		
Fue agredida sexualmente en este embarazo	N	%
Si	13	9,5
No	124	90,5
Manifestaciones de violencia sexual durante el embarazo	N	%
Acoso sexual	8	61,5
Abuso sexual	5	38,5
Vive con el agresor	N	%
Si	5	38,5
No	8	61,5

Fuente: Instrumento aplicado a gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

En la tabla 3 se observa violencia intrafamiliar en su dimensión sexual sobre:

En cuanto fue agredida sexualmente en este embarazo 13(9,5%) de las gestantes si fueron agredidas, mientras que 124(90,5%) de las gestantes no fueron agredidas.

Respecto al tipo de agresión sexual: 8(61,5%) refieren acoso sexual y 5 (38,5%) de las gestantes sufrieron abuso sexual.

Se tiene además que 5(38,5%) de las gestantes viven con el agresor y 8(61,5%) de las gestantes no viven con el agresor.

Tabla 4. Nivel de violencia intrafamiliar, en la dimensión física en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

<i>Nivel de violencia intrafamiliar, en la dimensión física</i>		
Fue agredida físicamente en este embarazo	N	%
Si	46	33,6
No	91	66,4
Manifestaciones de violencia física durante el embarazo	N	%
Golpes en el cuerpo	12	26.1
Golpes con objetos	4	8.7
Caídas	11	23.9
Quemaduras	7	15.2
Heridas con objetos punzocortantes	8	17.4
Empujones	4	8.7
Miembro de la familia que agredió físicamente a la gestante durante el embarazo	N	%
Padre	5	10,9
Madre	10	21,7
Pareja	31	67,4
Vive con el agresor	N	%
Si	16	34,8
No	30	65,2

Fuente: Instrumento aplicado a gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

En la tabla 4 se observa violencia intrafamiliar en su dimensión física sobre:

Sobre la existencia de agresión física en este embarazo 46(33,6%) de las gestantes si fueron agredidas, mientras que 91(66,4%) de las gestantes no fueron agredidas.

Sobre las manifestaciones de violencia física se tiene que 12 (26.1%) de las gestantes fueron agredidas con golpes en el cuerpo; 4(8.7%) de las gestantes fueron agredidas con golpes con objetos; 11(23.9%) de las gestantes se cayeron como causa de la agresión; a 7(15,2%) de las gestantes les provocaron quemaduras; a 8(17,4%) de las gestantes se le provocaron heridas con objetos punzocortantes y a 4 (8.7%) sufrieron empujones.

Además 5(10,9%) de las gestantes fueron agredidas físicamente por su padre; 10(21,7%) de las gestantes recibieron esta agresión por parte de su madre; 31(67,4%) fueron agredidas físicamente por sus parejas-.

Se tiene que 16(34,8%) de las gestantes viven con el agresor y 30(65,2%) de las gestantes no viven con el agresor.

Tabla 5. *Frecuencia de complicaciones obstétricas en la dimensión infecciosas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.*

Frecuencia de complicaciones obstétricas en la dimensión infecciosas		
Rotura prematura de membranas	N	%
Si	28	20,4
No	109	79,6
Corioamnionitis	N	%
Si	1	0,7
No	136	99,3
Infecciones del tracto urinario	N	%
Si	35	25,5
No	102	74,5
Sepsis	N	%
Si	0	0.0
No	137	100,0
Shock séptico	N	%
Si	0	0.0
No	137	100,0
Infección por VIH	N	%
Si	0	0.0
No	137	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017

En la tabla 5 se observan las complicaciones obstétricas en la dimensión infecciosa:

Se tiene que 28(20,4%) de las gestantes sufrieron de rotura prematura de membranas; mientras que 109(79,6%) de las gestantes no sufrieron de rotura prematura de membranas.

Además 1(0,7%) de las gestantes sufrieron de Corioamnionitis y 136(99,3%) de las gestantes no sufrieron de Corioamnionitis.

En cuanto a 35(25,5%) de las gestantes sufrieron de infecciones del tracto urinario y 102(74,5%) de las gestantes no sufrieron de infecciones del tracto urinario. Además 137(100,0%) de las gestantes no sufrieron de sepsis no tampoco shock séptico ni de infección por VIH.

Tabla 6 Frecuencia de complicaciones obstétricas en la dimensión hemorrágicas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017

<i>Frecuencia de complicaciones obstétricas en la dimensión hemorrágicas</i>		
	N	%
Desprendimiento prematuro de placenta		
Si	1	0,7
No	136	99,3
Placenta previa	N	%
Si	2	1,5
No	135	98,5
Ruptura uterina	N	%
Si	0	0,0
No	137	100,0
Hemorragia post parto	N	%
Si	6	4,4
No	131	95,6
Shock hipovolémico	N	%
Si	1	0,7
No	136	99,3
Amenaza aborto	N	%
Si	28	20,4
No	109	79,6

Fuente: Instrumento aplicado a gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

En la tabla 6 se observan las complicaciones obstétricas en la dimensión hemorrágica:

Se tiene que 1(0,7%) de las gestantes sufrieron de desprendimiento prematuro de placenta, mientras que 136(99,3%) de las gestantes no sufrieron de desprendimiento prematuro de placenta.

Además 2(1,5%) de las gestantes sufrieron de placenta previa y 135(98,5%) de las gestantes no sufrieron placenta previa y 137(100,0%) de las gestantes no sufrieron de ruptura uterina.

6(4,4%) de las gestantes sufrieron de hemorragia post parto y 131(95,6%) de las gestantes no sufrieron de hemorragia post parto.

1(0,7%) de las gestantes sufrieron de shock hipovolémico, mientras que 136(99,3%) de las gestantes no sufrieron de shock hipovolémico.

Mientras que 28(20,4%) de las gestantes sufrieron de amenaza de aborto 109(79,6%) de las gestantes no sufrieron de amenaza de aborto.

Tabla 7. *Frecuencia de complicaciones obstétricas en la dimensión hipertensivas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017*

<i>Frecuencia de complicaciones obstétricas en la dimensión hipertensivas</i>		
Pre eclampsia	N	%
Si	20	14,7
No	117	85,4
Eclampsia	N	%
Si	3	2,2
No	134	97,8
Síndrome de HELLP	N	%
Si	3	2,2
No	134	97,8

Fuente: Instrumento aplicado a gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

En la tabla 7 se observan las complicaciones obstétricas en la dimensión hipertensivas. Se tiene que 20(14,7%) de las gestantes presentaron de pre eclampsia, mientras que 117(85,4%) de las gestantes no presentaron pre eclampsia. Además, se tiene que 3(2,2%) de las gestantes presentaron de eclampsia y 134(97,8%) de las gestantes no presentaron eclampsia. Mientras que 3(2,2%) de las gestantes presentaron de HELLP y 134(97,8%) de las gestantes no presentaron HELLP.

Tabla 8. Nivel de violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017

	Complicaciones Obstétricas						Total	
	Leve		Regular		Grave			
Violencia Familiar	N	%	N	%	N	%	N	%
Leve	3	2,2	0	0,0	0	0,0	3	2,2
Regular	0	0,0	56	40,9	10	7,3	66	48,2
Grave	0	0,0	1	0,7	67	48,9	68	49,6
Total	3	2,2	57	41,6	77	56,2	137	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

En la tabla anterior se observa que cuando la violencia familiar es leve, 3(2,2%) de las gestantes presentan complicaciones leves.

Cuando la violencia familiar es regular se observa que 56(40,9%) de las gestantes presentaron complicaciones regulares y 10(7,3%) presentaron complicaciones graves.

En el caso de las complicaciones graves se tiene que 1(0,7%) de las gestantes presentaron complicaciones regulares y 67(48,9%) presentaron complicaciones graves.

Tabla 9. Relación entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017

		Valor	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	0,870	0,000
N de casos válidos		137	

Para determinar la relación entre las variables se utilizó la r – Pearson teniendo como resultado $r = 0,870$; lo que significa que la relación entre las variables es directa y positiva; es decir que la violencia familiar influye directamente en las complicaciones obstétricas.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis General

H1

Existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.”

H0

No existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017”

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	234,389	4	0,000
N de casos válidos	137		

Se considera la hipótesis nula; con 4 grados de libertad y nivel de significancia del 5%, luego de procesar los datos se obtiene un valor chicuadrado de 234,389 que es mayor al valor chicuadrado tabulado lo que nos permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna.

Por lo tanto, existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.

4.2 Discusión de resultados

Uno de los problemas que afrontan las mujeres en nuestro país es la violencia por parte de la sociedad principalmente de su pareja el cual muchas veces abusa de ella sin importarle su fragilidad como es el caso del embarazo.

La violencia intrafamiliar durante el embarazo tiene consecuencias preocupantes sobre la salud materna, que derivan en trastornos físicos y psicológicos. La violencia durante el embarazo, tiene un impacto negativo sobre la salud mental de las gestantes quienes padecen de estrés, fatiga, apatía y depresión. Mori (15) ha documentado una variedad de complicaciones obstétricas del maltrato en el embarazo como amenaza de aborto, anemia, infección del tracto urinario, preeclampsia y partos prematuros.

La violencia intrafamiliar es un fenómeno complejo cuyo estudio requiere del conocimiento de sus diversos componentes. En la presente investigación, la violencia psicológica intrafamiliar durante el embarazo predomina sobre la violencia física, sexual. Si bien existe diferenciación entre los tipos de violencia intrafamiliar, sus manifestaciones no se presentan de modo aislado.

Es importante la detección temprana de la violencia intrafamiliar en el embarazo, más aún en poblaciones vulnerables, debido al riesgo y complicaciones. La identificación del maltrato en la embarazada, debe realizarse durante el control prenatal. Actualmente el Sistema de Salud cuenta con módulos de atención y soporte de la violencia así como instrumentos que facilitan su detección oportuna; sin embargo, en oposición a la existencia de dichos instrumentos estos no se aplican a la totalidad de gestantes durante el control prenatal. Lo expuesto anteriormente, dificulta un manejo interdisciplinario adecuado de la violencia y de sus implicancias en los resultados maternos. En este sentido, es importante el papel que desempeña el equipo de salud en la atención de la gestante víctima de violencia.

El estudio realizado tuvo como propósito determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo ubicada en la ciudad de Cajamarca. En esta zona se ha encontrado una alta incidencia de violencia por ser un lugar de predominancia machista en donde el

hombre presenta más condonaciones que la mujer en su vida diaria y lo que hace ser el engreído por la misma madre y se torna agresivo o violento.

A través del estudio se encontró dentro de las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el hospital Santa María de Cutervo. Según las edades la mayoría de gestantes son menores de 37 años, sobre el estado civil se tiene que son mujeres mayormente convivientes, con secundaria y provenientes de la zona urbana y rural en proporciones similares.

Sobre la violencia intrafamiliar, en la dimensión psicológica se encontró que la mayoría sufrió de agresiones por parte de su pareja, lo cual significa un problema que influye en el sistema nervioso de la embarazada tal como se corrobora en la investigación de Sulca en el 2015 quien presentó el estudio violencia intrafamiliar y la depresión postparto en púrpuras adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, concluyendo que la violencia física intrafamiliar, la violencia psicológica, los tocamientos inapropiados y la violación sexual por parte de algún familiar o la pareja provocan depresión post parto en púrpuras adolescentes (17)

En cuanto a la violencia intrafamiliar, en la dimensión sexual los hallazgos resultaron que no fue agredida sexualmente la mayoría ni viven con el agresor teniendo esto mucha importancia puesta esta violencia marca la personalidad de la mujer y sobre todo en la gestante. Tales acepciones las estudiaron y aceptaron los estudios de Cripe y cols., realizaron un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal, titulado “Asociación de la violencia física y sexual en la pareja con embarazos no deseados entre las mujeres embarazadas en el Perú”, el resultado encontrado fue: el 40% de una muestra de 2167 púrpuras había sido víctima de algún tipo de violencia durante su embarazo (14). Asimismo Salas presentó el su estudio Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho, revelando que los resultados maternos adversos son más frecuentes en las púrpuras adolescentes con violencia intrafamiliar durante el embarazo. Se encontró asociación significativa para la infección de tracto urinario, anemia y parto pretérmino (23).

En la dimensión física la mayoría según los hallazgos en este estudio no recibieron violencia física ni sufrieron de infecciones ni complicaciones obstétricas ni tampoco se encontró prevalencia de enfermedad hipertensiva, lo que si se encontró una relación entre

las variables de estudio de la siguiente manera: se observa que cuando la violencia familiar es leve, 3(2,2%) de las gestantes presentan complicaciones leves. Cuando la violencia familiar es regular se observa que 56(40,9%) de las gestantes presentaron complicaciones regulares y 10(7,3%) presentaron complicaciones graves. En el caso de las complicaciones graves se tiene que 1(0,7%) de las gestantes presentaron complicaciones regulares y 67(48,9%) presentaron complicaciones graves.

Estos resultados se contrastan con lo referido por Mori (15) quien en el 2017 señaló en su investigación señaló que la mujer embarazada puede ser objeto de abuso físico en el 32 % de los casos; de abuso sexual, en 13 %; y de maltrato psicológico, en 6,7 %. El maltrato físico es el tipo de agresión más común durante el embarazo, y sus consecuencias son susceptibles de ser observadas; de dos a cinco millones de mujeres son víctimas de maltrato físico anualmente. De ellas, aproximadamente 335 000 son mujeres embarazadas, y el 50 % refiere haber sufrido más de tres agresiones durante el embarazo, además de maltrato psicológico.

Es así que se realizó una intervención del personal sanitario para lograr disminuir esta problemática tal como lo señala Crempien (10), realizó en Brasil un estudio sobre “Violencia doméstica durante el embarazo: magnitud del problema y consecuencias”, en donde se vio que la asociación entre violencia doméstica y embarazo tiene como consecuencia terminación temprana del embarazo, morbilidad y mortalidad infantil, bajo peso al nacer, problemas de salud mental en la madre, uso de alcohol y drogas, detrimento del apego materno-infantil y representaciones negativas de la madre respecto al hijo que espera y a sí misma. Una participación activa de los profesionales de la salud materna en tamizaje sistemático, parece necesaria y efectiva en la prevención e intervención en este problema, sin embargo también parece ser poco utilizada (10).

Corroborado por Cepeda, realizó en España un estudio titulado “Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo” concluye que la violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, trauma abdominal y toxicomanías (tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas) (9).

CAPITULO V: CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

CONCLUSIONES

- Se encontró en la prueba de contrastación de la hipótesis que, existe relación significativa entre la violencia intrafamiliar y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.
- Según las edades el 51,8% de las gestantes tienen de 28 a 37 años, sobre el estado civil se tiene que son mujeres mayormente convivientes (88,3%), cuentan con estudios secundarios en un 54% y provienen de la zona urbana (51,8%) y rural (48,2%) en proporciones similares.
- La violencia intrafamiliar, en la dimensión psicológica fue mayor (60,6%) que en la evaluada dimensión física y sexual en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, Cajamarca, 2017.
- La complicación obstétrica del tipo infecciosas de mayor frecuencia fue la infección urinaria (25,5%), en la dimensión hemorrágicas mayor frecuencia se encontró fue la amenaza de aborto y en la dimensión hipertensivas la preeclampsia.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a las autoridades de la institución:

- Dado los hallazgos de la investigación, reconocer a la violencia en el embarazo como factor de riesgo para presentar complicaciones maternas que afectan la salud materna y del niño por nacer.
- Trabajar con la juventud y niñez para romper el ciclo de violencia, que pasa de padres a hijos a través de sesiones educativas, talleres en instituciones educativas, grupos juveniles.
- Sensibilizar, educar e informar a la población en general, sobre la importancia del ejercicio pleno de los derechos de las personas, sobre todo en las mujeres y niñas para lograr su empoderamiento en la sociedad que garantice la defensa de su integridad física, psicológica y sexual.
- Fomentar estudios de violencia y complicaciones durante el embarazo en la región. Con la finalidad de conocer su real magnitud, comprender del problema, sus consecuencias; y establecer estrategias que garanticen la atención de las mujeres víctimas de maltratos en nuestra sociedad.
- Desarrollar programas de autoayuda en los Establecimientos de salud a cargo de un equipo multidisciplinario para brindar orientación a la gestante sobre la violencia y sus formas de prevención o tratamiento de la misma.
- Realizar campañas de información sobre el acceso y uso de servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, para víctimas de violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar, así como, mecanismos de protección, denuncias y atención médica a víctimas de este tipo de violencia.
- Promover y fortalecer alianzas estratégicas con instituciones defensoras de la mujer para que garanticen la atención adecuada y oportuna de los casos de violencia.
- Se recomienda que los profesionales de salud deben detectar precozmente los casos de violencia intrafamiliar durante el periodo preconcepcional gestacional para su oportuno manejo y tratamiento según protocolo de atención de la violencia intrafamiliar especialmente contra la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva P. La Violencia Intrafamiliar. [Online].; 2015. Available from: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/paola/violencia/>.
2. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. [Online].; 2017 [cited 2019 Noviembre 09. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
3. Henales M. Guía Clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica. Perinatología Reproductiva Humana. 2012;; p. 21: 88-99.
4. Herrera J. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica. 2006;; p. Vol. 37 N° 2 (Supl 1).
5. Instituto Nacional de Estadística e informática. Nlta de prensa: en el Perú 66 de cada 100 mujeres de 15 a 49 fueron v+ictimas de violencia ejercidas por el esposo o compañero. [Online].; 2018 [cited 2019 04 05. Available from: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n210-2018-inei.pdf>.
6. ENDES Continuas. Perú:Indicadores de violencia familiar y sexual, 2009-2018. [Online].; 2018 [cited 2019 08 15. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1584/libro.pdf.
7. Cañola M. Prevalencia y factores asociados a la Violencia en mujeres gestantes que acuden Al centro de salud de Querecotillo, Provincia de Sullana durante el periodo 2013-2015. Tesis para optar el título licenciado en obstetrica. Sullana: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote ; 2015.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2012-2019 Lima; 2012.
9. Cepeda A. Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. Perinatología Reproductiva Humana. 2014;; p. 25 (2): 81-87.
10. Crempien C. Violencia doméstica durante el embarazo: magnitud del problema y consecuencias. Revista de Psiquiatría Clínica. 2012;; p. 44(1): 31-40.
11. González L. Complicaciones obstétricas como resultantes de la violencia intrafamiliar en mujeres que asisten al Hospital Dra.Matilde Hidalgo de Procel. Guayaquil. Ecuador : Editorial Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas, Facultad de ciencias médicas; 2018.
12. Mina M. Complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en adolescentes con violencia familiar, comparadas con madres no adolescentes en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de enero a diciembre 2015”. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2017.
13. Andrade E. Violencia de género durante la gestación y su relación con los resultados maternos en las púerperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, junio 2016. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina; 2016.

14. Cripe C. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Journal Gynaecology Obstetric*. 2012;; p. 100(2):104-8.
15. Flores H. Incidencia de violencia familiar en gestantes que acuden al Hospital Santa Maria del Socorro. Tesis para obtener el titulo profesional de licenciada en obstetricia. Ica: Universidad Alas Peruanas, Facultad de medicina y ciencias de la salud; 2018.
16. Mori C. Violencia intrafamiliar y su relación con las complicaciones del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital regional de Loreto. Tesis para optar el título de Obstetra. Iquitos: Universidad Científica del Peru, Facultad de ciencias de la salud; 2017.
17. Salas A. Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
18. Sulca K. Violencia intrafamiliar en adolescentes y su relación con la depresión postparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Enero a Marzo del 2014. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina E.A.P. de obstetricia; 2015.
19. Taipe G. Violencia intrafamiliar según complicaciones del embarazo en adolescentes del centro de salud Valle Esmeralda. Satipo: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de ciencias de la salud; 2019.
20. García G. Antecedente de violencia domestica y actitud violenta en hombres residentes en Manchay, lima. Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciado en enfermería. Lima: Escuela de Enfermeria Padre Luis Tezza; 2013.
21. Flores T, Schirmer J. Violencia intrafamiliar en la adolescencia en la ciudad de Puno-Perú. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2017;; p. julho-agosto; 14(4).
22. Pan American Health Organization. Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer 2018. Bogotá; 2018. Report No.: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_joomlabook&view=topic&id=496.
23. Salas A. & Salvatierra J. Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
24. Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. Washington, D.C.; 2002.
25. Morillo J. Manual de enfermería de asistencia pre hospitalaria urgente. ; 2016.
26. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. 5th ed. Lima; 2007.
27. Padilla B. Violencia intrafamiliar durante el embarazo y su asociación con el número de atenciones prenatales en pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero – marzo 2016. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos , Facultad de Medicina ; 2017.
28. Cunningham G. Obstetricia. México DF: 25a edición. Editorial McGraw-Hill.; 2019.
29. Herrera J. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. *Colombia Médica*. 2016;; p. Vol. 37 N° 2 (Supl 1).

30. Fernández R. La boleta de auxilio en violencia psicológica en contra de la mujer y miembros del núcleo familiar y los derechos del supuesto agresor. Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de abogado de los tribunales del Ecuador. Ambato – Ecuador: Universidad Regional Autónoma de Los Andes “UNIANDES”, Facultad de Jurisprudencia Carrera de Derecho; 2018.
31. Moncayo E. Necesidad de incluir un numeral al art. 110 del código civil estableciendo como causal de divorcio la violencia intrafamiliar. Loja, Ecuador : Universidad Nacional de Loja; 2015.
32. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación Científica México: Mcgraw-Hill; 2006.
33. Pallitto C. Violencia doméstica y salud maternoinfantil y reproductiva: Un análisis crítico de la bibliografía. : Organización Panamericana de la Salud. ; 2004.
34. Herrera J. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. Colombia Médica [Internet]. 2006.
35. Organización Mundial de la Salud. Violencia. [Online].; 2017 [cited 2019 Noviembre 10. Available from: <https://www.who.int/topics/violence/es/>.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El presente documento, está dirigido a las madres y tiene como finalidad recolectar información necesaria para el desarrollo de un trabajo de investigación acerca de Violencia Intrafamiliar y complicaciones obstétricas.

Esta encuesta tiene carácter confidencial y consta de preguntas sencillas, es importante que usted responda con sinceridad; la información brindada no será utilizada como denuncia y su identidad no será revelada. Por lo tanto se agradece anticipadamente su gentil colaboración, ya que los resultados del presente estudio serán en beneficio de la población gestante.

CUESTIONARIO

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas que se presentan a continuación y conteste:

I) DATOS GENERALES: 3.- Zona o ubicación del domicilio.....

1. Edad:

Ocupación: Ama de casa ()

Independiente () Depend. ()

2. Grado de instrucción:

a) Primaria incompleta [1]

b) Primaria completa [2]

c) Secundaria incompleta [3]

d) Secundaria completa [4]

e) Técnico Incompleto [5]

f) Técnico completo [6]

g) Superior incompleto [7]

h) Superior completo [8]

4.- Procedencia:

Costa [1]

Sierra [2]

Selva [3]

5.- Estado civil:

a) Soltera [1]

b) Conviviente [2]

c) Casada [3]

d) Separada o [4]

Divorciada

II) IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

6. ¿En este embarazo, algún miembro de tu familia o pareja te causó daño físico?

Si [1] No [2]

7. Si la respuesta fuese sí, escoge a continuación el tipo de agresión de la cual fuiste víctima:

Golpes en el Cuerpo (patadas, puñetazos, bofetadas) [1]

Empujones [2]

Golpes con objetos [3]

Caídas [4]

Quemaduras [5]

Heridas con objetos punzocortantes [6]

8. ¿Qué parentesco tiene con usted la persona que le causó daño físico durante su embarazo?

a) Padre [1]

b) Madre [2]

c) Hermanos [3]

d) Pareja [4]

e) otros [5]

9. ¿El agente (persona) que la agredió físicamente vive con usted?

Si [1] No [2]

10. ¿En este embarazo se ha sentido agredida emocional o psicológicamente por algún miembro de su familia o pareja?

Si [1] No [2]

11. Si la respuesta fuese sí, escoge a continuación el tipo de agresión psicológica de la cual fuiste víctima:

Insultos	[1]
Amenazas	[2]
Humillación	[3]
Gritos	[4]
Intimidación	[5]
Abandono	[6]

12. ¿Qué parentesco tiene con usted la persona que le agredió psicológicamente?

a) Padre	[1]
b) Madre	[2]
c) Hermanos	[3]
d) Pareja	[4]
e) otros	[5]

13. ¿El agente (persona) que la agredió psicológicamente vive con usted?

Si [1] No [2]

14. ¿Durante su embarazo recuerda haber sido tocada de forma inapropiada por algún miembro de su familia o pareja?

Si [1] No [2]

15. ¿Durante su embarazo recuerda haber sido obligada a tener contacto o relaciones sexuales por algún miembro de su familia o pareja?

Si [1] No [2]

16. ¿El agente (persona) que la agredió sexualmente vive con usted?

Si [1] No [2]

Autor: Salas y Salvatierra (2012)

FICHA TÉCNICA DE CUESTIONARIO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Título	Cuestionario de Violencia Intrafamiliar
Objetivo	El cuestionario es parte de este estudio que tiene por finalidad la obtención de información sobre violencia intrafamiliar.
Autores	Ángela Marlene Salas Arriaga y Diana Elisa Salvatierra Aguilera
Año de edición	2012
Margen de Aplicación	Aplicable a gestantes
Forma de Aplicación	Individual para un grupo de 137 gestantes
Tiempo de Aplicación	20 minutos
Significación	El cuestionario sobre la violencia intrafamiliar consta de 16 ítems. Asimismo, el encuestado solo puede marcar una alternativa, tiene carácter confidencial y consta de preguntas sencillas.
Estructura	a. Violencia física b. Violencia psicológica c. Violencia sexual
Carácter de aplicación	El cuestionario es de carácter anónimo, por lo cual se pide a las gestantes responder con sinceridad.

BAREMOS DE DIMENSIONES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

	Violencia física	Violencia psicológica	Violencia Sexual	Violencia Intrafamiliar
Leve	5 – 8	5 – 8	3	11 – 18
Regular	9 – 11	9 – 11	4	19 - 26
Grave	12 - 15	12 - 15	5 - 6	27 - 36

GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

FECHA: ____/____/____

HORA: ____/____

Características generales

1. Otros: _____
2. CPN: _____
3. EG al momento del parto: _____
4. G: _____ P: ____/____/____/____
5. Tipo de parto: P. Vaginal () P. por cesárea ()
6. Presencia de depresión: Si () No ()
 Depresión leve: Si () No ()
 Depresión Moderada: Si () No ()
 Depresión severa: Si () No ()

Complicaciones obstétricas infecciosas:

7. Rotura prematura de membranas: Si () No ()
8. Corioamnionitis: Si () No ()
9. Infecciones del tracto urinario: Si () No ()
10. Sepsis: Si () No ()
11. Shock séptico: Si () No ()
12. Infección por VIH: Si () No ()

Complicaciones obstétricas hemorrágicas

13. Desprendimiento prematuro de placenta Si () No ()
14. Placenta previa: Si () No ()
15. Ruptura uterina: Si () No ()
16. Hemorragia posparto: Si () No ()
17. Shock hipovolémico: Si () No ()
18. Amenaza de aborto Si () No ()

Complicaciones obstétricas hipertensivas

19. Preeclampsia: Si () No ()
20. Eclampsia: Si () No ()
21. Síndrome de HELLP: Si () No ()

FICHA TÉCNICA DE GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Título	Guía de Análisis Documental de Complicaciones Obstétricas
Objetivo	El cuestionario es parte de este estudio que tiene por finalidad la obtención de información sobre complicaciones obstétricas.
Autor	Trinidad Miriam Inga Valentin
Año de edición	2017
Margen de Aplicación	Aplicable a gestantes
Forma de Aplicación	Individual para un grupo de 137 gestantes
Tiempo de Aplicación	20 minutos
Significación	La Guía de Análisis Documental de Complicaciones Obstétricas, consta de 21 ítems. Asimismo, el encuestado solo puede marcar una alternativa, tiene carácter confidencial y consta de preguntas sencillas.
Estructura	a. Características generales b. Complicaciones obstétricas infecciosas c. Complicaciones obstétricas hemorrágicas d. Complicaciones obstétricas hipertensivas
Carácter de aplicación	El cuestionario es de carácter anónimo, por lo cual se pide a las gestantes responder con sinceridad.

BAREMOS DE DIMENSIONES DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

	Características generales	Infecciosas	Hemorrágicas	Hipertensivas	Complicaciones Obstétricas
Leve	1 – 2	5 – 6	5 – 6	1	1 – 6
Regular	3	3 - 4	3 - 4	2	7 – 12
Grave	4	1 - 2	1 - 2	3	13 – 19