



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnología Médica
Licenciatura en Salud Materno Infantil

INVESTIGADORAS:

Rodríguez Mejía, Karla Sofía
Valladares de Rivera, Iris Lisseth

PARA OPTAR AL GRADO DE:

Licenciada en Salud Materno Infantil.

ASESORA:

Messr. Irma Elizabeth Asencio de Flores

**VIOLENCIA DOMÉSTICA
DURANTE EL EMBARAZO Y SU
RELACIÓN CON LAS
COMPLICACIONES MATERNA-
NEONATALES, ESTUDIO
REALIZADÓ CON MUJERES
PUERPERAS INGRESADAS EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE LA
MUJER, EN EL SERVICIO DE
PUERPERIO EN EL PERÍODO DE
AGOSTO A SEPTIEMBRE DEL 2016.**



SEMINARIO DE GRADUACIÓN

Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnología Médica
Licenciatura en Salud Materno Infantil



SEMINARIO DE GRADUACIÓN.

VIOLENCIA DOMÉSTICA DURANTE EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES MATERNA-NEONATALES, ESTUDIO REALIZADÓ CON MUJERES PUERPERAS INGRESADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER, EN EL SERVICIO DE PUERPERIO, EN EL PERÍODO DE AGOSTO A SEPTIEMBRE DEL 2016.

RESPONSABLES:

Karla Sofía Rodríguez Mejía
Iris Lisseth Valladares de Rivera

PARA OPTAR AL GRADO DE:

Licenciada en Salud Materno Infantil.

ASESORA:

Messr. Irma Elizabeth Asencio de Flores

Ciudad Universitaria, 06 de Diciembre de 2016.

INDICE

AGRADECIMENTOS.

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Situación problemática.....	3
1.2 Planteamiento del problema.....	7
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos.....	10
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIA	11
2.1 Antecedentes del problema.....	11
2.2 Marco Teórico	13
2.2.1 Características sociodemográficas de las mujeres violentadas.....	13
2.2.2 Características obstétricas de las mujeres violentadas.....	17
2.2.3 Características de la violencia doméstica en el embarazo.....	21
2.2.4 Complicaciones maternas.....	33
2.2.5 Complicaciones neonatales.....	36
2.3 Marco conceptual.....	44
2.4 Marco legal.....	45
CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
3.1 Hipótesis	47
3.2 Esquema de variables.....	49
3.3 Operacionalización de variables.....	53
CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLOGICO	59
4.1 Tipo de estudio	59
4.2 Área de estudio.....	59
4.3 Universo población y muestra.....	59
4.4 Criterio de inclusión y exclusion.....	61
4.5 Método, técnica e instrumento de estudio.....	62
4.6 Validación del instrumento.....	63

4.7 Principios éticos de la investigación.....	64
4.8 Plan de recolección de información.....	64
4.9 Plan de procesamiento de datos.....	65
4.10 Plan de analisis.....	66
4.11 Análisis estadístico.....	66
4.12 Plan de socialización y defenza de resultados de la investigación	67
CAPÍTULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	69
COMPROBACION DE HIPOTESIS.....	87
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	89
COROLARIO.....	94
CRONOGRAMA.....	95
PRESUPUESTO.....	97
BIBLIOGRAFÍA.....	98
NEXOS.....	99
ANEXO1. “Guía de entrevista de violència doméstica en el embarazo y complicaciones maternas neonatales.”	
ANEXO2. “Ficha de registro de complicaciones maternas y neonatales”	

LISTADO DE AUTORIDADES UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

RECTOR INTERINO:

Licenciado José Luis Argueta Antillón

VICERRECTOR ACADÉMICO:

Maestro Roger Armando Arias

SECRETARIA GENERAL:

Doctora Ana Leticia Zavaleta de Amaya

DECANA:

Doctora Maritza Mercedes Bonilla

VICE DECANA:

Licenciada Nora Elizabeth Abrego de Amado

DIRECTORA DE ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA

Licenciada Lastenia Dalide Ramos De Linares

DIRECTORA DE LA CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL

Maestra Socorro De Jesús Mancía

ASESORA DE TESIS

Maestra Irma Elizabeth Ascencio De Flores

AGRADECIMIENTOS KARLA SOFÍA RODRÍGUEZ MEJÍA

Agradezco primeramente a Dios que me ha permitido llegar a este momento de la culminación de mi carrera por ser el apoyo espiritual, a mi madre Mercedes Ruth Mejía por ser mi mayor ejemplo a seguir en mi vida quien me ha enseñado el valor de la superación personal a cumplir mis metas y lograr una carrera universitaria como ella lo hizo, a mis abuelos por su apoyo en la distancia por su cariño incondicional , a mi perrita Wuanda por el amor incondicional que me alegraba al llegar cansada de prácticas clínicas.

Gracias a la Universidad Nacional de El Salvador, por permitirme ser parte de ella y por la formación brindada, por permitir la continuidad de la Carrera Salud Materno Infantil, gracias al rector de mi alma mater, a la decana de la facultad de medicina Dra. Maritza Mercedes Bonilla, así como a Mssr Socorro de Jesús Mancía directora de la carrera y en especial a la licenciada Irma Elizabeth Asencio de Flores por entrega y dedicación en la transmisión de su conocimiento en las asesorías brindadas durante el seminario de graduación; Gracias.

AGRADECIMIENTO IRIS LISSETH VALLADARES

Primeramente doy gracias a Dios por permitirme llegar al final de una experiencia maravillosa en mi vida, darme salud paciencia y tolerancia.

Gracias a la Universidad Nacional de El Salvador, por permitirme ser parte de ella y abrirme las puertas del seno científico para poder estudiar y en especial agradezco a la carrera Salud Materno Infantil por convertirme en un ser profesional en lo que tanto me apasiona, gracias la directora de la carrera Mssr. Socorro Mancia, por su apoyo incondicional durante el proceso profesional, gracias a cada docente que hizo parte de este proceso integral de formación.

Agradezco a mi asesora Licda. Irma Ascencio, por brindar su conocimiento, sus orientaciones, su persistencia, paciencia y motivación que han sido fundamentales para la culminación de esta investigación, ya que ella incluyo responsabilidad y rigor académico.

Agradezco a mis padre Daniel Valladares y Mirian Cruz, mi esposo Ernesto Rivera a mi hijo Daniel Ernesto Rivera y demás familiares que siempre estuvieron brindándome su apoyo y solidaridad, por su sacrificio, esfuerzo y amor para que siempre pudiera culminar mis objetivos profesionales de una forma satisfactoria.



INTRODUCCIÓN

El presente documento trata sobre la investigación que comprende el seminario de graduación denominado: Violencia doméstica en el embarazo y su relación con las complicaciones materno neonatales.

El embarazo puede ser un momento especialmente peligroso para las mujeres que están en relaciones abusivas o violencia doméstica. Varios estudios establecen que el estrés en niveles elevados puede provocar riesgos especiales durante el embarazo. De acuerdo con March of Dimes el estrés crónico puede provocar un parto prematuro.

La violencia doméstica es un problema de salud pública mundial. La mujer es afectada más frecuentemente y la pareja, el principal agresor. Esta situación tiene diversas manifestaciones y afecta su salud física, mental, su conducta social y reproductiva. Cuando la violencia ocurre durante el embarazo, el feto o el recién nacido puede verse afectado por la violencia sobre la mujer o por conductas negligentes o descuido por parte de ella. Esto incrementa el riesgo de prematuridad, bajo peso al nacimiento, muerte neonatal, malformaciones congénitas, falta de apego madre-hijo y dificultades en la lactancia.

El maltrato infantil (MI) es reconocido desde hace más de 40 años. Actualmente se considera como un problema de salud pública mundial. En este período se han identificado diversas formas en las que el feto puede ser maltratado; se han clasificado en conocidas, poco conocidas y poco consideradas. El abuso fetal (AF) es una de las formas poco conocidas.

En la investigación se incorporan componentes que den lugar al conocimiento de las consecuencias que pueden tener tanto la mujer como feto o neonato. En este contexto debe considerarse al ambiente en que se encuentra la mujer (situación familiar, social y civil) y acciones que ejerce la mujer contra sí misma o contra el producto de la gestación.

El estudio es cuantitativo-deductivo ya que se estudiarón las características de la violencia doméstica en el embarazo en puérperas en el Hospital Nacional de La Mujer para lo cual se organizó la información de forma numérica, partiendo de forma general a resultados específicos a través de la comprobación de las hipótesis planteadas. Exploratorio: ya que no hay estudios anteriores en el país referentes a las complicaciones ocasionadas a las gestantes y a su recién nacido/a consecuencia de sufrir violencia doméstica durante el embarazo.

El universo fue de 1040 puérperas, deduciendo una población de 370 mujeres que dieron positivo al tamizaje de violencia doméstica, por lo que el tamaño de la muestra para este estudio fue de 61 mujeres que han sufrido violencia, durante el embarazo y 61 mujeres que no han sufrido violencia durante el embarazo. El tipo de muestreo que se utilizó fue por conveniencia para ambas poblaciones, ya que la población que entro al estudio según el tamaño de la muestra, se seleccionó tomando en cuenta, la accesibilidad a la misma para ambos grupos. Las técnicas que se utilizarón fueron la entrevista ya que se estableció una comunicación directa con las mujeres, para obtener la información. También se usó el análisis documental, para recolección de información del expediente clínico de las puérperas y neonatos. La recolección de la información se realizó en tres fases; la fase 1 selección de la población y clasificación en dos grupos, fase 2 realización de entrevista, fase 3 revisión del expediente clínico materno.

Los resultados obtenidos son de suma importancia para el aporte de este tema poco indagado, comprobando las hipótesis propuestas, afirmando la relación que existe entre la violencia doméstica y las complicaciones maternas y neonatales, demostrando además como las características sociodemográficas de riesgo acrecientan la vulnerabilidad de sufrir violencia doméstica, siendo la violencia psicológica y emocional, la económica, las que más afectan a la población de mujeres investigadas. Además se propone recomendaciones al Hospital Nacional de la Mujer para que pueda contribuir a la disminución de la violencia doméstica por ser este un problema de salud pública.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Poco a poco la violencia doméstica está siendo considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer. Sin embargo, todavía hay que dividir la totalidad de mujeres afectadas por la violencia en grupos más pequeños para entender la multiplicidad de las causas que la ocasionan.

La violencia doméstica constituye un grave problema para las mujeres en todo el mundo. La violencia durante el embarazo produce consecuencias para el 3.9% al 26% de los nacimientos y provoca muchas complicaciones en las mujeres, las cuales pueden ser más comunes que las complicaciones debidas a preeclampsia, diabetes gestacional o placenta previa. Investigaciones anteriores demostraron que las mujeres que experimentaron violencia durante el embarazo típicamente son más jóvenes, incluso adolescentes, solteras, tienen menor nivel de educación y falta de empleo.

Las mujeres embarazadas víctimas de la violencia constituyen un grupo importante dentro de este tema. Una encuesta de hogares mostró que hay una probabilidad del 60,6% que una mujer embarazada sea agredida que una mujer que no lo está. Se cita a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que a la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria. No hay un perfil “típico” de mujeres maltratadas. La violencia doméstica no discrimina: mujeres de todas las edades, razas, religiones, nacionalidades, historiales educativos, orientaciones sexuales y grupos socioeconómicos pueden ser víctimas del abuso.

Las adolescentes embarazadas, particularmente entre los 13 y 17 años de edad, corren un alto riesgo de ser víctimas de la violencia por parte de sus parejas. Se examinó la situación de 182 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 34 años y la de sus bebés, hallándose una relación sorprendentemente fuerte entre los malos tratos perpetrados contra una mujer embarazada por su pareja

masculina y los síntomas de trauma a corta edad presentes en el hijo o hija nacidos de ese embarazo.

La violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas. “Si bien en la mayor parte de la violencia doméstica los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estos van dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales”. (1)

El índice de maltratos físicos sufridos por parte de la pareja sentimental es similar entre las mujeres latinas y las de otros grupos de la población, sin embargo, las mujeres latinas sufren un mayor índice de violaciones por parte de sus compañeros, las agresiones a la mujer embarazada podrían ocasionar cambios en los sistemas de respuesta al estrés de ella, incrementando sus niveles de cortisol, una hormona esteroidea que se libera en respuesta al estrés. El equipo de investigación estadounidense Bewley, cree que esos mayores niveles de cortisol a su vez podrían aumentar los niveles de cortisol en el feto, y que, teniendo en cuenta que el cortisol tiene efectos dañinos sobre el cerebro cuando alcanza niveles excesivos, eso podría explicar los problemas emocionales para el bebé después del nacimiento.

La violencia doméstica puede afectar a los niños incluso antes de que nazcan, según indica una nueva investigación. Este estudio sobre la violencia doméstica en el embarazo, es el primero en conectar el maltrato a una mujer embarazada con síntomas de trauma emocional y de comportamiento en sus hijos/as durante el primer año de su vida. Los síntomas incluyen pesadillas, alarmarse con facilidad, angustiarse por ruidos de volumen alto y luces brillantes, evitar el contacto físico y tener dificultades para disfrutar de algo.

La violencia también impide la terapia adecuada para patologías crónicas como la hipertensión o el asma y la ejercida antes del embarazo puede precipitar problemas ginecológicos como dolor pélvico crónico, infecciones urinarias y enfermedades de transmisión sexual. Las secuelas psicológicas de la violencia durante el embarazo merecen consideración, ya que las mujeres golpeadas tienen

mayor probabilidad de padecer más problemas de salud mental y física. El traumatismo directo sufrido por las embarazadas puede ocasionar complicaciones tales como abrupcio, placenta previa, prematurez, bajo peso de nacimiento y aborto e incluso la muerte de la mujer

En América Latina, una tercera parte de los embarazos corresponde a menores de 18 años, y casi un 20% de éstos a niñas menores de 15 años. En estas edades, el embarazo en adolescentes suele ser producto de violencia sexual, dado que las adolescentes están expuestas a condiciones de alta vulnerabilidad, entre ellas a varios tipos de violencia y riesgos.

En El Salvador las mujeres sufren violencia en el 90 % de los municipios del país. Ese es uno de los hallazgos que la Asociación Salvadoreña de Mujeres (ASM) encontró al recopilar los datos sobre el tema.

La organización considera que la violencia doméstica es como “el cáncer que está presente en casi todo el país, pero no se nota”. De acuerdo con la ASM, en lo que va del año 2016 la Policía ha reportado 2,098 casos de violencia intrafamiliar. Además, la Fiscalía reporta 724 casos bajo investigación de violencia sexual. (2)

La Policía Nacional Civil, PNC, recibió 924 denuncias por el delito de Violencia Intrafamiliar y violencia de pareja, de enero a agosto de 2015, esto es alrededor de cuatro denuncias por día. En comparación con el 2014 entre enero y julio se contabilizaron 1,695 denuncias, 771 casos más, con un promedio de ocho denuncias diarias. A la fecha no se tiene una versión oficial, del porqué de la reducción en las denuncias.

La Policía Nacional Civil, informó que en el primer trimestre de 2015 recibieron 357 denuncias por el delito de violencia intrafamiliar, es decir, alrededor de cuatro denuncias por día. Por cantidad San Salvador reportó más denuncias, sin embargo, por tasa poblacional Usulután ocupa el primer lugar. Es importante señalar que Sonsonate no reportó denuncias durante estos 90 días.

San Salvador, sigue siendo uno de los departamentos con mayor denuncias por violencia intrafamiliar (164), seguido por Usulután, con 127 casos. Sin embargo, es de hacer notar que la tasa poblacional de San Salvador es mucho mayor comparada con la de los otros departamentos, por lo que el primer lugar en denuncias lo ocuparía el departamento de Usulután. De igual forma, es importante señalar que durante los cuatro meses del año este departamento se ha mantenido con mayor cantidad de denuncias por violencia intrafamiliar, después de San Salvador.

Según el registro policial, los departamentos de Ahuachapán, con tres denuncias, Santa Ana y La Paz, con nueve casos respectivamente, son los que menos denuncias de violencia intrafamiliar presentan; sin embargo, estudios realizados por las diferentes organizaciones de mujeres, señalan que este hecho no significa necesariamente un descenso de los hechos de violencia doméstica, sino que en muchos casos, las mujeres no denuncian la violencia que viven en sus hogares por temor, amenazas u otros factores. Por departamento, San Salvador ocupa el primer lugar en denuncias, seguido por Usulután que ocupa el primer lugar por taza poblacional. Sonsonate solo registró un caso y el departamento de la Unión doce. El 66.88% de las denuncias se concentra en 16 municipios, de los cuales Soyapango reportó la mayor cantidad, 187. (3)

Sin embargo aún no se realizan estudios que relacionen la violencia doméstica ya sean mujer o adolescentes relacionadas a las complicaciones maternas neonatales. Los datos estadísticos nacionales sobre violencia doméstica son enfatizados en denuncias telefónicas y que sucede con la población que no denuncia es un dato no revelado a nivel nacional invicibilizando, esas cifras de la violencia doméstica más las relacionadas ocurridas en el embarazo. Por esa razón nosotras como estudiantes de la carrera en Salud Materno Infantil es de suma importancia que se realice dicho estudio y sirva de base para próximas investigaciones más profundas a la problemática de violencia doméstica durante el embarazo y cuáles son las complicaciones.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación de la violencia doméstica durante el embarazo, con las complicaciones maternas-neonatales, en mujeres ingresadas, en El Hospital Nacional de La Mujer, en el servicio de puerperio, en el período de agosto y septiembre del año 2016?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio sobre, violencia doméstica durante el embarazo y su relación con las complicaciones maternas neonatales, desarrolló en el servicio de puerperio del Hospital Nacional de la Mujer, en el período de agosto a septiembre del año 2016. Se estima que este estudio es de relevancia porque el Sistema de Prevención de violencia (SPV) de El Salvador afirma que, las mujeres sufren violencia doméstica en el 90 % de los municipios del país, la organización considera que la violencia doméstica contra la mujer es como “el cáncer que está presente en casi todo el país, pero no se visibiliza”, y pone en riesgo la salud integral de todas las mujeres. Además se ha detectado que el 6% de las mujeres embarazadas son maltratadas, y que esto puede aumentar en severidad y con ello también aumentan las consecuencias especialmente porque la mayoría de las mujeres que son maltratadas, son de condiciones sociodemográficas bajas, siendo la peor preocupación la probabilidad de tener un parto prematuro o de perder el producto del embarazo. Algunos estudios han demostrado que existe relación entre la violencia doméstica durante el embarazo, con el poco aumento de peso, anemia, infecciones y hemorragias.

Los hijos/as de estas mujeres están expuestos a hormonas de estrés y toxinas por la mala nutrición y estado emocional lábil de la mujer, teniendo como consecuencia la malnutrición del feto. También se ha demostrado que la violencia hacia la mujer durante el embarazo causa más defectos de nacimiento que el síndrome de TORCH (Toxoplasma, Rubéola, Citomegalovirus y Herpes) según el Hospital Johns Hopkins en Baltimore, Maryland. También se aumenta el riesgo de abortos, de nacer bajo de peso, prematuramente o muerte.

Las complicaciones antes descritas se fundamentan en que durante el embarazo se produce un aumento de cortisol a nivel del sistema endocrino de la mujer lo que puede contribuir al estrés materno y producir dichas complicaciones. Agregado a esto el maltrato fetal incluido, lo que supone para el feto un aumento de cortisol que puede ser tóxico para el cuerpo en desarrollo y causar diversas malformaciones cerebrocraneales, o alterar en un futuro su nivel de inteligencia.

Los efectos de la violencia ejercida contra las mujeres son variadas; dependen del momento de gestación, el tipo de maltrato, frecuencia y tiempo de exposición. Es posible hallar repercusiones en su salud física, mental, su conducta social y reproductiva.

Todo lo anterior sustenta la importancia de realizar esta investigación dado que la posibilidad de complicaciones y muerte, tanto en la mujer e hijo-a se aumentan ante la existencia de violencia doméstica durante el embarazo.

Los resultados encontrados en este estudio, se consideran de mucho interés, ya que puede servir de base para otras investigaciones, por su aporte teórico y enriquecimiento del tema en estudio, además retomarse para la realización de acciones que contribuyan a la prevención del problema de violencia doméstica y de esta manera aportar a la disminución de complicaciones materno-fetales considerado como problema de salud pública.

La realización de esta investigación fue viable y factible porque se pudo acceder a un grupo poblacional amplio, se contó con los recursos necesarios y fue llevada a cabo en el tiempo esperado.

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 GENERAL:

- Analizar la violencia doméstica durante el embarazo y su relación con las complicaciones materna neonatales, en mujeres puérperas, ingresadas en el Hospital Nacional de La Mujer, en el servicio de puerperio, en el período de agosto a septiembre del 2016.

1.4.2 ESPECÍFICOS:

- Contrastar las características sociodemográficas de las mujeres no violentadas, con las violentadas durante el embarazo.
- Comparar las características obstétricas de las mujeres no violentadas, con las violentadas durante el embarazo.
- Enlistar las características de la violencia doméstica durante el embarazo.
- Contrastar las complicaciones maternas diagnosticadas en la población de mujeres violentadas, con la población de mujeres no violentadas.
- Comparar las complicaciones neonatales detectadas en los hijos/as de las mujeres no violentadas, con las mujeres violentadas en el embarazo.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

La cultura de violencia que impera en El Salvador, es la primera causa de que las mujeres se conviertan en víctimas de actos reprochables, ya que en su mayoría son los hombres u otros miembros de la familia los responsables directos de que esto suceda.

La violencia doméstica la acción u omisión que el integrante de una familia ejerce contra otro integrante más en particular hacia la mujer en sus diferentes etapas de la vida incluyendo el embarazo lo que le produce un daño físico o psicológico. En el Salvador muchas mujeres viven siendo violentadas en sus hogares Estadísticas de la División de Servicios Juveniles y Familia de la Policía Nacional Civil, PNC, indican que hubo 1,697 denuncias de hechos de violencia doméstica cometidos contra niñas, adolescentes y mujeres, durante el año 2010. En promedio, más de 140 mujeres por mes denunciaron ser víctimas de violencia en sus hogares.

Durante el 2012 hubo un aumento de violencia doméstica del 10%, según datos de ORMUSA en el 2013 hubo una disminución de 13.1%de violencia doméstica, y para el 2014 aumento un 10.5%

En el 2015, Más de la mitad de las mujeres con pareja en El Salvador sufren de violencias físicas, sexuales o ambas, reveló este lunes un estudio realizado por una universidad privada y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Durante en el 2015 hubo una importante reducción en casos de violencia doméstica, disminuyendo un 61.7%, esto asociado a todos los esfuerzos a nivel de gobierno y organizaciones.

El documento presentado en la capital salvadoreña detalló que 22,5% de las mujeres sufren de agresiones físicas, 13,3% de violencia sexual y 26,2% estos

dos tipos de violencia. Del total de casos estudiados, 18,5% "puede catalogarse como de tipo severo" debido a los daños y lesiones ocasionadas a las mujeres.

El embarazo no es un impedimento para el abusador, en algunos casos la violencia viene desde antes de la gestación y en otros casos puede ser un motivo de maltrato. Datos revelan que en El Salvador para el año 2015 las denuncias disminuyeron en 61.71%, comparado con el año anterior, que cerró con 2,873, donde el total de llamadas diarias era de ocho.

La violencia es un concepto de múltiples dimensiones, violencia es la aplicación de medios fuera de lo natural a cosas o personas para vencer su resistencia. El concepto de poder y jerarquía está presente en la definición de violencia, la cual es considerada como una forma de ejercer poder sobre alguien situado en una posición de inferioridad jerárquica o de subordinación. La violencia forma parte de la estructura social y aparece vinculada estrechamente a la organización del sistema social. La violencia desafortunadamente atraviesa distintas instituciones sociales y se manifiesta dentro de la familia en relaciones familiares opresivas. En El Salvador de enero a marzo de 2016 la Policía Nacional Civil recibió 232 denuncias por violencia, lo cual expresa leve disminución en torno a años anteriores, sin embargo es notoria la violencia contra la mujer. (4)

Según el observatorio de violencia de ORMUSA, la violencia doméstica ha tenido altas y bajas en la última década, sin embargo al momento hay una leve disminución, aunque la violencia no deja de ser un problema de salud pública y afección social. Se ve a diario como mujer y hombres dañan tanto como psicológicamente, dando un ejemplo a sus hijos/as, futuras personas violentas. Además de dejar secuelas temporales y permanentes de sufrimiento físico y psicológico en la mujer embarazada y su futuro hijo que recibe repercusiones desde antes de nacer.

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUJER VIOLENTADA.

La violencia doméstica contra las mujeres, en general y el maltrato en concreto, se da en todos los grupos sociales y étnicos, y no está relacionada con la clase social, el nivel cultural, o la raza, Sin embargo, ciertas investigaciones ofrecen una visión parcial del problema, aún tienden a insistir en la idea de que ocurre exclusivamente en entornos problemáticos familias desestructuradas, con problemas económicos, de bajo nivel cultural.

2.2.1.1 EDAD.

Las mujeres más jóvenes, sobre todo con edades comprendidas entre 15 y 19 años, tenían más riesgo de ser objeto de violencia física o sexual, o ambas, infligida por su pareja en todos los entornos, Por ejemplo, el 48% de las mujeres de entre 15 y 19 años declaró haber sufrido violencia física o sexual, o ambas, a manos de sus parejas en los últimos 12 meses, frente al 10% de las mujeres de entre 45 y 49 años.

En el entorno urbano, la diferencia era del 41% entre las mujeres de entre 15 y 19 años, frente al 8% de las que tenían entre 45 y 49 años. Este patrón puede reflejar, en parte, el hecho de que los hombres más jóvenes suelen ser más violentos que los mayores y de que la violencia suele empezar temprano en muchas relaciones.

En algunos entornos, es posible que un mayor número de mujeres jóvenes viviera con su pareja sin estar casada, y estas mujeres, por lo general, presentan mayores riesgos de ser víctimas de violencia doméstica. También en algunos entornos, las mujeres mayores tienen un estatus social más alto que las jóvenes, y, por ende, pueden ser menos vulnerables a la violencia doméstica.

2.2.1.2 NIVEL EDUCATIVO.

A menor escolaridad mayor probabilidad de ser víctima de violencia doméstica, por escasos conocimientos de los derechos, menor probabilidad de ser independiente, tener limitación a información. Lo que hace que la mujer genere un círculo de pobreza y un círculo de violencia que es heredado a través de las generaciones.

Según la OMS se comprobó que, en muchos entornos, cuanto mayor era el nivel educativo menor era el número de casos de violencia.

En algunos entornos de América Central se observó que el efecto protector de la educación parece empezar cuando la mujer cursa estudios más allá de la escuela secundaria. Investigaciones sugieren que la educación tiene un efecto protector para la mujer, independientemente de sus ingresos y su edad. Puede ser que las mujeres con un mayor nivel educativo tengan más posibilidades de elegir a su pareja y mayor capacidad para elegir entre casarse o no, y sean capaces de negociar mayor autonomía y control de los recursos dentro del matrimonio.

2.2.1.3 OCUPACIÓN.

Las mujeres que sufren violencia por parte de un compañero tienen un mayor índice de absentismo en el trabajo, menor productividad y menores ganancias que las mujeres que no sufren abusos. Incluso los hombres culpables de infligir violencia se ausentan más del trabajo después de un episodio violento. El miedo a la violencia, en el transporte público por ejemplo, hace que muchas mujeres no busquen trabajo.

La mayor población violentada a nivel doméstico son las mujeres sin trabajo remunerado, lo cual las obliga a mantenerse en su hogar, trabajando dentro de su vivienda, siendo más vulnerables por las escasas oportunidades de superación personal.

2.2.1.4 ESTADO CIVIL.

A excepción de dos entornos, las mujeres divorciadas sufrieron algún tipo de violencia doméstica.

Las mujeres casadas, también sufren más casos de violencia infligida por la pareja entre las mujeres que cohabitaban (es decir, que vivían con un hombre) sin estar casadas. En casi la mitad de los entornos, se habían producido más casos de violencia en los últimos meses entre las mujeres que estaban separadas o divorciadas, lo que implica que, en algunos casos, la violencia puede persistir incluso después de la separación.

2.2.1.5 INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR.

Las mujeres que sufren violencia doméstica, tienen más probabilidades de ser más pobres, últimas en acceder a la atención sanitaria, y normalmente se ven atrapadas en tareas domésticas no remuneradas y muy laboriosas. Además, tienen menores opciones para de trabajar y más secuelas psicológicas por la violencia sufrida. La educación adecuada puede estar fuera de su alcance. Algunas de ellas se ven abocadas a la violencia física, psicológica y sexual.

Las mujeres que viven en la pobreza, especialmente en países pobres, generalmente se enfrentan a distintas dificultades para evitar o escapar de la violencia doméstica, tienen menos independencia económica y menos vías de escape, y a menudo se enfrentan a tradicionales normas sociales que, en el mejor de los casos, ignoran las brutalidades a las que se enfrentan y a veces hasta las sancionan.

La creciente participación de las mujeres en la vida social, económica, política y cultural de nuestro país ha sido paralela a una mejora sustancial de sus indicadores demográficos, particularmente en las zonas urbanas. Además, la dinámica reproductiva femenina responde, sin ninguna duda, al aumento de la escolaridad media de las mujeres y a su creciente integración al mercado laboral.

De lo que se analiza que a menor escolaridad más pobreza, más violencia doméstica en sus diferentes etapas de la vida incluido el embarazo (5).

En los últimos años se han presenciado logros históricos en la reducción del número de personas que viven en condiciones de pobreza, logros que permitirán poner fin a la pobreza extrema en la próxima generación. Para ello, es preciso erradicar las múltiples causas del empobrecimiento. Cuando las mujeres son pobres, sus derechos no están protegidos y sufren más violencia. Se enfrentan a obstáculos que pueden resultar extraordinariamente difíciles de superar. Esta situación da como resultado privaciones en sus propias vidas y pérdidas para la sociedad en general y para la economía, puesto que es bien sabido que la productividad de las mujeres es uno de los principales motores del dinamismo económico.

2.2.1.6 RESIDENCIA.

La existencia de violencia en las ciudades no puede entenderse por una sola causa. Algunos estudios han identificado ciertos factores relacionados a la existencia de violencia urbana; el tamaño, la densidad y la edad de la población parecerían apuntar a un incremento de la violencia. En este sentido, los principales factores que ayudan a interpretar la violencia urbana serían de orden demográfico. Según algunos estudios, si más de 40% de la población tiene entre 15 y 30 años, la posibilidad de un brote de violencia urbana se incrementa. Se denomina zonas urbanas marginales a las zonas donde las viviendas son aún precarias, no se cuenta o se cuenta de forma parcial con los servicios básicos de agua, desagüe, luz y comunicaciones adecuadas. Generalmente, estas zonas son ocupadas por migrantes, personas con pocas posibilidades económicas o donde los servidores públicos no han atendido las necesidades básicas ⁽¹³⁾. El crecimiento de las ciudades es visto como un impulso al desarrollo, pero también como un incremento de los bolsones de pobreza, marginalidad y desigualdad.

El embarazo no es un impedimento para el abusador, en algunos casos la violencia viene desde antes de la gestación y en otros casos puede ser un motivo de maltrato.

Esta situación es un patrón de coacción y control, que incluye la agresión física, sexual, emocional o combinación de ellos y amenazas contra una mujer, por su pareja o ex –pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo.

Hasta la fecha no hay ninguna prueba concluyente de que el embarazo en sí puede provocar mayor violencia contra la mujer. Sin embargo, se señalaron ciertas indicaciones de que el predominio del abuso físico y sexual es mayor y más grave entre las mujeres embarazadas que entre otras mujeres. Aun cuando los resultados de las investigaciones no son consistentes, se encontró al embarazo como un factor de riesgo para la violencia y su severidad. Se ha mostrado que la violencia no se detiene con el embarazo.

2.2.2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS MUJERES VIOLENTADAS.

2.2.2.1 EDAD EN QUE TUVIERON SU PRIMER HIJO E HIJA.

El estudio, publicado en la revista científica *Plos One*, muestra que las mujeres que tuvieron sus hijos/as antes de los 25 años sufren más violencia doméstica, además de disponer de unos ingresos inferiores a la media de las mujeres sin hijos/as al cabo de 15 años, porcentaje que baja entre las tituladas universitarias. En cambio, las que tuvieron los hijos/as con más de 31 años, aunque durante los primeros años de maternidad sufren una significativa merma económica.

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, sus causas en su mayoría son evitables y es considerada como expresión de injusticia social, dado que los países de menor desarrollo económico tienen las cifras más altas de muertes maternas; es

decir las mujeres pobres tienen mayor riesgo de morir por el embarazo, parto y puerperio.

2.2.2.2 NUMERO DE PARTOS.

Las primigestas y multíparas son consideradas de alto riesgo obstétrico por el aumento en la tasa de morbilidad materna y fetales, aumentando riesgo de inicio de patologías, o complicaciones de patologías bases.

En muchas naciones del mundo el embarazo aún se sigue dando por opresión del compañero de vida, violaciones sexuales, donde el embarazo es resultado de una violencia ejercida por alguien dentro del entorno familiar.

2.2.2.3 NÚMERO DE PARTOS PRETERMINO.

Los partos pre término han aumentado en el paso del tiempo por el incremento de patologías que desencadenan este evento, como aumento de la presión arterial, infecciones menores no identificadas y el estrés materno ocasionados por factores externos uno de ellos es la violencia doméstica en sus diversos tipos, física, psicológica o sexual que puede comprometer el estado emocional de la mujer y que puede manifestarse con complicaciones a la salud como un parto pretermino.

2.2.2.4 NÚMERO DE ABORTO.

Condición obstétrica en la que se desencadena muerte embrionaria o fetal, antes de las 20 semanas de gestación. En las últimas décadas, varios estudios epidemiológicos indican que una proporción significativa de abortos inducidos legales 25% o incluso más, ocurre por coerción de la propia pareja o un familiar sobre la mujer o adolescente esperando un hijo e hija, entre los factores de riesgo más comunes para aborto y problemas de salud mental posterior, se encuentra la historia de violencia doméstica infligida por la pareja o el antecedente de abuso durante la niñez.

Las mujeres que cometieron aborto provocado o más, tuvieron también al mismo tiempo, y mucho más alto, relaciones de pareja muy problemáticas incluyen violencia doméstica.

Según declara Jasón Wagugh, editor de la revista médica, quien también aseveró que “nuestra sociedad debería tener tolerancia cero para la violencia doméstica” y “dada la alta prevalencia de violencia durante el embarazo, es importante preguntar a las mujeres sobre ello”.

Sin embargo, ocurre justo al revés, porque después del aborto, las parejas tienen un 75% más de discusiones sobre el dinero comparadas con las que tuvieron a su bebé; un 80% más de discusiones sobre los familiares del padre del bebé abortado; y aumenta el riesgo en un 99% de discutir sobre los familiares de la mujer, en comparación con los datos de parejas que tuvieron a sus hijos/as. (6)

2.2.2.5 NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES.

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la mujer para el parto y la crianza de su hijo.

Según la guía de atención en el embarazo, la mujer requiere de un mínimo de 5 controles durante su embarazo, donde se realizaran una serie de estudios encaminados a mantener la salud, y de la detección de riesgos incluido la violencia doméstica antes o durante el embarazo

TIPOS DE CONTROL PRENATAL.

El control prenatal debe clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

1. **Prenatal básico:** para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en

Salud Materno Infantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso.

2. **Prenatal especializado:** para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Ginecoobstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente.

2.2.2.6 ANTECEDENTES DE COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y PARTO.

Las causas del embarazo de alto riesgo son muy variadas, pero existen una serie de factores asociados al mismo, algunos de los cuales están presentes antes de que la mujer quede embarazada, mientras que otros se desarrollan durante la gestación. Es importante identificarlos precozmente (idealmente antes de que se produzca la concepción) para estimar su importancia y disminuir así las consecuencias adversas de los mismos, ya que aumentan tanto la incidencia de complicaciones durante el embarazo, como el riesgo de que la situación se repita en gestaciones posteriores

Antecedentes obstétricos previos desfavorables: abortos de repetición (más de tres), pérdidas fetales en embarazos previos, óbito, malformaciones o anomalías congénitas del feto, crecimiento intrauterino retardado, parto prematuro

En el caso de las mujeres que son maltratadas en su edad reproductiva, los efectos son agravados. Puede que las adolescentes y mujeres adultas que son agredidas física y sexualmente tengan que afrontar las infección transmitida sexualmente/virus de la inmunodeficiencia humana (ITS/VIH), el embarazo no deseado, el aborto espontáneo, el parto de un feto muerto, e incluso la muerte.

En el caso del embarazo como resultado de una violación, los efectos psicológicos pueden ser devastadores, particularmente cuando se trata de niñas cuya primera experiencia sexual consistió en una violación o incesto. Más aún, las

adolescentes que quedan embarazadas en una edad muy precoz afrontan riesgos a su salud porque, en muchas mujeres, el esqueleto no termina de desarrollarse hasta los 18 años de edad, además de que el conducto pélvico a veces no es fisiológicamente adecuado hasta los 20 ó 21 años de edad. La tasa de mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre aquellas de 20 a 29 años de edad

2.2.2 7 ANTECEDENTES DE COMPLICACIÓN EN EL PUERPERIO.

Después del parto pueden aparecer algunos síntomas o signos anormales que pueden complicar la salud de la mujer y llegar hasta la muerte. Fiebre: cuando una puérpera tiene fiebre de 38 grados o más 2) Hemorragias: la pérdida excesiva de sangre que se origina después de las 24 horas. del parto hasta la primera 3) Dolores en la parte baja del abdomen: generalmente producidos por una endometritis (inflamación de la capa interna del útero). 4) Endurecimiento de una o de las dos mamas: puede presentarse con fiebre, y es causado por una mastitis 5) Dolor en las pantorrillas: generalmente va acompañado de enrojecimiento de la zona dolorosa, y hay que pensar en una tromboflebitis. 7) Ardor al orinar: 8) Loquios fétidos y abundantes: son signo de infección del útero (endometritis).

2.2.3 CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN EL EMBARAZO.

La violencia doméstica contra las mujeres ha sido reconocida en los últimos años como una grave vulneración a los derechos humanos, lo que ha llevado a los Estados ya los organismos internacionales a adoptar normas y medidas encaminadas a su erradicación.

Por violencia doméstica se entiende cualquier acción u omisión, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico y que se da más ampliamente dentro del hogar. La violencia doméstica es la violencia ejercida en el terreno de la convivencia familiar o asimilada, por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno de los demás o contra todos ellos. Comprende todos aquellos actos

violentos, desde el empleo de la fuerza física, hasta el hostigamiento, acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, un miembro de la familia contra algún otro familiar.

Violencia doméstica es toda acción que busca limitar sistemáticamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, ejercida por otra persona con la que tenga o haya tenido un vínculo afectivo, ya sea noviazgo, matrimonio, concubinato o parentesco.

La violencia doméstica es muy común; es una tragedia personal y un problema enorme para la salud pública. De acuerdo con el CDC, cada año en nuestro continente más de 300.000 mujeres embarazadas experimentan algún tipo de violencia de parte de su pareja, y alrededor de una cuarta parte de las mujeres del país reportan haber sido asaltadas sexual o físicamente por su esposo, pareja o novio en algún momento de sus vidas.

Poco a poco la violencia doméstica está siendo considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer. Sin embargo, todavía hay que dividir la totalidad de mujeres afectadas por la violencia en grupos más pequeños para entender la multiplicidad de las causas que la ocasionan. Las mujeres embarazadas víctimas de la violencia constituyen un grupo importante dentro de este tema.

De acuerdo con estadísticas gubernamentales, en los Estados Unidos un 23.4 por ciento de mujeres latinas son víctimas de maltratos físicos por parte de su pareja. El índice de violencia doméstica sufrida por parte de la pareja sentimental es similar entre las mujeres latinas y las de otros grupos de la población, sin embargo, las mujeres latinas sufren un mayor índice de violaciones por parte de sus compañeros.

En otros países vemos cifras similares o superiores, por ejemplo, en México los

más recientes conteos oficiales indican que 67 de cada 100 mujeres de 15 años y más han padecido algún incidente de violencia, ya sea en su relación de pareja o en su trabajo, familia o escuela.

No hay un perfil “típico” de mujeres maltratadas. La violencia doméstica no discrimina: mujeres de todas las edades, razas, religiones, nacionalidades, historiales educativos, orientaciones sexuales y grupos socioeconómicos pueden ser víctimas del abuso.

A menudo las mujeres no reportan maltratos porque puede que les resulte difícil definirse a ellas mismas como víctimas o porque se culpan por el problema. No es fácil admitir que la persona a la que amas, o que una vez amaste, o que es el padre de tu hijo o hija, es un abusador. Además, muchas mujeres tienen miedo a las represalias.

El embarazo no es un impedimento para el abusador, en algunos casos la violencia viene desde antes de la gestación y en otros casos puede ser un motivo de maltrato. Esta situación es un patrón de coacción y control, que incluye la agresión física, sexual, emocional o combinación de ellos y amenazas contra una mujer, por su pareja o ex pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo.

Hasta la fecha no hay ninguna prueba concluyente de que el embarazo en sí puede provocar mayor violencia contra la mujer. Sin embargo, en un análisis de los datos disponibles en 1998, se señalaron ciertas indicaciones de que el predominio del abuso físico y sexual es mayor y más grave entre las mujeres embarazadas que entre otras mujeres. Aun cuando los resultados de las investigaciones no son consistentes, se encontró al embarazo como un factor de riesgo para la violencia y su severidad. Se ha mostrado que la violencia no se detiene con el embarazo.

La razón más comúnmente relacionada con el alto riesgo de la violencia doméstica durante el embarazo es el aumento de estrés que siente el padre o compañero con respecto al parto inminente. Este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la mujer y embrión o feto. Las razones que originan este estrés aún no están claras, por lo que es necesario realizar una investigación más amplia para profundizar nuestro conocimiento con el objetivo de procurar métodos más eficaces para identificar a las mujeres que corren el mayor riesgo de violencia doméstica durante el embarazo.

La violencia doméstica durante el embarazo es un problema de salud pública a escala mundial, pudiendo llegar en algunas estadísticas hasta un 20% de los casos. La gestación es un período delicado para la integridad de la mujer y del feto y, en muchos casos, supone el comienzo o el aumento de los malos tratos hacia la mujer. Las consecuencias derivadas de todo esto oscilan desde el divorcio o la separación de la pareja hasta las pérdidas del feto. Además se suma el hecho de que algunas mujeres recurren a las drogas o al alcohol para redimir su culpa y su sufrimiento, lo cual pone aún más en peligro al feto. (7)

2.2.3.1 TIPOS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN EL EMBARAZO.

La mujer embarazada puede ser objeto de abuso físico en 32% de los casos; de abuso sexual en 13 % y de maltrato psicológico en 6.7%. El maltrato físico (MF) es el tipo de agresión más común durante el embarazo, y sus consecuencias son las susceptibles de ser observadas.

Los sitios más dañados son cabeza/cuello, tronco y extremidades; en las adolescentes predominan las lesiones del abdomen.

2.2.3.2 TIPIFICACION DE VIOLENCIA.

a) Violencia Económica: Es toda acción u omisión de la persona agresora, que afecta la supervivencia económica de la mujer, la cual se manifiesta a través de

actos encaminados a limitar, controlar o impedir el ingreso de sus percepciones económicas.

b) Violencia Femicida: Es la forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que conllevan a la impunidad social o del Estado, pudiendo culminar en feminicidio y en otras formas de muerte violenta de mujeres. 161 Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres

c) Violencia Física: Es toda conducta que directa o indirectamente, está dirigida a ocasionar daño o sufrimiento físico contra la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia. Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia física contra la mujer, los ejercidos por la persona agresora en su entorno familiar, social o laboral.

d) Violencia Patrimonial: Son las acciones, omisiones o conductas que afectan la libre disposición del patrimonio de la mujer; incluyéndose los daños a los bienes comunes o propios mediante la transformación, sustracción, destrucción, distracción, daño, pérdida, limitación, retención de objetos, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales. En consecuencia, serán nulos los actos de alzamiento, simulación de enajenación de los bienes muebles o inmuebles; cualquiera que sea el régimen patrimonial del matrimonio, incluyéndose el de la unión no matrimonial.

e) Violencia Sexual: Es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntariamente su vida sexual, comprendida en ésta no sólo el acto sexual sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, con independencia de que la persona agresora guarde o no relación conyugal, de pareja, social, laboral, afectiva o de parentesco con la mujer víctima. 162 Normativa Nacional para la Igualdad de Género

f) Violencia Simbólica: Son mensajes, valores, iconos o signos que transmiten y reproducen relaciones de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales que se establecen entre las personas y naturalizan la subordinación de la mujer en la sociedad.

g) Violencia Psicológica y Emocional: Es toda conducta directa o indirecta que ocasione daño emocional, disminuya el autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer; ya sea que esta conducta sea verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, mediante amenazas, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, y cualquier alteración en su salud que se desencadene en la distorsión del concepto de sí misma, del valor como persona, de la visión del mundo o de las propias capacidades afectivas, ejercidas en cualquier tipo de relación.

Además, Incluye amenazas de daño, violencia física o sexual y abandono; intimidación; humillación; insultos y críticas constantes; acusaciones; atribución de culpa; hacer caso omiso de la persona, no prestar suficiente atención a las necesidades de la víctima o ridiculizar dichas necesidades; controlar lo que la víctima puede o no puede hacer; negar las necesidades básicas (tales como comida, albergue y atención médica) y privación de la libertad.

Inicia con pequeños disgustos de pareja, en donde cada uno de los eventos traen consigo una carga emocional que puede repercutir no solo en el estado de ánimo de los participantes, sino en la relación misma, la cual se va deteriorando al generar un nivel de tensión cada vez mayor en el día a día.

La edad no es una barrera para evitar la violencia: las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas sufren lesiones tanto físicas como psicológicas y, en casos extremos, la muerte. Pero son las mujeres en edad reproductiva quienes afrontan las mayores consecuencias ya que la violencia puede estar asociada con la incapacidad de evitar embarazos no deseados, con el embarazo en sí, con la

pérdida del embarazo (aborto espontáneo y parto de un feto muerto), con el aborto y con el trato abusivo de las mujeres que acuden en busca de servicios de aborto.

2.2.3.3 RAZONES DEL AGRESOR.

Existen diversas razones por las cuales la pareja de una mujer puede recurrir a la violencia, particularmente durante el embarazo:

- Él no quiere que ella acuda a la consulta médica. El control del embarazo por profesionales médicos exacerba sus celos y posesividad, pues no tolera que “toquen” o “vean” el cuerpo de la mujer al cual considera suyo.
- Él sospecha que otro hombre es responsable del embarazo.
- Él considera el embarazo una carga económica, ya sea porque su pareja embarazada trabaja menos en el hogar, o fuera de éste, o porque el nacimiento inminente de un hijo acarreará nuevas demandas económicas en un hogar de pocos recursos.
- Él se pone celoso al percibir que la mujer embarazada presta menos atención a sus necesidades y sus deseos. Surge el temor al abandono o desapego y esto resulta ser el prólogo de la ira o episodio de violencia.
- Él tiene dificultad de desarrollar un rol paterno maduro y protector, dado que es habitual que el hombre violento haya sido maltratado o testigo de violencia en su infancia.
- Él ve que la mujer es más vulnerable o indefensa debido a su condición de embarazo y menos capaz de tomar represalias o defenderse.

Entre las mujeres embarazadas, las más jóvenes son las que presentan más riesgo de sufrir violencia doméstica. En general, el riesgo aumenta si viven solas, si vive en un ambiente hacinado y si tienen bajo nivel socio-económico. La violencia doméstica se asocia también con el consumo de alcohol, tabaco o drogas por ambos miembros de la pareja.

Definir violencia ha sido un problema ya que, generalmente, se considera únicamente la parte física, es decir los golpes en los cuales queda una marca o

huella de haber sido maltratada-, sin embargo esa solo es la expresión de los impulsos por medio de los cuales el agresor pudo descargar su ira y, en ocasiones, esta puede ser la última expresión de su agresión, ya que previamente hubo insultos u omisiones que detonaron las agresiones físicas.

En la actualidad es muy común hablar de violencia, los casos y las estadísticas nos muestran números que pueden ser alarmantes pero que parecen ajenos y extraños a nuestra vida cotidiana, es decir, vemos el fenómeno como si fuera algo externo a nosotros y que no nos compete, siendo que estamos inmersos en esta dinámica desde el momento en que nos enteramos que pasa a otros y no actuamos para cambiar la situación. (8)

2.2.3.4 PERFIL DEL AGRESOR.

El hombre que agrede a su mujer, tiene, por lo general, una serie de características que le diferencian de aquellos que no lo hacen, en cada uno puede darse muchas, o simplemente algunas, de las actitudes que aquí exponemos.

- Suelen tener menos habilidades asertivas. Sus habilidades de comunicación son limitadas lo que les conduce a una falta de estrategia para resolver problemas y conflictos. Carecen, igualmente, de habilidades para afrontar los problemas que les puedan sobrevenir.
- Pueden padecer aislamiento social, encontrando dificultades a la hora de confiar en las demás personas.
- Tienen una baja autoestima, lo que les causa una gran frustración. Esta frustración es la que suele provocar su agresividad.
- Suelen ser impulsivos y hostiles, y emocionalmente inestables.
- Pueden padecer una gran falta de seguridad en ellos mismos o, por el contrario, una excesiva seguridad y confianza, que les hace creerse superiores a los/as demás.
- Suelen sufrir dependencia y otras alteraciones emocionales.
- Muchos de ellos sienten una gran necesidad de dominar.

- Suelen ser machistas, celosos, posesivos y excesivamente inmaduros. Tienen excesivamente asumido el rol de la masculinidad.
- Es intolerante con la autonomía de la mujer, lo que suele esconder bajo la apariencia de ser un gran protector de ella.
- Usa la violencia como forma de control y reafirmación. Creen firmemente que ejercer control sobre sus parejas les hace ser más “hombres”, mas “machos”. Si su pareja realiza algún gesto, comentario o actitud que ellos consideren que les puede causar una pérdida de autoridad o dignidad, será castigada con violencia.
- No sólo son maltratadores físicos, el agresor comprende también actitudes como el abuso verbal, las amenazas, las coacciones, la manipulación psicológica, los abusos sexuales, e incluso el control de los recursos económicos de la familia. Con ello pretende conseguir que la autoestima de su cónyuge disminuya, controlará su autonomía y conseguirá su aislamiento social.
- Son celosos y muestran, en muchos casos, graves actitudes posesivas; muchos de ellos vigilan a sus esposas, las siguen, las interrogan, tanto a ellas como a sus hijos/as o amigos/as para conocer todo lo que realizan o suelen llamarla muy a menudo por teléfono, so pretexto de saber cómo están para tenerlas siempre controladas.
- En ocasiones, aunque no siempre, el agresor fue víctima de violencia.

2.2.3.5 PERFIL DE LA VICTIMA.

- Tiene una baja autoestima.
- Se siente culpable por haber sido agredida. -
- Se siente fracasada como mujer, esposa y madre.
- Siente temor y pánico.
- Tiene una falta de control sobre su vida.
- Padece sentimientos encontrados: odia ser agredida pero cree que le han pegado por su culpa, que se lo merecía.
- Se siente incapaz de resolver su situación.

- Cree que nadie le puede ayudar a resolver su problema.
- Se siente responsable por la conducta del agresor.
- Se aísla socialmente.
- Está en riesgo de caer en diversas adicciones.
- Acepta el mito de la superioridad masculina.
- Teme al estigma del divorcio

2.2.3.6 TEST DE MEDICIÓN AUTOESTIMA.

La autoestima es el resultado de la opinión que una persona tiene de sí misma: de su apariencia física, de sus aptitudes, de sus éxitos profesionales y personales, de la riqueza de su vida afectiva. El éxito de uno de varios de estos ámbitos no garantiza la autoestima, sino que ésta es el resultado de un equilibrio entre estos diferentes aspectos. Es un valor frágil y mutable, que aumenta cuando vivimos respetando nuestros propios valores y que disminuye cada vez que nuestro comportamiento no está en coherencia con ellos.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE POLETTI

Opción	si	no
Me acepto cómo persona.		
Tengo confianza en mí mismo.		
La mayoría de las personas me quiere.		
Me expreso fácilmente en un grupo.		
Merezco ser feliz.		
Creo que mi opinión es tan importante como la de los demás.		
Cuando una relación se hace insoportable, ¿puede dejarla?		

Este test se extrajo del libro “Cuaderno de ejercicios para aumentar la autoestima”, de Rosette Poletti y Bárbara Dobbs, editorial Terapias Verdes.

Interpretación: la escala consta de 7 ítems al responder las 7 opciones “sí” la persona tiene autoestima adecuada al contestar 2 o más opciones “no” la persona tiene una autoestima baja.

2.2.3.7 CICLO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.

Fase de Acumulación de Tensión

Comienzan los pequeños desacuerdos, pues el agresor se siente cuestionado por su víctima de manera creciente. Puede ser que la víctima, en su intento por mantener las cosas como el agresor quiere, cometa algún error pues el aumento de la tensión afecta su capacidad para concentrarse. En esta fase, de hecho, se comienza a ejercer un maltrato psicológico basado en la idea de control y que es una señal de alarma de lo que está por venir.

Muchos agresores se excusan precisamente diciendo que estuvieron avisando a su víctima pero que ésta no les hizo caso y les siguió provocando. La mujer intenta calmar, complacer o, al menos, no hacer aquello que le pueda molestar a la pareja, en la creencia irreal de que ella puede controlar la agresión.

Las tensiones se construyen y se manifiestan de forma específica como determinadas conductas de agresión verbal o física de carácter leve y aislado, a partir de pequeños incidentes: sutiles menosprecios, insinuaciones, ira contenida, sarcasmo, largos silencios, demandas irracionales, etcétera. La víctima va adoptando una serie de medidas para gestionar dicho ambiente, y progresivamente va adquiriendo mecanismos de autodefensa psicológicos de anticipación o evitación de la agresión.

Fase de Explosión

El agresor pasa a la acción. Se caracteriza por una fuerte descarga de las tensiones provocadas en la anterior fase por el agresor. Se producen las agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales más importantes. En comparación

con las otras fases, esta es la más corta pero también la que es vivida con mayor intensidad. Las consecuencias más importantes para la víctima se producen en este momento, tanto en el plano físico como en el psíquico, donde continúan instaurándose una serie de alteraciones psicológicas por la situación vivida.

Fase de Luna de Miel

Al principio, acostumbra a ser la fase responsable de que la víctima se mantenga en el ciclo pues en ella el agresor inicia una serie de conductas compensatorias para demostrar a la víctima que lo siente y que no volverá a pasar más. Esto hace que la víctima vea también la parte positiva del agresor y queda atrapada en reflexiones acerca de cómo conseguir que esta parte aparezca más frecuentemente.

Esta fase se caracteriza por una extrema amabilidad y conductas “cariñosas” por parte del agresor (atenciones, regalos, promesas...). El agresor trata de influir sobre familiares y amistades para que convencen a la víctima de que le perdona. Suele ser frecuente tratar de hacer ver a la víctima que el agresor necesita ayuda profesional y el apoyo de ella, y que no puede abandonarlo en dicha situación; motivo por el que algunas víctimas vuelven con el agresor (en caso de que éstas hubieran cesado la convivencia con él) y/o retiran la denuncia que habían presentado anteriormente.

Pero, pasado el tiempo, esta fase suele ir desapareciendo y el ciclo queda reducido solamente a tres fases: calma, acumulación de tensión y explosión. Esta desaparición de la fase de luna de miel concuerda con una verbalización que muchas víctimas hacen cuando comentan que “yo, mientras no me chille y no me maltrate, ya me basta” obviando así que una relación se sostiene en cosas que van más allá de la ausencia de malos tratos.

2.2.4 COMPLICACIONES MATERNAS.

El embarazo puede ser un momento especialmente peligroso para las mujeres que están en relaciones donde son víctimas de violencia doméstica. Varios estudios establecen que el estrés en niveles elevados puede provocar riesgos especiales durante el embarazo. Los estudios muestran que la violencia doméstica puede empezar o empeorarse durante el embarazo y traer complicaciones graves:

2.2.4.1 COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO

- Aumento de peso insuficiente lo que trae como resultado bajo peso al nacer del bebé, desnutrición y anemia.
- Infecciones vaginales, cervicales o renales
- Sangrado vaginal (amenaza de aborto)
- Trauma abdominal que puede causar hemorragia
- Exacerbación de enfermedades crónicas. La violencia también impide la terapia adecuada para patologías crónicas como la hipertensión o el asma.
- Complicaciones durante el parto.
- Retraso en el cuidado prenatal, las mujeres embarazadas no acuden a la consulta médica por pena o miedo.
- Aborto espontáneo (la violencia contra la mujer puede contribuir tanto directa (por medio de abuso físico y sexual) como indirectamente (por medio de posibles infecciones de transmisión sexual y porque el estrés crónico durante el embarazo o las alteraciones emocionales importantes podrían afectar la regulación del sistema de defensa, hacer que el sistema inmune se active y poner en peligro el embarazo), a la pérdida de un embarazo.
- Ruptura de membranas provocada por los golpes, infecciones o estrés.
- Placenta previa
- Infección uterina
- Magulladuras del feto, fracturas y hematoma.
- Muerte

No toda la violencia sufrida por las mujeres embarazadas lleva a la pérdida del embarazo. Sin embargo, las investigaciones muestran que el tipo de violencia física habitual sufrida por las mujeres puede cambiar durante el embarazo: en vez de recibir golpes en la cabeza, ellas sufren golpizas dirigidas al abdomen, los genitales o el pecho. Esto explica el hecho de que en algunos estudios se vean tasas más altas de aborto espontáneo entre las mujeres que han sido maltratadas (tanto física como psicológicamente), que entre las que no han sido maltratadas.

Puede que las mujeres que viven en situaciones de violencia extrema también sean más propensas al aborto espontáneo.

2.2.4.2 COMPLICACIONES EN EL PARTO

- Hemorragias
- Aumento de la presión arterial
- Atonía uterina
- Rotura uterina
- Descompensación cardiaca
- RPM
- Fiebre
- Estrés materno
- shop anabólico
- convulsión
- muerte.

2.2.4.3 COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO

Después del parto pueden aparecer algunos síntomas o signos anormales que pueden complicar la salud de la mujer y llegar hasta la muerte.

- Fiebre: cuando una puérpera tiene fiebre de 38 grados o más, es porque tiene un proceso infeccioso, que puede estar localizado en la episiotomía o en la cicatriz de la cesárea. La fiebre también puede producirla una

infección en la mama (mastitis), en el útero (endometritis), en los miembros inferiores (tromboflebitis). Generalmente a las 48 horas. después del parto la mujer tiene un pico de fiebre, que no suele ser mayor de 38 grados y dura sólo 24 horas., y se origina porque el calostro de las primeras horas es reemplazado por la leche; en este caso no hay ninguna infección.

- Hemorragias: la pérdida excesiva de sangre que se origina después de las 24 horas. del parto hasta la primera semana después del mismo corresponden al puerperio mediano o precoz, y cuando se producen más tarde se incluyen en el puerperio tardío. Pueden estar causadas por inercia uterina (el útero no se contrae), retención de restos placentarios, endometritis, desgarros del cuello del útero, miomas submucosos (tumores benignos, es decir no cancerosos, que se originan en la capa muscular del útero).
- Dolores en la parte baja del abdomen: generalmente producidos por una endometritis (inflamación de la capa interna del útero).
- Endurecimiento de una o de las dos mamas: puede presentarse con fiebre, y es causado por una mastitis (proceso infeccioso de las mamas) o por una galactoforitis (inflamación de los conductos galactóforos). Cuando no hay fiebre puede ser que se trate de una retención de leche en uno o varios acinos mamarios.
- Dolor en las pantorrillas: generalmente va acompañado de enrojecimiento de la zona dolorosa, y hay que pensar en una tromboflebitis.
- Trastornos en el sueño y cambios de humor: la mujer puede estar pasando por una depresión transitoria (tristeza puerperal o Baby Blue).
- Ardor al orinar: hay que consultar con el obstetra, especialmente aquellas pacientes a las que se les ha colocado una sonda vesical porque se le practicó una cesárea o durante el período expulsivo de un parto espontáneo.
- Loquios fétidos y abundantes: son signo de infección del útero (endometritis).

2.2.4.4 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS.

La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de:

- Sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas. Los efectos de la adicción a las drogas en el feto han sido bien documentados, pero los efectos de la depresión son más difíciles de determinar. Estos pueden incluir la pérdida del interés de la mujer en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto.
- Las mujeres que sufren malos tratos durante el embarazo tienen más probabilidades de sufrir depresión postparto (alrededor del 50%, según algunos autores). Algunos investigadores afirman que la depresión existe a menudo antes del parto, pero que se descubre después.
- La mujer siente un fuerte rechazo o apatía hacia el bebé, sobre todo cuando es un embarazo no deseado y fruto de la violencia pues ella siente que la pone en situación de debilidad lo que la hace más susceptible al sometimiento. Muchas de ellas sufren cuadros de ansiedad y depresión.
- Es importante tener en cuenta que, generalmente, el hombre que golpea a su compañera probablemente también golpeará a sus hijos/as.

2.2.5 COMPLICACIONES NEONATALES.

2.2.5.1 COMPLICACIONES EMBRIONARIAS Y FETALES DURANTE EL EMBARAZO.

MALFORMACIONES INCOMPATIBLES CON LA VIDA

Las anomalías congénitas en conjunto de alteraciones anatómicas y fisiológicas iniciadas intraútero dan cuenta del 50 a 60% de la mortalidad fetal.

- **Anencefalia:** Malformación congénita caracterizada por ausencia total o parcial del cráneo, la piel que lo recubre y la masa encefálica, producida por

un defecto en el cierre anterior del tubo neural, se asocia con espina bífida y onfalocele.

- **Encefalocele.** Malformación congénita en que existe protrusión del cerebro y/o meninges a través de un defecto de la calota.
- **Atresia duodenal:** La atresia duodenal consiste en la completa obliteración del lumen del duodeno, es la atresia congénita más común del intestino delgado.
- **Hidranencefalia:** cuando los hemisferios cerebrales están ausentes y son sustituidos por sacos llenos de líquido cerebroespinal.
- **Holoprosencefalia alobar:** El cerebro no logra separarse del prosencéfalo, lo que se traduce en anomalías faciales severas (fusión de los ojos, anomalías del tabique nasal).
- **Atresia laríngea/atresia traqueal:** Obstrucción total o casi total de la laringe/ Ausencia parcial o total de tráquea.
- **Agenesia diafragmática:** Ausencia de parte o toda la cúpula diafragmática.
- **Agenesia renal bilateral:** Ausencia de riñones.
- **Patología renal bilateral con secuencia Potter y de comienzo precoz:** Insuficiencia renal prenatal.
- **Ectopia cordis:** Separación, completa o incompleta, del esternón asociada a una ubicación anormal del corazón, por fuera de la caja torácica.
- **Pentalogía de Cantrell:** Malformación que afecta al diafragma, pared abdominal, pericardio, corazón y parte del esternón.

- **Síndrome de bandas amnióticas:** Malformaciones fetales causadas por adherencias fibrosas que atrapan y estrangulan extremidades y otras partes fetales llegando a amputarlas.
- **Limb-body wall complex:** Malformación de cuerpo, extremidades y defectos cráneo-faciales.
- **Displasia esquelética letal con hipoplasia torácica y afectación precoz:** Los huesos y cartílagos del feto no se desarrollan normalmente y tampoco la caja torácica.
- **Crosomopatías:** trisomía 18 (retraso del crecimiento, dolicocefalia anomalías en las extremidades y malformaciones viscerales); trisomía 13 (malformaciones del cerebro, dismorfismo facial, anomalías oculares, cardiopatía y retraso psicomotor grave); trisomía 9 (malformaciones que afectan a varios órganos, alteraciones oculares, ojos separados, retraso mental importante...).
- **Malformaciones cardiacas específicas:** formas graves de anomalía de Ebstein, hipoplasia de cavidades izquierdas, isomerismo derecho, cualquier cardiopatía estructural que se acompañe de fracaso cardíaco, miocardiopatías, etc.
- **Encefalocele asociado a otras anomalías** y/o que cause desestructuración anatómica del sistema nervioso central.
- **Hidrocefalia** (exceso de líquido que baña el cerebro en el interior de los ventrículos cerebrales comprimiendo el cerebro) grave y progresiva.
- **Ausencia o hipoplasia grave de vermis cerebeloso:** trastorno neurológico que afecta al desarrollo del cerebelo.

- **Alteraciones estructurales graves del sistema nervioso**, como leucomalacia (afectación de la sustancia blanca próxima a los ventrículos, lo que se traduce en parálisis cerebral, dificultades cognitivas, en el aprendizaje o parálisis cerebral) o esquizecefalia (surcos o hendiduras en los hemisferios cerebrales).
- **Agenesia completa y aislada del cuerpo calloso**: Ausencia total o parcial de la principal comisura interhemisférica: el cuerpo calloso.
- **Tumoraciones con compromiso severo de estructuras vitales.**
- **Hernia diafragmática grave.**
- **Esclerosis tuberosa**: crecimiento de tumores en el cerebro y otros órganos.
- **Hidrops grave sin causa aparente**: se caracteriza por provocar un edema grave por una cantidad excesiva de líquido que sale del torrente sanguíneo e ingresa en diversos tejidos corporales.

MALFORMACIONES COMPATIBLES CON LA VIDA

- **Hernia diafragmática**: La hernia diafragmática es una malformación congénita caracterizada por la protrusión hacia el tórax de contenido abdominal.
- **Malformación adenomatoídea quística del pulmón (CAM)**: Malformación pulmonar producto de una anomalía del desarrollo de los bronquiolos terminales, dando origen a tumores benignos hamartomatosos o displásicos del pulmón.
- **Displasias esqueléticas**: Las displasias esqueléticas se encuentran aproximadamente en 1 cada 4.000 nacimientos; alrededor del 25% de los fetos afectados mueren en el período prenatal y aproximadamente el 30% lo hacen en el período neonatal.

- El **labio leporino y la fisura palatina**: ocurren cuando los tejidos de la boca o del labio no se forman correctamente durante el desarrollo fetal.
- La **parálisis cerebral** no suele detectarse hasta unas semanas o meses después del nacimiento.
- **Pie deforme** es un término que se utiliza para describir a un grupo de malformaciones estructurales de los pies y los tobillos.
- **Displasia del desarrollo de la cadera** se caracteriza porque el extremo superior redondeado del fémur no se aloja correctamente dentro de la cavidad de la pelvis.
- **Hipotiroidismo congénito**, que se presenta en 1 de cada 3000 o 4000 nacimientos, ocurre cuando la glándula tiroides del bebé (ubicada en la parte delantera del cuello) no está presente o no se ha desarrollado totalmente.
- **Síndrome de alcoholismo fetal** provoca un retraso en el crecimiento, discapacidad intelectual, anomalías en las facciones y problemas en el sistema nervioso central.
- **Distrofia muscular** es un término genérico que se utiliza para describir a más de 40 tipos de enfermedades musculares que involucran el debilitamiento progresivo y la degeneración de los músculos.
- **Fenilcetonuria** afecta la manera en la que el organismo procesa las proteínas y puede provocar discapacidad intelectual.
- **Anemia falsiforme** es un trastorno de los glóbulos rojos en el cual la forma anormal.
- **Citomegalovirus (CMV)**, probablemente la infección más común en el momento del nacimiento. Si una mujer tiene el virus durante el embarazo, su hijo puede tener bajo peso al nacer, discapacidad intelectual.
- **Sífilis congénita**, que puede hacerse visible cuando el niño es bebé (temprana) o después de los dos años (tardía). En la sífilis congénita temprana, el niño tal vez nazca prematuro o tenga hepatoesplénomegalia, el cartílago nasal inflamado, cambios óseos y problemas en el sistema

nervioso central. Los niños con sífilis congénita tardía pueden tener anomalías en los huesos del rostro y los dientes, problemas de la vista y sordera.

Otras alteraciones iniciadas en el embarazo

- **RCIU:** cuando el feto no tiene el crecimiento ni el peso esperado.
- **Oligohidramnios:** disminución en cantidad del líquido amniótico.
- **Polihidramnios:** aumento en cantidad del líquido amniótico.
- **Macrosomía:** talla y peso fetal arriba de las desviaciones estándar esperadas.

2.2.5.2 COMPLICACIONES NEONATALES DURANTE EL PARTO

- **Falla de descenso:** Es una de las complicaciones más habituales al dar a luz junto con el sufrimiento fetal. El trabajo de parto puede desviarse provocando patrones anormales en las contracciones, en la dilatación del cuello del útero o en el descenso del feto a través del canal de parto.
- **Sufrimiento fetal:** Cambios preocupantes en la frecuencia cardíaca del bebé que corroboran que no está recibiendo el oxígeno necesario.
- **Prolapso de cordón:** Se produce cuando una vez que se ha roto el amnios y el corion, el cordón umbilical sobresale por el cuello uterino antes que la cabeza del bebé. Es raro que ocurra, se da un caso entre 1.000, pero supone un grave riesgo.
- **Distocias:** son complicaciones poco frecuente donde la posición fetal es un peligro latente para la vida de feto.
- **Circular de cordón:** es cuando el cordón umbilical, cubre el cuello fetal pudiendo producir sufrimiento fetal.

- **Aspiración de meconio.** Es el paso del meconio a través de las vías respiratorias, ocasionando distrés, sepsis y hasta muerte.

2.2.5.3 COMPLICACIONES NEONATALES DURANTE EL PUERPERIO

- **Distrés respiratorio:** taquipnea que lleva a descompensación por falta de oxígeno.
- **Ictericia patológica:** acumulación de niveles elevados de bilirrubina en sangre que puede complicarse con kernicterus.
- **Sepsis neonatal:** infección generalizada del neonato que lo puede llevar a la muerte.
- **Neumonía nosocomial:** infección en las vías bajas del sistema respiratorio causado por agentes resistentes a antibiótico.
- **Falta de apego madre-hijo y dificultades en la lactancia:** riesgo elevado de muerte del bebé en el primer año de vida, maltrato infantil y posibilidades limitadas para su desarrollo físico, emocional, afectivo y social.
- **Las consecuencias psicológicas:** a largo plazo de la violencia doméstica durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento.

Cuando el bebé crece en un ambiente destructivo o tóxico, como puede ser en un hogar en el cual la violencia es la forma de relacionarse, es un niño que va a presentar una alta irritabilidad, siendo un niño que llora todo el tiempo, demandante de la mujer, intolerante y con falta de apetito, ello genera estrés en ambos padres, que se ven imposibilitados de calmar al niño, creándose un círculo

vicioso que genera más violencia, a través de los reclamos, las culpas y la intolerancia por parte de ambos padre_(9)

Durante el embarazo es fundamental la tranquilidad, las situaciones que causan estrés como la violencia ejercida durante la gestación, pueden generar un serio problema en el futuro bebé. Así lo indica un estudio elaborado por investigadores ingleses, los datos reflejan una posible relación entre el estrés que sufra la mujer y un deficiente desarrollo cerebral del niño. Para el estudio se tomaron los datos de los niveles de cortisol que presentaban 267 futuras mamás cuando se encontraban en la semana 17 de la gestación, los resultados mostraban que un mayor nivel de cortisol en la mujer como resultado del estrés, originaba mayor cantidad de esta hormona en el líquido amniótico. Las situaciones estresantes provocan en el organismo un incremento de esta sustancia, cuando este incremento es constante, sus resultados son sufrir trastornos como la depresión, la fatiga, el deprimente estado de ánimo, etc. Todo debe presentar su justa medida, en una situación puntual de estrés la hormona en cuestión nos ayuda a afrontar la situación, pero un exceso de ella produce un resultado totalmente negativo.

Como hemos dicho al principio, se trata de una posibilidad, ya que son necesarios más estudios para conocer el modo en que afecta la hormona al feto, pero los especialistas indican que con toda seguridad la relación entre la hormona y el deficiente desarrollo cerebral es real. Un estudio donde las mujeres primigestas presentaban un alto grado de estrés mostró que los niños que nacieron tenían hasta 10 puntos menos de la media de coeficiente intelectual, además de problemas asociados a la ansiedad o el déficit de atención. Por lo cual se tiene que evitar las situaciones estresantes específicamente la violencia doméstica.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: Condiciones sociales de las mujeres puérperas del Hospital Nacional de la Mujer, tales como nivel educativo, zona de residencia, ingreso económico, ocupación, etc.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS: Aspecto o variable que configura el estado de una mujer, especialmente en el período que abarca la gestación, el parto y el puerperio.

VIOLENCIA DOMÉSTICA: comportamiento agresivo en el cual la pareja de la mujer utiliza fuerza física, daño psicológico, sexual en la mujer infringiéndola, coaccionándola y causándole un daño auto reconocible o no reconocible.

VIOLENCIA DOMÉSTICA EN EL EMBARAZO: Todo acto o acción que dañe en sus diferentes formas el bienestar de la mujer, el feto y recién nacido, ejercido específicamente por el cónyuge de la gestante u otro miembro de su familia.

COMPLICACIÓN MATERNA: condición de riesgo consecuencia de la violencia doméstica, para la mujer ocasionando daño físico como psicológico, desde la gestación, parto y puerperio.

COMPLICACIÓN NEONATAL: condición de riesgo consecuencia de la violencia doméstica que ocasiona daño al bienestar integral del recién nacido o nacida, pudiendo ser originada desde el desarrollo fetal y neonatal.

2.4 MARCO LEGAL.

La investigación sobre violencia doméstica en el embarazo y la relación con complicaciones materno neonatales es un estudio dinámico, de relevancia e innovador el cual también posee fundamento legal que avala su ejecución.

En el Art. 21, de la ley integral para una vida libre de violencia para las mujeres, expresa que el Ministerio de Educación, en el ámbito de Educación Superior, garantizará en los estudios universitarios de grado y en los programas de postgrado relacionados con los ámbitos de esta ley, conocimientos orientados a la investigación para la erradicación de la violencia contra las mujeres, por lo cual obedeciendo a la presente ley la carrera Salud Materno Infantil, realizo esta investigación relacionada a la violencia doméstica durante el embarazo y su relación con complicaciones materno neonatales, la cual está sustentada en un marco legal amplio y en marcada en este artículo.

En la ley Especial Integra para una Vida Libre de Violencia art 5, refiere que todas las mujeres del país tiene goce de una vida libre de violencia doméstica independientemente de sus características socioculturales, raza, edad, estado civil, situación sociodemográficas, por lo cual se indago en el presente estudio las características socioculturales de las mujeres violentadas en contraste con las no violentadas en el embarazo.

En el plan estratégico nacional para la reducción de mortalidad materna perinatal, capítulo 10 refiere al riesgo comprobado de vulnerabilidad de la mujer a partir de eventos obstétricos, por lo cual esta investigación indago las características obstétricas de las mujeres en estudio y se detalló la divergencia entre las mujeres violentadas en su embarazo que aquellas que no fueron violentadas. En la tabla 2 del perfil epidemiológico de la política nacional de la mujer enuncia que la primeras causas de morbi/mortalidad son las asociadas a un evento obstétrico, por lo cual en este estudio se incorporó la variable complicaciones maternas.

En la constitución de la republica art 34 refiere a la protección física y de la salud del niño aun antes del nacimiento lo cual es reafirmado en el art 2 de la LEPINA inciso H por lo que se fundamentó la necesidad de incorporar también la variable complicaciones neonatales.

El fundamento legal anterior reafirma la importancia de la investigación de la violencia doméstica durante el embarazo y su relación con las complicaciones materno neonatales y de esta manera poder contribuir con nuevos resultados fidedignos al conocimiento actual de la situación de violencia en esta población tan vulnerable, y a partir de ello se profundice en la problemática, y se realicen políticas públicas o leyes que garanticen el completo bienestar de la mujer en el embarazo.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

La violencia doméstica durante el embarazo, tiene alta relación con las complicaciones materna-neonatales.

H0= La violencia doméstica durante el embarazo, tiene baja relación con las complicaciones materna-neonatales.

3.1.2 HIPÓTESIS DE TRABAJO

H1= Las características sociodemográficas, son de mayor riesgo en la población, de mujeres violentadas; que en las mujeres no violentadas.

H2= Las características obstétricas, son de mayor riesgo en la población, de mujeres violentadas; que en las mujeres no violentadas.

H3= La violencia doméstica en la población de mujeres violentadas, presenta múltiples condiciones de riesgo.

H4= La existencia de complicaciones maternas, es mayor en la población de mujeres violentadas, que en la población de mujeres no violentadas.

H5= La existencia de complicaciones neonatales, es mayor en la población de mujeres que sufrieron violencia doméstica durante el embarazo, que en la población de mujeres no violentadas.

3.1.3 HIPÓTESIS NULAS

H0¹= Las características sociodemográficas, son similares en la población, de mujeres violentadas; que en las mujeres no violentadas.

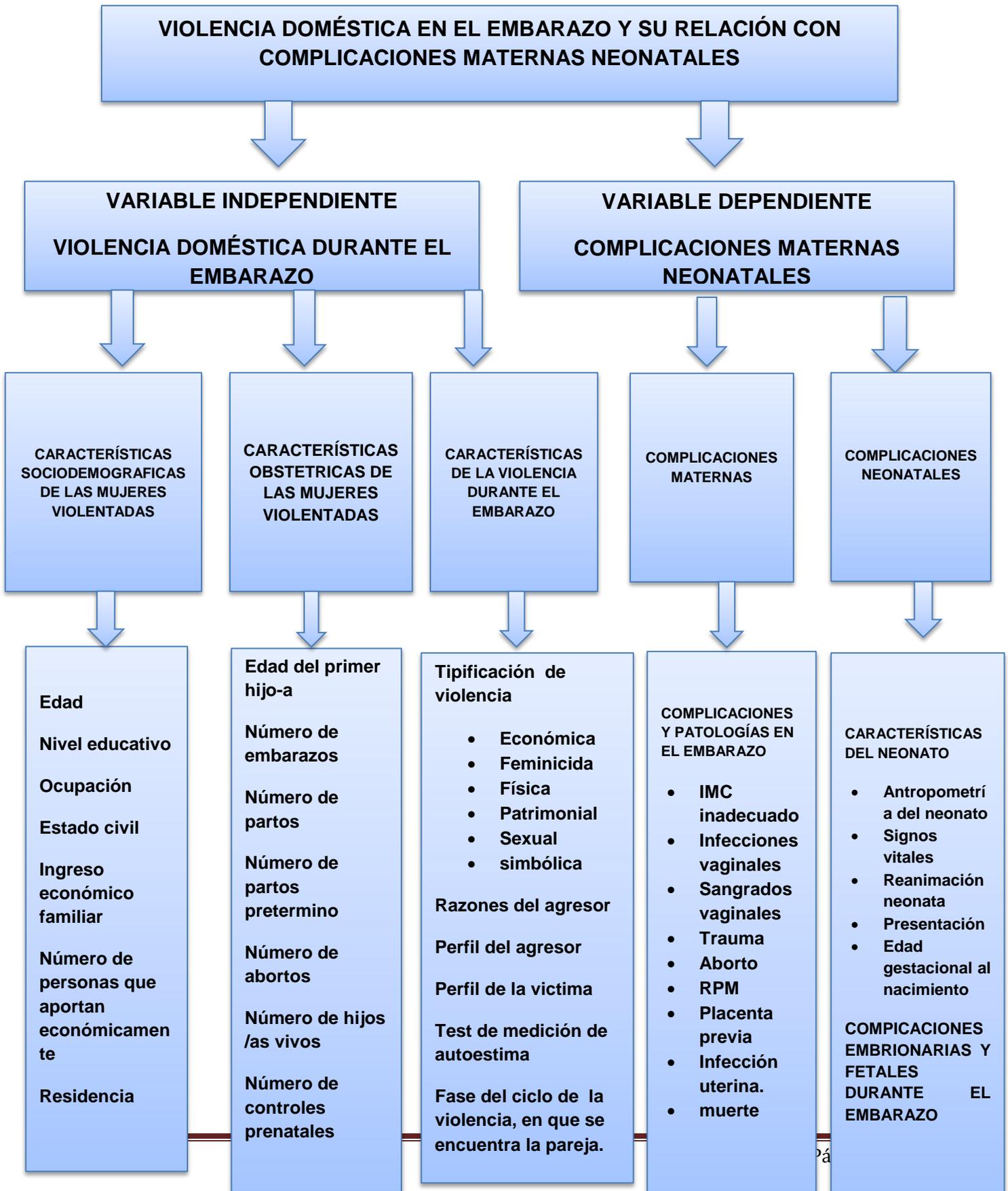
H0²= Las características obstétricas, son equivalentes en la población, de mujeres violentadas; que en las mujeres no violentadas.

H0³= La violencia doméstica en la población de mujeres violentadas, presenta mínimas condiciones de riesgo.

H0⁴= La existencia de complicaciones maternas, es igualitario en la población de mujeres violentadas, que en la población de mujeres no violentadas.

H0⁵= La existencia de complicaciones neonatales, es igualitario en la población de mujeres que sufrieron violencia doméstica durante el embarazo, que en la población de mujeres no violentadas.

3.2 ESQUEMA DE VARIABLES



<p>Tipo de control prenatal</p> <p>Ganancia de peso en el embarazo</p> <p>Estado de la presión arterial durante el embarazo.</p> <p>Aumento de la AU durante el embarazo.</p> <p>Estado de la FCF durante el embarazo.</p> <p>Vía del parto.</p> <p>Duración del trabajo de parto.</p> <p>Indicación de la cesarea.</p> <p>Episiotomía.</p> <p>Tipo de placenta</p> <p>Características de la placenta</p> <p>Antecedentes de complicaciones en embarazo</p> <p>Antecedentes de complicaciones en el parto</p> <p>Antecedentes de complicaciones en el puerperio</p>	<p>COMPLICACIONES Y PATOLOGÍAS EN EL PARTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias • Aumento de la presión arterial • Atonía uterina • Rotura uterina • Descompensación cardiaca • RPM • Fiebre • Estrés materno • shop anabólico • convulsión • muerte. <p>COMPLICACIONES Y PATOLOGIAS EN EL PUERPERIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Hemorragias • Endometritis • Desgarros • Mastitis • tromboflebitis • Trastornos del sueño • Disuria (IVU) • Loquios fétidos • Otras infecciones. 	<p>Malformaciones incompatibles con la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anencefalia • Encéfalo • Atresia duodenal • hidranencefalia • Holoprocencefalia • Atresia laríngea • Atresia diafragmática • Atresia renal • Secuencia de potter • Ectopia cardis • Pentalogia de cantrell • Síndrome de bandas amnióticas • Limb – body Wall complex • Displasia esqueléticas graves • Cromosopatias • Malformaciones cardiacas graves • Hiposplasia del vermix • Hidrocefalia
---	--	---

- **Alteraciones graves del SNC**
- **Atresia del cuerpo calloso**

- **Hernia grave**
- **Esclerosis tuberosa**
- **Hidrops grave**

Malformaciones compatibles con la vida

- **Hernia diafragmática leve**
- **Adenopatía quística pulmonar**
- **Displasia esquelética leve**
- **Labio leporino**
- **Paladar hendido**
- **Parálisis cerebral**
- **Pie deforme**
- **Displasia de cadera**
- **Hipotiroidismo congénito**
- **Síndrome de alcoholismo fetal**
- **Distrofia muscular leve**
- **Fenilcetonuria**
- **Anemia falciforme**
- **Citomegalovirus**
- **Sífilis congénita**

**Otras alteraciones
iniciadas en el embarazo**

- RCIU
- Oligohidramnios
- Polidramnios
- Macrosomia

**COMPLICACIONES
NEONATALES
DURANTE EL PARTO**

- Falla de descenso
- Sufrimiento fetal
- Prolapso de cordón
- Distosias
- Apgar bajo
- Circular de cordón
- Aspiración de meconio
- Muerte.

**COMPLICACIONES
NEONATALES DURANTE
EL PUERPERIO**

- Distrés
- Ictericia
- Sepsis
- Neumonía nosocomial
- Fallo en apego madre – hijo
- Dificultad en la lactancia
- Irritabilidad
- Muerte neonatal.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE VIOLENCIA DOMÉSTICA DURANTE EL EMBARAZO	La violencia doméstica es muy común; es una tragedia personal y un problema enorme para la salud pública donde mujeres embarazadas experimentan algún tipo de violencia de parte de su pareja.	Todo acto o acción que dañe en sus diferentes formas de violencia el bienestar de la mujer, el feto y recién nacido, ejercido específicamente por el cónyuge de la gestante.	<p>CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DE LAS MUJERES VIOLENTADAS</p> <p>CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS DE LAS MUJERES VIOLENTADAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • edad • nivel educativo • ocupación • estado civil • ingreso económico familiar • número de personas que aportan económicamente • residencia • edad del primer hijo-a • número de embarazos • número de partos • número de partos pre termino • número de abortos • número de hijos/as • vivos • número de controles prenatales • tipo de control prenatal • Ganancia de peso en el embarazo • Estado de la presión arterial durante el embarazo. • Aumento de la AU durante el embarazo. • Estado de la FCF durante el embarazo. • Vía del parto. • Duración del trabajo de parto. • Indicación de la

			<p>CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO</p> <ul style="list-style-type: none"> • cesárea. • Episiotomía. • Tipo de placenta • Características de la placenta • antecedentes de complicaciones en embarazo • antecedentes de complicaciones en el parto • antecedentes de complicaciones en el puerperio • tipificación de violencia • económica • Femicidio • física • patrimonial • sexual • simbólica • razones del agresor • perfil del agresor • perfil de la víctima • test de medición de autoestima • Fase del ciclo de la violencia, en que se encuentra la pareja.
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>COMPLICACIONES MATERNAS NEONATALES</p>	<p>Los efectos de la violencia ejercida contra las mujeres son variadas; dependen del momento del embarazo, el tipo de</p>	<p>Daño resultado de la violencia doméstica recibida a la mujer durante el embarazo que afecta el bienestar de la mujer gestante y del recién nacido.</p>	<p>COMPLICACIONES MATERNAS</p> <p>COMPLICACIONES Y PATOLOGÍAS EN EL EMBARAZO</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMC inadecuado • Infecciones vaginales • Sangrados vaginales • Trauma • Aborto • RPM • Placenta previa • Infección uterina. • Muerte

	<p>maltrato, la frecuencia y el tiempo de exposición.</p> <p>Es posible hallar repercusiones tanto en su salud física y mental, como en su conducta social y reproductiva.</p> <p>las consecuencias inmediatas en el bebé pueden ser, entre otras, muerte, traumatismos, problemas respiratorios por falta de desarrollo de los pulmones, deformaciones ortopédicas, anemia, alteración de su sistema circulatorio, hemorragias, ruptura de órganos</p>			<p>COMPLICACIONES Y PATOLOGÍAS EN EL PARTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias • Aumento de la presión arterial • Atonía uterina • Rotura uterina • Descompensación cardiaca • RPM • Fiebre • Estrés materno • shop anabólico • convulsión • muerte. <p>COMPLICACIONES Y PATOLOGIAS EN EL PUERPERIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Hemorragias • Endometritis • Desgarros • Mastitis • tromboflebitis • Trastornos del sueño • Depresión postparto • Disuria (IVU) • Loquios fétidos • Otras infecciones. <p>CARACTERISTICAS DEL NEONATO</p> <p>CARACTERISTICAS DEL NEONATO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antropometría del neonato
--	---	--	--	---

			<p>COMPLICACIONES NEONATALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales • Reanimación neonata • Presentación • Edad gestacional al nacimiento. <p>COMPLICACIONES EMBRIONARIAS Y FETALES DURANTE EL EMBARA</p> <p>Malformaciones incompatibles con la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anencefalia • Encéfalo • Atresia duodenal • Hidranencefalia • Holoprocencefalia • Atresia laríngea • Atresia diafragmática • Atresia renal • Secuencia de potter • Ectopia cardis • Pentalogia de cantrell • Síndrome de bandas amnióticas • Limb – body Wall complex • Displasia esqueléticas graves • Cromosopatias • Malformaciones cardiacas graves • Hiposplasia del vermix • Hidrocefalia
--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones graves del SNC • Atresia del cuerpo calloso • Hernia grave • Esclerosis tuberosa • Hidrops grave <p>Malformaciones compatibles con la vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hernia diafragmatica leve • Adenopatía quística pulmonar • Displasia esquelética leve • Labio leporino • Paladar endido • Paralisis cerebral • Pie deforme • Displasia de cadera • Hipotiroidismo congénito • Síndrome de alcoholismo fetal • Distrofia muscular leve • Fenilcetonuria • Anemia falciforme • Citomegalovirus • Sífilis congénita <p>Otras alteraciones iniciadas en el</p>
--	--	--	--	--

				<p>embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • RCIU • Oligohidramnios • Polidramnios • Macrosomia <p>COMPLICACIONES NEONATALES DURANTE EL PARTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falla de descenso • Sufrimiento fetal • Prolapso de cordón • Distosias • Apgar bajo • Circular de cordón • Aspiración de meconio • Muerte. <p>COMPLICACIONES NEONATALES DURANTE EL PUERPERIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distrés • Ictericia • Sepsis • Neumonía nosocomial • Fallo en apego madre – hijo • Dificultad en la lactancia • Irritabilidad • Muerte neonatal.
--	--	--	--	--

CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

Por su naturaleza:

Cuantitativo-deductivo: Porque se estudió, la existencia de la relación de la violencia doméstica en el embarazo, con las complicaciones maternas-neonatales; en puérperas en el Hospital Nacional de la Mujer, para lo cual se organizó la información de forma numérica, partiendo de conclusiones generales existentes para llegar a resultados específicos en la población en estudio a través de la comprobación de las hipótesis planteadas.

Según el análisis y el alcance de los resultados:

Descriptivo: Porque se identificaron las características de la violencia doméstica que recibieron las mujeres embarazadas y se realizó una relación descriptiva entre variables. Además se realizó un perfil específico de las características, obteniendo una información más específica para cada uno de los grupos en estudio.

Transversal: El estudio se diseñó para estudiar los casos en un corte en el tiempo durante el período de agosto a septiembre del año 2016.

Exploratorio: ya que no hay estudios anteriores en el país referentes a la relación de la violencia doméstica en el embarazo, con las complicaciones maternas-neonatales.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO.

El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional de La Mujer, ubicado entre la 25 Avenida Sur y Calle Francisco Menéndez, Antigua Quinta María Luisa, Barrio Santa Anita, San Salvador.

4.3 UNIVERSO POBLACIÓN Y MUESTRA.

4.3.1 UNIVERSO: Estuvo constituido por 1040 puérperas, que ingresaron al servicio del puerperio en el lapso de 2 meses

4.3.2 POBLACIÓN: Fueron 370 mujeres, que dieron positivo al tamizaje de violencia, seleccionadas del universo cuantificado.

4.3.3 MUESTRA.

4.3.3.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra se calculó con base a la fórmula para poblaciones finitas a través de la siguiente ecuación:

$$n = N * Z_{\alpha}^2 * p * q / d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q$$

En Dónde:

- N = Total de la población (370)
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

Sustituyendo:

$$n = 370 * (1.96)^2 * (0.05) * (0.95) / (0.05)^2 * (370 - 1) + (1.96)^2 * (0.05) * (0.95)$$

$$n = 67.48 / 1.1 \approx \mathbf{n = 61}$$

Entonces el tamaño de la muestra para este estudio fue de 61 mujeres que sufrieron violencia, durante el embarazo, las cuales conforman el primer grupo del estudio y 61 mujeres que no han sufrido violencia durante el embarazo que integran el segundo grupo.

4.3.3.2 TIPO DE MUESTREO.

El tipo de muestreo que se utilizó en este estudio, para ambas poblaciones, fue por conveniencia ya que la muestra que entraron al estudio se seleccionaron tomando en cuenta, la accesibilidad a la misma en los meses de agosto y septiembre, esto se sustenta debido a que la población que ingresa al servicio de puerperio del Hospital Nacional de Maternidad es una población que tiene una estancia de más o menos 24 horas, en condiciones sanas y la población que tiene algún tipo de complicación su estancia es variada según sea el tipo de complicación diagnosticada.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

4.4.1 CRITERIO DE INCLUSIÓN.

GRUPO 1: Mujeres que refieran violencia doméstica durante el embarazo	GRUPO 2: Mujeres que refieran no violencia doméstica durante el embarazo
<ul style="list-style-type: none">• Mujeres ingresadas en el servicio de puerperio en el Hospital Nacional de la Mujer.• Mujeres que tengan positivo el tamizaje de violencia.• Mujeres puérperas sin distinción de clases sociales.• Mujeres puérperas que desean participar a dicha investigación.	<ul style="list-style-type: none">• Mujeres ingresadas en el área de puerperio en el Hospital Nacional de la Mujer.• Mujeres que dieron negativo al tamizaje de violencia pero están en el área de puerperio.• Mujeres puérperas sin distinción de clases sociales.• Mujeres que desean participar a dicha investigación.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

GRUPO 1: Mujeres que refieran violencia doméstica durante el embarazo	GRUPO 2: Mujeres que refieran no violencia doméstica durante el embarazo
<ul style="list-style-type: none">• Mujeres puérperas que no estén ingresadas en el Hospital Nacional de La Mujer.• Mujeres puérperas ingresadas en otro servicio.• Mujeres que no accedan a participar en dicha investigación.• Mujeres puérperas con tamizaje de violencia negativo.	<ul style="list-style-type: none">• Mujeres puérperas que no estén ingresadas en el Hospital Nacional de La Mujer.• Mujeres que no pertenezcan al área del puerperio.• Mujeres puérperas que no accedan a participar en dicha investigación.• Mujeres puérperas con tamizaje de violencia positivo.

4.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DEL ESTUDIO.

4.5.1 MÉTODO DEL ESTUDIO.

Hipotético-Deductivo: porque el estudio partió, de premisas generales planteadas en las hipótesis, que están fundamentadas en las teorías generales, sobre violencia doméstica en el embarazo y su relación con complicaciones maternas neonatales descritas en el marco teórico de esta investigación, lo cual permitió llegar a conclusiones específicas en el grupo de mujeres puérperas ingresadas en el servicio de puerperio, del Hospital Nacional de la Mujer.

4.5.2 TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN A UTILIZAR EN EL ESTUDIO.

Entrevista: ya que se estableció una comunicación directa con las mujeres para obtener información de las entrevistadas, las investigadoras planificaron

previamente las preguntas mediante un guion preestablecido. Las cuales fueron preguntas cerradas. Además se realizaron, preguntas abiertas, dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, lo cual permitió ir entrelazando temas; pero requirió de una gran atención por parte de las investigadoras, para poder encauzar y estirar los temas.

Análisis documental: Se utilizó para la recolección de información del expediente clínico de las puérperas y neonatos. En ella se recolectó la información del diagnóstico y posibles complicaciones en el embarazo, parto y puerperio de cada uno de los casos y sirvió para identificar las complicaciones neonatales.

4.5.3 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN.

Guía de entrevista estructurada: A través de un instrumento, previamente elaborado el cual contenía las dimensiones, características sociodemográficas, características obstétricas, características de la violencia, este instrumento constaba de 22 preguntas, 8 abiertas y 14 cerradas.

Ficha de registro de complicaciones materna-neonatales: Con dicho instrumento se estudiaron las dimensiones, complicaciones maternas y neonatales los indicadores se colocaron en 8 y 4 cuadros de vaciado de datos respectivamente, permitiendo visualizar el contraste entre la información vertida en la entrevista y revisión del expediente clínico.

4.6 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

La validación del instrumento se realizó a través de una prueba piloto en el mismo lugar de la investigación ya que la población es móvil, queriendo decir así que la población que se tome para prueba piloto no se incluyó en la población muestra de la investigación. La prueba piloto se realizó con el 10% de la población, según el tamaño de la muestra, por lo cual, se realizó con 12 mujeres, 6 con tamizaje positivo a violencia y 6 con tamizaje negativo a violencia, esta prueba se realizó el

día 10 de agosto del presente año, en el área de puerperio del Hospital Nacional de la Mujer.

4.7 PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Estos principios se basaron en las pautas éticas del estudio de la biomédica en la cual la investigación puede estar dirigida a estudiar el entorno social, manipulando factores que podrían afectar de cierta manera las personas expuestas. Se definió esta investigación para el estudio, del suceso de la violencia doméstica que afecte la salud de la mujer y el recién nacido y nacida.

Los principios de la biomédica que se tomaron en cuenta son:

- **No maleficencia:** ya que con dicha investigación no se realizaron procedimientos clínicos que dañaron físicamente a las mujeres en estudio.
- **Confidencialidad:** los datos obtenidos en la investigación se utilizaron exclusivamente para uso académico y analítico, y no se expondrán las identidades de las mujeres involucradas.
- **Beneficencia:** dado que los resultados servirán para que se realicen mejoras en la vigilancia de la violencia doméstica en el embarazo y prevención complicaciones maternas y neonatales.
- **Consentimiento informado:** se realizó de manera verbal con cada una de las mujeres entrevistadas, que deseaban participar en dicha investigación, respetando la decisión de cada una de ellas.

4.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Esta se realizó por medio de tres fases.

Fase 1 Selección de la población y clasificación en dos grupos: en esta fase se distribuyó y clasificó las mujeres puérperas positivas a violencia domésticas y su respectiva contraparte de puérperas no violentadas, a través del uso de la hoja de tamizaje de violencia del MINSAL.

Fase 2 Realización de entrevista: en la fase dos ya establecida la población y clasificada se procedió a la entrevista estructurada previamente, para indagar de manera ordenada sobre las variables en estudio.

Fase 3 Revisión del expediente: finalizada estas dos fases se procedió a la utilización de la ficha de registro de complicaciones materno-neonatales, donde se tomaron los datos relevantes del expediente clínico para, captar una información más precisa de problema en estudio.

4.9 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS.

Etapa de planificación:

Las investigadoras como primer punto se formularon y estructuraron las partes del marco teórico que es como de esta forma se procedió con el cuerpo de la investigación, que dio origen a las variables y dimensiones. Para la formulación del instrumento en este caso la guía de entrevista que sería de importancia vital para recolectar la información, se dividió de acuerdo a las dimensiones del estudio por lo que este instrumento estuvo conformado por; las primeras tres dimensiones que se investigaron; las características sociodemográficas de la población, las características obstétricas propias de la población y las características de la violencia doméstica vivida por las mujeres en el embarazo.

Además de la guía de entrevista se diseñó, una ficha de registro de las complicaciones maternas neonatales en la que se incluyó la información explícita de los diagnósticos y otros hallazgos que se podían investigar en los expedientes clínicos, de la población en estudio; en esta ficha se incluyeron las dimensiones; complicaciones maternas y las complicaciones neonatales.

Etapa de ejecución:

En esta etapa se procedió al levantamiento de datos, en primer lugar con la auto identificación de las puérperas del Hospital Nacional de la Mujer, luego se les dio a conocer el objetivo de la investigación y finalmente se procedió a

la realización de la entrevista de forma clara para una buena comprensión haciendo uso de lenguaje simple y escribiendo en el instrumento las respuestas de las usuarias. Finalizada esta etapa de la investigación se procedió a la exploración del expediente clínico, con lo cual se recolectó la información del diagnóstico y las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio de cada uno de los casos.

Etapa de Tabulación de la información:

En esta etapa se realizó el vaciado de la información haciendo uso de la técnica de palote, técnica que permitió el conteo de cada uno de los datos para el grupo uno y el grupo dos de la muestra. El resultado del conteo se vació en las tablas de frecuencia elaboradas para ir totalizando y formando la frecuencia relativa y la absoluta. Para finalizar esta etapa se procedió al diseño de en gráficas barras simple y tablas de doble entrada para la presentación de los resultados.

4.10 PLAN DE ANALISIS.

El análisis de la información se llevó a cabo a través de dos fases que son las siguientes:

Fase1: Se realizó un análisis univariado para lo cual se estudiaron las variables de forma independiente, sin conexión alguna con la otra variable extiéndase estas variables como las características sociodemográficas, las características obstétricas, características de la violencia.

Fase2: Se realizó un análisis bivariado porque con este, se llevó a cabo el cruce de las variables estableciendo la relación de la violencia doméstica en el embarazo y las complicaciones maternas–neonatales resultantes.

4.11 ANALISIS ESTADÍSTICO: Se hizo uso del índice estadístico “Chi-cuadrada”, prueba estadística que sirvió para comprobar la relación entre la variable dependiente y la variable independiente.

Esta prueba se realizó tomando como base la fórmula siguiente:

FÓRMULA

$$\chi^2 = \sum (O-E)^2/E$$

Dónde:

O= datos observados

E= datos esperados

El cálculo de datos esperados se obtuvo dividiendo el total de complicaciones entre el total de instrumentos, multiplicado por el total de cada grupo que es 61.

Límite de error = 0.05

Grados de libertad = 1

Para la comprobación de los valores de χ^2 teóricos. En la tabla siguiente:

DISTRIBUCION DE χ^2

Grados de libertad	Probabilidad											
	0,95	0,90	0,80	0,70	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,01	0,001	
1	0,004	0,02	0,06	0,15	0,46	1,07	1,64	2,71	3,84	6,64	10,83	
2	0,10	0,21	0,45	0,71	1,39	2,41	3,22	4,60	5,99	9,21	13,82	
3	0,35	0,58	1,01	1,42	2,37	3,66	4,64	6,25	7,82	11,34	16,27	
4	0,71	1,06	1,65	2,20	3,36	4,88	5,99	7,78	9,49	13,28	18,47	
5	1,14	1,61	2,34	3,00	4,35	6,06	7,29	9,24	11,07	15,09	20,52	
6	1,63	2,20	3,07	3,83	5,35	7,23	8,56	10,64	12,59	16,81	22,46	
7	2,17	2,83	3,82	4,67	6,35	8,38	9,80	12,02	14,07	18,48	24,32	
8	2,73	3,49	4,59	5,53	7,34	9,52	11,03	13,36	15,51	20,09	26,12	
9	3,32	4,17	5,38	6,39	8,34	10,66	12,24	14,68	16,92	21,67	27,88	
10	3,94	4,86	6,18	7,27	9,34	11,78	13,44	15,99	18,31	23,21	29,59	
	No significativo						Significativo					

4.12 PLAN DE SOCIALIZACIÓN Y DEFENSA Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

De los resultados obtenidos se diseñó una presentación en Microsoft office PowerPoint en donde se incluyó los elementos principales del estudio, enfatizando lo relevantes de cada capítulo. La socialización, Se realizó en la pinacoteca Roque Dalton del campus Universitario frente al jurado de docentes nombrados por Junta Directiva de la Facultad de Medicina, de La Universidad de El Salvador.

Los contenidos que se presentaron fueron:

- ✚ Identificación institucional
- ✚ Nombres de Expositoras y asesora de la investigación
- ✚ Tema del estudio
- ✚ **CAPÍTULO I: Situación Problemática**
 - ✚ Situación problemática
 - ✚ Planteamiento del problema
 - ✚ Justificación de la investigación
 - ✚ Objetivos de la investigación
- ✚ **CAPÍTULO II: Marco de referencia**
 - ✚ Marco teórico
 - ✚ Características sociodemográficas de la mujer violentada.
 - ✚ Características obstétricas de la mujer violentada.
 - ✚ Características de la violencia doméstica en el embarazo.
 - ✚ Complicaciones maternas
 - ✚ Complicaciones neonatales
- ✚ **CAPÍTULO III: Hipótesis y Operacionalización de variables**
 - ✚ Hipótesis
 - ✚ Esquema de variables
- ✚ **CAPÍTULO IV: Diseño Metodológico**
- ✚ **CAPÍTULO V: Resultados de la investigación.**
 - ✚ Características sociodemográficas.
 - ✚ Características obstétricas
 - ✚ Características de la violencia doméstica
 - ✚ Complicaciones maternas
 - ✚ Complicaciones neonatales
- ✚ **Conclusiones.**
- ✚ **Recomendaciones.**

CAPÍTULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

TABLA N°1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES VIOLENTADAS Y NO VIOLENTADAS INGRESADAS EN EL SERVICIO DE PUERPERIO, HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS		VIOLENTADAS	NO VIOLENTADAS
EDAD DE LA ENTREVISTADA	10 – 14 años	26%	23%
	15 - 19 años	65%	53%
	20 – 29 años	25%	24%
	30 - 40 años	10%	
	Promedio	18 años	25 años
ESTADO CIVIL	Casada	11%	43%
	Acompañada	69%	41%
	Soltera	18	16%
	Divorciada	2%	
NIVEL EDUCATIVO	Ninguno	3%	
	Básica	73%	46%
	Media	16%	54%
	Superior	8%	
INGRESO ECONOMICO	Menos de \$100	18%	
	De \$101 a \$300	73%	\$59
	De \$301 a \$500	6%	\$33
	Más de \$500	2%	\$8
	Promedio	\$259.00	\$310.00
NUMERO DE PERSONAS QUE APORTAN ECONOMICAMENTE	1	64%	44%
	2	31%	53%
	3	2%	3%
	4	1%	
	Más de 5	2%	
	Promedio	1 persona	2 personas
OCUPACION	ama de casa	63%	59%
	Comerciante	16%	11%
	Empleada	15%	24%
	Estudiante	6%	6%
AREA DE RESIDENCIA	Rural	56%	18%
	Urbano	35%	79%
	Urbano marginal	9%	3%

Fuente: Guía de entrevista violencia doméstica durante el embarazo y su relación con complicaciones maternas neonatales, estudio realizado, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

El estudio indaga las características sociodemográficas de las mujeres violentadas y no violentadas, donde los resultados obtenidos indican que el promedio de edad de las mujeres violentadas es de 18 años con una concentración significativa de un 65% entre las edades de 10 a 19 años, mientras que en las mujeres no violentadas la mayor concentración se encuentra en las edades de 20 a 29 años, de lo que se deduce que la mayor parte de mujeres violentadas son adolescentes, y de lo que es relevante mencionar que el 26% son adolescentes en la etapa temprana de 10 a 15 años.

Referente al estado civil de las mujeres violentadas los datos exteriorizan que el 69% tiene una unión de pareja inestable, mientras que en las mujeres no violentadas los datos son dispersos, ya que se distribuyen en un 43% casada y un 41% acompañadas; significando que son las violentadas las que poseen una unión de pareja inestable. En cuanto al nivel educativo las mujeres violentadas presentan una concentración en un 73% en un nivel educativo básico a diferencia con las mujeres no violentadas, que en su mayor concentración un 54% tiene un nivel educativo medio lo cual revela que entre menor es el nivel de escolaridad, las mujeres tienen mayor probabilidad de ser violentadas.

El ingreso económico familiar en ambas poblaciones ronda de 101 a 300 dólares y aporta solo 1 persona 64% para el primer grupo y 2 personas 53% para el segundo grupo lo que indican la posibilidad de limitación y control económico por parte de la pareja.

En la investigación también se estudió el tipo de ocupación a la cual se dedicaban la mujeres, encontrando para ambos grupos mayor concentración de datos en la categoría ama de casa, con mayor predominancia en un 63% para las mujeres violentadas frente a 59% para el grupo de mujeres no violentadas lo que hace, notar que no existe una diferencia estadística significativa entre ambos grupos en la categoría estudiada.

Con respecto al área de residencia la mujeres violentadas residen en su mayoría en el área rural en un 56% y las no violentadas en el área urbana un 79%, el cual

indica que las mujeres que viven en el área rural pueden ser más vulnerables a ser víctimas de violencia doméstica, además de tener nivel educativo bajos ya que se ha comprobado en otros estudios que ser del área rural restringe la posibilidad de educación superior.

TABLA N°2. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO QUE CARACTERIZA A LA POBLACIÓN DE MUJERES VIOLENTADAS Y NO VIOLENTADAS, INGRESADAS EN EL SERVICIO DE PUERPERIO, DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER.

INDICADOR	VIOLENTADAS	NO VIOLENTADAS
EDAD	10 – 19 AÑOS	20 – 29 AÑOS
ESTADO CIVIL	ACOMPAÑADAS	CASADAS
NIVEL EDUCATIVO	NIVEL BÁSICO	NIVEL MEDIO
INGRESO ECONÓMICO	\$101 A \$300	\$101 A \$300
NÚMERO DE PERSONAS QUE APORTAN ECONÓMICAMENTE	1	2
OCUPACIÓN	AMAS DE CASA	AMAS DE CASA
ÁREA DE RESIDENCIA	RURAL	URBANA

Fuente: Guía de entrevista violencia doméstica durante el embarazo y su relación con complicaciones maternas neonatales, estudio realizado, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

El perfil sociodemográfico de la población estudiada evidencia la diferencia entre las mujeres violentadas y no violentadas, obteniendo resultados vitales de sus características sociodemográfica las discordancias son significativas; las mujeres violentas en su mayoría son adolescentes, acompañadas, con estudios a nivel básico, 1 persona aporta económicamente, residen en el área rural a diferencia de las mujeres no violentadas que son adultas, casadas, con estudios medios, 2 personas aportan económicamente y residen en el área urbana. Las similitudes encontradas para ambas poblaciones son el aporte económico familiar, con ingresos de \$101 a \$300, y la ocupación que es ama de casa.

TABLA N°3. RESULTADOS DE LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS MUJERES VIOLENTADAS Y NO VIOLENTADAS, DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER.

CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS		VIOLENTADAS	NO VIOLENTADAS
EDAD EN QUE TUVO SU PRIMER HIJO O HIJA	10 – 19 años	26%	23%
	20 - 29 años	65%	53%
	30 – 39 años	25%	24%
ANTECEDENTES DE COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO	Ninguno	65%	71%
	Aborto	11%	7%
	Parto prematuro	16%	6%
	Óbito	2%	3%
	Retardo del crecimiento intrauterino	3%	3%
	Malformaciones	3%	8%
	Infecciones de transmisión sexual		2%
ANTECEDENTES DE COMPLICACIONES EN EL PARTO Y PUERPERIO	Fiebre	3%	2%
	Hemorragia	2%	2%
	Mastitis	3%	2%
	Infección de vías urinarias	8%	2%
GRAVIDEZ	Primigestas	65%	40%
	Múltiparas	35%	60%
CONTROLES PRENATALES	Ninguno	8%	
	1 – 2	3%	
	3 – 4	16%	13%
	Más de 5	73%	87%
TIPO DE CONTROL	Básico	67%	80%
	Especializado	33%	20%
GANANCIA DE PESO EN EL EMBARAZO	Adecuado	52%	70%
	Inadecuado	48%	30%
PRESION ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO	Adecuada	85%	91%
	Inadecuada	15%	9%
ALTURA UTERINA DURANTE EL EMBARAZO	Adecuada	79%	89%
	Inadecuada	21%	11%
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	Adecuada	95%	99%
	Inadecuada	5%	1%
VIA DE PARTO	Vaginal	47%	65%
	Cesárea	53%	35%

Fuente: Guía de entrevista violencia doméstica durante el embarazo y su relación con complicaciones maternas neonatales, estudio realizado, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

También se incorporó en la investigación las características obstétricas y los resultados arrojan que las mujeres violentadas tuvieron su primer hijo, a edades temprana entre los 10 y 19 años, concentrándose los datos en un 70% a diferencia de las mujeres no violentadas que tienen indicador numérico superior de 74% que tuvieron su primer hijo entre los 20 y los 29 años, otro elemento importante incorporado en el estudio las complicaciones en embarazos anteriores, encontrándose que la mayor concentración de datos se presentó en embarazos sin complicaciones, sin embargo existe una dispersión de datos del 35% inferiores que indican que las mujeres violentadas presentaron aborto y parto prematuro casi en igual proporción en las mujeres violentadas (11% y 16) y en las mujeres no violentadas un 8% presento RN con alguna malformación, las complicaciones en el parto y el puerperio fueron mínimos,

En el estudio se indagó además, la gravidez en ambos grupos, donde las mujeres violentadas son primigesta en un 65%, en contraste con el grupo de mujeres no violentadas que el 60% son multíparas; en cuanto a los controles prenatales de las mujeres violentadas y no violentadas tienen una concentración de datos con un 73% y 87% respectivamente que tuvieron más de 5 controles lo cual es lo indicado para disminuir riesgo sin embargo, un 8% de mujeres violentadas no tuvieron ningún control lo cual expone al embarazo a ser de alto riesgo, en cuanto al tipo de control ambos grupos presentaron más concentración de datos categoría de controles básicos sin embargo las mujeres violentadas presentaron un 33% de controles especializados totalizando 13% más que las no violentadas, lo cual indica que tuvieron embarazos con algún tipo de riesgo obstétrico.

Referente a la ganancia de peso en el embarazo los datos se concentran en su mayoría en ambas poblaciones tuvieron una ganancia adecuada de peso con un 67% la mujeres violentadas y 80% las mujeres no violentadas, sin embargo, un dato significativo que representa un 48% de mujeres violentadas presentaron una ganancia inadecuada de peso, 18% más que las no violentadas, lo que aumento el riesgo materno, fetal y neonatal.

En cuanto a la presión arterial tanto las mujeres no violentadas y las violentadas presentaron en su mayoría una presión arterial dentro de parámetros normales con un 85% y un 91% respectivamente. En cuanto al crecimiento fetal la mayoría tuvo una tendencia adecuada, sin embargo existe una pequeña alza en crecimiento fetal inadecuado en las mujeres violentadas con un 21%, 10% más que las mujeres no violentadas, demostrando que casi la cuarta parte de las mujeres violentas tuvieron un crecimiento inadecuado lo que concuerda con la teoría. La FCF se encontró a niveles estables en ambas poblaciones, referente a la vía de parto las mujeres violentadas presentaron más parto vía cesárea en un 53% a diferencia de la no violentada que tuvieron parto vía vaginal en su mayoría un 65%.

TABLA N°4. PERFIL OBSTÉTRICO DE LA POBLACIÓN DE MUJERES VIOLENTADAS Y NO VIOLENTADAS, DEL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER.

CARACTERÍSTICAS	VIOLENTADAS	NO VIOLENTADAS
EDAD EN QUE TUVO SU PRIMER HIJO	10 – 19 años	20 – 29 años
ANTECEDENTES EN EMBARAZOS ANTERIORES	PARTO PREMATURO Y ABORTOS	MALFORMACIONES Y ABORTOS
ANTECEDENTES COMPLICACIONES EN EL PARTO Y PUERPERIO ANTERIOR	IVU	NINGUNO
CONTROLES PRENATALES	COMPLETOS	COMPLETOS
TIPO DE CONTROL	BÁSICO	BÁSICO
GANANCIA DE PESO EN EL EMBARAZO	ADECUADA	ADECUADA
PRESIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO	ADECUADA	ADECUADA
ALTURA UTERINA DURANTE EL EMBARAZO	ADECUADA	ADECUADA
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	ADECUADA	ADECUADA
VÍA DE PARTO	CESÁREA	VAGINAL

Fuente: Guía de entrevista violencia doméstica durante el embarazo y su relación con complicaciones maternas neonatales, estudio realizado, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

El perfil obstétrico de la población de mujeres violentadas y no violentadas tiene discordancia en cuanto a los indicadores edad de primer hijo ya que las mujeres violentadas tuvieron su primer hijo en la adolescencia y las no violentadas en la

edad adulta, otra diferencia significativa es la vía de parto donde las mujeres violentadas tuvieron mucho más parto vía cesárea a diferencia de las no violentadas que presentaron más parto vía vaginal, las similitudes que tuvieron las mujeres violentadas y las no violentadas. Fueron en cuanto al número de controles, tipo de control básico, ganancia de peso adecuada, crecimiento fetal adecuado, presión arterial materna en niveles normales y FCF en parámetros normales.

TABLA N°5. TIPOS DE VIOLENCIA EJERCIDA EN MUJERES VIOLENTADAS EN EL EMBARAZO.

TIPOS DE VIOLENCIA CARACTERÍSTICA		MUJERES VIOLENTADAS
ECONÓMICA	Limitación del dinero	25
	Control del dinero	30
	Impedir el ingreso del dinero	5
	Dependiente de la pareja	35
FÍSICA	Puñetazos	8
	Aruñones	9
	Empujones	41
	Herida con arma corto punzante	1
SEXUAL	Obligaciones a mantener relaciones sexo cóitales	15
	Acoso verbal	2
	Obligación al contacto genital y no genital	1
PATRIMONIAL	Daños a bienes personales	2
	Destrucción y pérdidas de posesiones personales	5
SIMBÓLICA	Utilización de imágenes para desvalorizarla	1
	Amenazas atreves de señas y mensajes	1
PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL	Amenazas	35
	Humillación en publico	8
	Humillación en privado	40
	Culpabilizarían	20
	Limitación de su libertad	35
	Desvalorización	15

Fuente: Guía de entrevista violencia doméstica durante el embarazo y su relación con complicaciones maternas neonatales, estudio realizadó, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

En la tabla N°5 tipos de violencia doméstica los datos indican que en cuanto a la violencia económica hay una dispersión numérica que expresan que 35 mujeres sufren violencia económica a través de la dependencia de la pareja y a 30 se le controla en dinero y gasto, lo cual la hace más vulnerable al sentirse incapaz de solventar su vida sin ayuda de su pareja, Referente a la violencia física los datos revelan que 41 de ellas se le daban empujones, a 9 arañones y a 8 puñetazos aumentando el riesgo para desencadenar cualquier complicación materna fetal, en cuanto al tipo de violencia sexual hay una dispersión de datos que arrojan que 15 se le obliga a mantener relaciones sexuales lo cual pone en riesgo de contraer ITS, la violencia patrimonial solo 5 mujeres sufrieron la destrucción de posesiones personales, en cuanto a la violencia psicológica fue la violencia más ejercida hacia las mujeres con datos que revelan que a 40 mujeres la humillándola en privado, 35 les limitando su libertad, 35 se les amenazaba y culpabilizaba, haciendo que la mujer sufra más estrés, depresión.

TABLA N°6. ESCALA NUMÉRICA ORDINAL DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA.

N°	TIPO DE VIOLENCIA
1°	Violencia psicológica y emocional
2°	Violencia económica
3°	Violencia física
4°	Violencia sexual
5°	Violencia patrimonial
6°	Violencia simbólica

Fuente: Guía de entrevista violencia doméstica durante el embarazo y su relación con complicaciones maternas neonatales, estudio realizado en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

Se indagaron el tipo de violencia más vivenciados por las mujeres violentadas obteniendo en primer lugar que la violencia psicológica y emocional es la más vivenciada, seguido de violencia económica en segundo lugar, tercer lugar

violencia física, seguido consecutivamente de la violencia sexual, patrimonial y simbólica.

TABLA N° 7. CARACTERÍSTICAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA VIVENCIADA POR LA MUJERES VIOLENTADAS, INGRESADAS EN EL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA		VIOLENTADAS
RAZONES DEL AGRESOR	Es celoso “no quiere que nadie toque lo suyo	40
	Sospecha que otro hombre es el responsable del embarazo	10
	Considera el embarazo una carga económicamente	4
	Tiene miedo de ser padre	6
	Considera a la mujer menos capaz de tomar represarías	10
PERFIL DEL AGRESOR	Mala comunicación	5
	No puede resolver problemas sin utilizar violencia	15
	Impulsivo	15
	Agresivo	16
	Machista	6
AUTOESTIMA DEL AGRESOR.	Alta	29
	Baja	32
PERFIL DE LA VICTIMA	Se siente culpable por ser agredida	39
	Se siente fracasada como mujer	10
	Incapaz de resolver problemas	20
	Se aísla socialmente	39
	Riesgo de caer en adicciones	10
AUTOESTIMA DE LA VICTIMA	Alta	38
	Baja	23
FASES DE LA VIOLENCIA	Acumulación de tensión	4
	Explosión violenta	3
	Luna de miel	54

Fuente: Guía de entrevista violencia doméstica durante el embarazo y su relación con complicaciones maternas neonatales, estudio realizadó, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

En la tabla N° 7 de la investigación se incorpora los resultados obtenidos en cuanto a las “razones” que tuvo el agresor para ejercer la violencia, se reflejan datos numéricos dispersos donde se revelaba que 40 de ellos violentaron por

celos, 10 por sospecha de que otro hombre es el embarazo, lo que posibilita que la mujer este sometida, intimidada y bajo control lo que repercute en su salud física y emocional. Referente al perfil del agresor, los datos se disgregan en que 32 tienen baja autoestima, 16 reaccionan agresivos, lo cual limita la posibilidad de comunicación estable con la pareja, el autoestima del agresor se concentran los datos en la posesión de baja autoestima 32 de ellos, en cuanto al perfil de la víctima, 39 de las mujeres se sienten culpables de ser agredidas, donde se evidencia el escaso conocimiento de derechos humanos, además de permitir que la violencia ya que lo consideran como un castigo que ella merece, un número igual se aísla socialmente acortándose la posibilidad de independizarse, referente al autoestima de la víctima los datos se concentran en que 38 de las mujeres violentadas tienen autoestima baja, al contrario de las mujeres no violentadas solo 21 tienen autoestima baja. En cuanto a las fases de la violencia 54 se catalogaron en la fase de la luna de miel. Dato que se obtuvo mediante diferentes ítems que determinaba cada fase del ciclo.

TABLA N° 8. COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, EN MUJERES VIOLENTADAS Y NO VIOLENTADAS EN EL EMBARAZO, INGRESADAS EN EL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER.

PERÍODO	COMPLICACIONES	VIOLENTADAS	NO VIOLENTADAS
EN EL EMBARAZO	Desnutrición	21	6
	Obesidad	8	12
	Diabetes gestacional	6	
	Sangrados vaginales	15	7
	Preeclampsia	1	
	Útero bicorne		1
	Aborto	8	3
	Placenta previa	2	1
EN EL PARTO	Hemorragias	4	1
	HTA	6	1
	Atonía uterina		1
	Descompensación cardiaca	4	
	Ruptura prematura de membranas	6	4
	Fiebre	3	2
	Estrés materno	15	
	Convulsión	1	1
	Parto prolongado	8	3
	Cesárea	32	21
EN EL PUERPERIO	Fiebre	4	1
	Hemorragias	3	
	Endometritis	2	1
	Desgarros	5	
	Mastitis	2	
	Trastornos del sueño	9	
	Depresión postparto	12	2
	Disuria (IVU)	10	1

Fuente: Ficha de registro de complicaciones maternas neonatales, estudio realizado, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

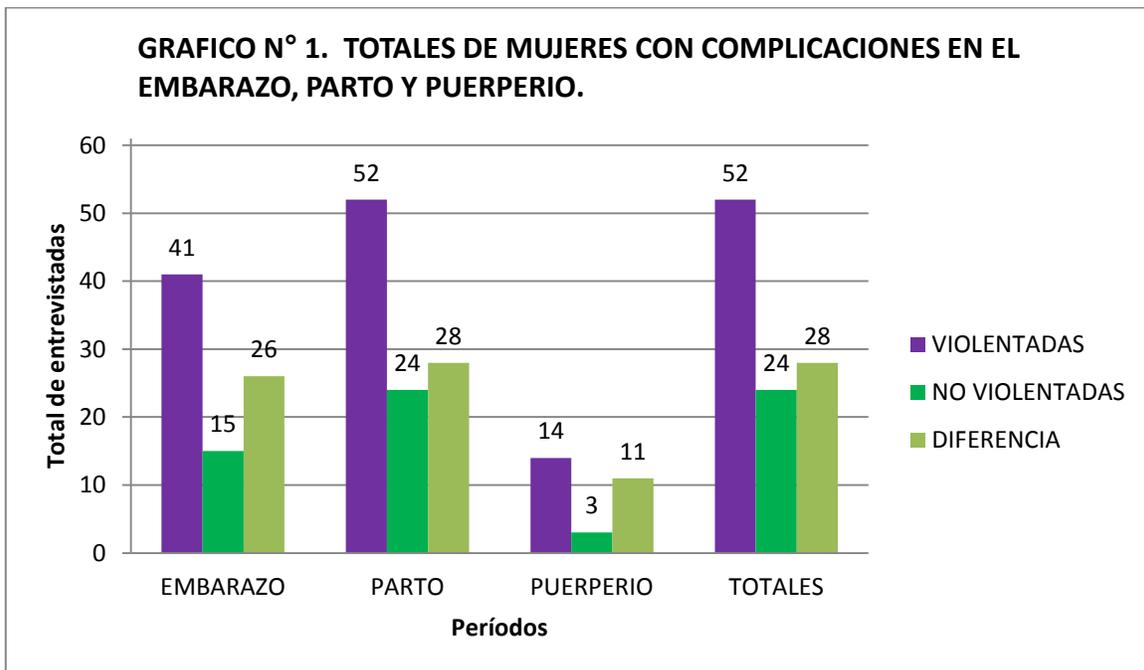
A través de estudios anteriores se ha venido observando la relación de la violencia doméstica con el aumento de complicaciones maternas y neonatales, ya que las mujeres que son violentadas en el embarazo pueden llegar a presentar un número mayor de estas complicaciones tanto ellas como sus hijos e hijas en el estudio realizado con mujeres que tuvieron algún tipo de violencia doméstica en su

embarazo realizado con 61 mujeres violentadas y en igual número con 61 mujeres no violentadas en el embarazo, los datos dieron los resultados siguientes la mayor concentración de complicaciones maternas se sitúan en el grupo de mujeres violentadas dado que 21 mujeres de las 61 presentaron la complicación de desnutrición durante el embarazo en comparación del otro grupo que solo presento esta complicación en 6 mujeres dicha complicación, esto debido a que la mayoría de las mujeres violentadas son adolescentes, de igual manera los sangrados vaginales se presentaron en 15 de las mujeres violentadas a diferencia del otro grupo que solo las presento en 7 mujeres, la obesidad si hace una diferencia en cuanto, que el grupo que más lo presento fueron las mujeres no violentadas esto puede deberse a que este grupo en su mayoría se encontraron en una edad de adultez joven con una proporción de 12 mujeres que la en contraste con las mujeres violentadas que presentaron obesidad 8 de ellas, la diabetes gestacional solo lo presento en 6 mujeres violentadas, una de ellas presento preeclampsia durante el embarazo y el grupo de mujeres no violentadas una de ellas presento la complicación de útero bicorne, el aborto se presentó en mayor contracción para las mujeres violentadas en 8 de ellas en contra parte con el otro grupo que solo lo presentaron 3 de ellas, la complicación de placenta previa se presentó en 2 mujeres violentadas y en una de las mujeres no violentadas.

En cuanto a las complicaciones presentadas en el período del parto para ambos grupo se obtuvieron que la mayor concentración de datos se situaron en la complicación de la vía de parto cesárea con un número mayor en la población de mujeres violentadas ya que 32 de ellas presentaron esta complicación en contraste con las mujeres no violentadas que solo la presentaron en 21 de estas, de igual manera el estrés materno se sitúa en mayor proporción en las mujeres violentadas ya que 15 de ellas presentaron esta complicaciones a diferencia con el otro grupo de mujeres que no lo presento, esto debido a las situaciones emocionales que viven estas mujeres dentro de sus hogares, de igual forma la complicación de parto prolongado se encuentra con mayor concentración para las mujeres violentadas dado que 8 de ellas lo presentaron en contraste con las

mujeres no violentadas que solo lo presentaron 3 de ellas, la complicación RPM se presentó en 6 MV y en 4 de las MNV, 6 de las MV presento HTA en contraste con el grupo de MNV que solo lo presento una de ellas.

Para el período del puerperio se ve una clara diferenciación de las complicaciones de los dos grupo de mujeres ya que la mayor concentración de complicaciones maternas se encuentran en las mujeres violentadas dado que la complicación de depresión postparto la presentan 12 de las MV en contra parte del otro grupo que solo la presento en 2 de estas mujeres, de igual forma las IVU se presentan en 10 de mujeres violentadas y para el grupo de mujeres no violentadas en una de ellas, la complicación de trastornos del sueño que solo se presentó en 9 de las entrevistadas que pertenecían al grupo de MV.



Fuente: Ficha de registro de complicaciones maternas neonatales, estudio realizadó, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

Pero cuantas mujeres tuvieron más complicaciones en los periodos ya mencionados, en el Grafico N° 1 se detalla esta interrogante, ya que el total de mujeres que presento complicaciones maternas en cada uno de los periodos encontrando que para el período del embarazo en el grupo de mujeres violentadas, fueron 41 las afectadas con algún tipo de complicación a diferencia

con las mujeres no violentadas que solo fueron 15, con un incremento de 26 mujeres más complicadas en el grupo de violentadas.

Fenómeno que se repite de forma parecida en el período del parto donde 52 de las 61 mujeres violentadas presento complicaciones maternas durante en el parto a diferencia del otro grupo que solo 24 de ellas presentaron complicaciones con una diferencia de 28 mujeres más para el grupo de mujeres violentadas.

En el período del puerperio, 14 de las mujeres violentadas presentaron complicaciones maternas en este período y solamente 3 de las mujeres no violentadas presentaron algún tipo de complicaciones, dando una diferencia de 11 mujeres más para el grupo de mujeres violentadas.

Entonces tenemos un total de 52 mujeres violentadas que presentaron complicaciones maternas a diferencia con las mujeres no violentadas que solo 24 de las 61 entrevistadas que presentaron algún tipo de complicación materna, siendo las complicaciones maternas con una mayor tendencia para el grupo de mujeres violentadas con una diferencia de 28 mujeres con complicaciones maternas.

TABLA N°9. CARACTERÍSTICAS NEONATALES DE MUJERES VIOLENTADAS Y NO VIOLENTADAS EN EL EMBARAZO.

CARACTERIZACIÓN DEL RECIEN NACIDO/A	CARACTERÍSTICA	VIOLENTADA	NO VIOLENTADA
	PRESENTACION NEONATAL		
	PODÁLICO	20%	8%
	TRANSVERSO	2%	2%
	CEFALICO	78%	90%
	TOTAL	100%	100%
	EDAD GESTACIONAL		
	PRETERMINO	26%	10%
	TERMINO	71%	89%
	POSTERMINO	3%	2%
TOTAL	100%	100%	
APGAR			
INADECUADO	7%	2%	
ADECUADO	93%	98%	
TOTAL	100%	100%	
PESO AL NACER			
ADECUADO A EG	67%	84%	
INADECUADO A EG	33%	16%	
TOTAL	100%	100%	

Fuente: Ficha de registro de complicaciones maternas neonatales, estudio realizado, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

¿Cuáles son las características del RN de los dos grupos de mujeres? Tenemos que para la Tabla N°9 se presentan las diferencias en estos dos grupos de neonatos, la presentación neonatal al momento del nacimiento tenemos que para el grupo de neonatos hijos e hijas de mujeres violentadas el 78% de ellos fue cefálico con una significativa desviación del 20% de ellos que se presentó en forma podálica dando aquí una razón de porque se presenta en mayor proporción la vía cesárea para este grupo de mujeres violentadas, a diferencia del otro grupo que el 90% de los neonatos se encontraba cefálico al nacimiento teniendo una mayor tendencia a la vía del parto vaginal. La edad gestacional en su mayoría para ambos grupos de neonatos fueron de término tanto 71% para los neonatos hijos/as de MV y 89% en neonatos hijos e hijas de MNV, con una alza del 26% de neonatos preterminó para la población de neonatos HMV, el APGAR con mayor tendencia fue el adecuado tanto con un 93% para neonatos de MV como un 98%

para neonatos de MNV con un significativo aumento de APGAR inadecuado en un 7% para aquellos neonatos hijos/as de MV. En cuanto el peso al nacer se obtuvo que tenían un peso adecuado al momento del nacimiento para ambos grupos, pero con alza de 33% de peso inadecuado para aquellos HMV esto debido a la prematurez al nacimiento.

TABLA N° 10. CONCENTRACIÓN DE DATOS DE COMPLICACIONES NEONATALES, EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, PARA MUJERES VIOLENTADAS Y NO VIOLENTADAS EN EL EMBARAZO, INGRESADAS EN EL SERVICIO DE PUERPERIO DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER.

PERÍODO	COMPLICACIÓN	VIOLENTADA	NO VIOLENTADA
ANTE-NATALES	RCIU	8	5
	Oligohidramnios	5	1
	Polidramnios	3	3
	Macrosomia	9	1
	Óbito	8	2
	Malformaciones incompatibles con la vida	5	2
	Malformaciones compatibles con la vida	6	1
NATALES	Falla de descenso	8	4
	Sufrimiento fetal	9	3
	Distocias	2	
	Circular de cordón		2
	Aspiración de meconio	9	
POST-NATALES	Distrés	8	6
	Ictericia	3	
	Sepsis	6	1
	Dificultad en la lactancia	12	2
	Irritabilidad		1

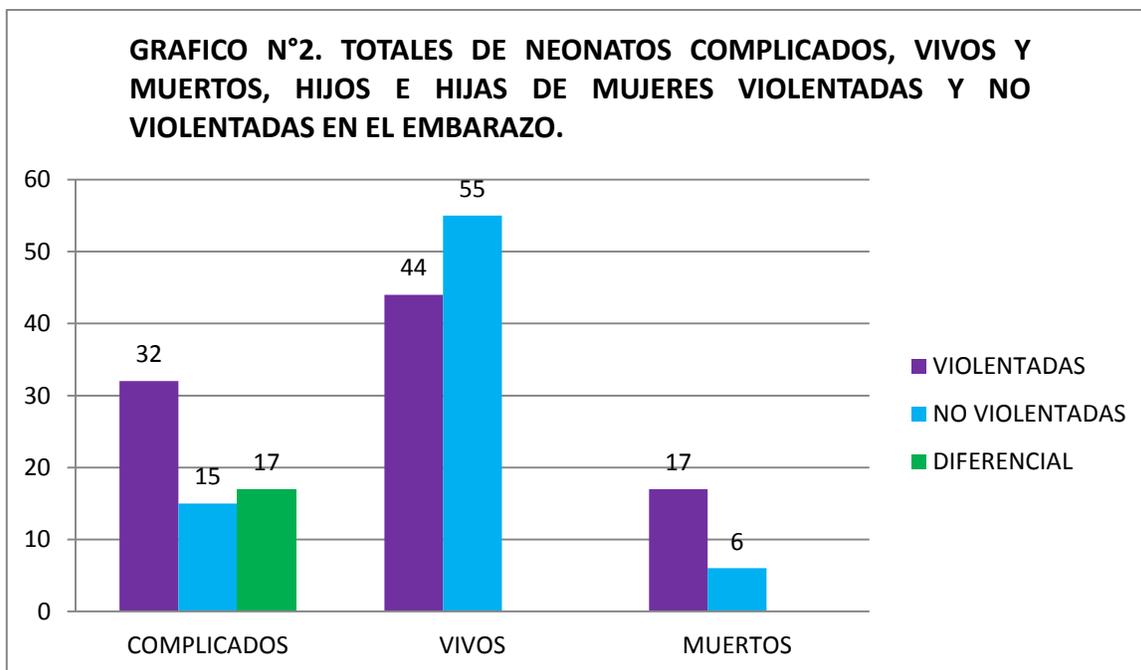
Fuente: Ficha de registro de complicaciones maternas neonatales, estudio realizado, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

Estudios preliminares a nivel internacional detallan que los hijos/as de mujeres violentadas en el embarazo tienen mayor tendencia a padecer complicaciones a diferencia de hijos/as de mujeres que no sufren violencia, el estudio realizado refleja la diferencia en estos dos grupos en el salvador tendiendo una mayor concentración de complicaciones neonatales para los hijos e hijas de MV, en la

Tabla N°10 detalla lo siguiente las complicaciones antenatales como la macrosomia se presentó en 9 de los 61 neonatos HMV a diferencia del otro grupo que solo lo presentó uno de ellos, seguido de la complicación de óbito fetal que se presentó en 8 de HMV en contraste del otro grupo que solo se presentó en 2 de ellos, el RCIU se ve en mayor concentración para el grupo de HMV con 8 en contraparte con el de HMNV que solo se presentó en 5 de ellos, en cuanto a las malformaciones compatibles con la vida se presentaron en 6 neonatos HMV y en una ocasión para los HMNV, las malformaciones incompatibles con la vida se presentó en mayor número para el grupo de HMV en 5 neonatos a diferencia con el otro grupo que lo se presentó en dos de ellos.

En cuanto a las complicaciones natales tenemos que aspiración de meconio, sufrimiento fetal se concentran el 9 neonatos HMV a diferencia con el otro grupo que solo presento en 3 de ellos el sufrimiento fetal, la falla en el descenso se presenta en mayor proporción en el grupo de HMV en 8 neonatos a diferencia del otro grupo que solo las presento 4 de estos.

Las complicaciones neonatales postnatales que más se presentaron se sitúan en el grupo de HMV en particular la dificultad en la lactancia dando un total de 12 neonatos, lo cual se puede deber a que en su mayoría fueron cesáreas, y al estrés materno que ocasiona el retraso de la eyección de la leche materna para el grupo de mujeres violentadas, seguido del Distrés respiratorio con 8 neonatos HMV a diferencia de los hijos/as de mujeres no violentadas que solo se presentó en 6 de ellos.



Fuente: Ficha de registro de complicaciones maternas neonatales, estudio realizado, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

Para finalizar el estudio revela los totales de neonatos que tuvieron complicaciones en el Grafico N° 2, donde expresa que para el grupo de mujeres violentadas 32 de los neonatos presentaron complicaciones neonatales a diferencia con otro grupo que solo 15 de ellos tuvieron complicaciones haciendo una diferencia de 17 neonatos complicados más, en el grupo de mujeres violentadas.

Los neonatos vivos se encuentran concentrados con 55 de ellos para el grupo de neonatos hijos e hijas de mujeres no violentadas y los fallecidos o muertos se encuentran concentrados para los neonatos hijos e hijas de mujeres violentadas con 17 neonatos, lo cual indica que los hijos/as de mujeres violentadas tiene mayor riesgo a complicaciones neonatales y así con una mayor tendencia al fallecimiento.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

COMPROBACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE VARIABLES.

Para la comprobación de la hipótesis general se presenta la relación que existe entre las variables violencia doméstica y las complicaciones maternas neonatales, la cual se hizo por la prueba estadística de chi-cuadrado.

Teniendo como hipótesis general la siguiente:

HIPÓTESIS GENERAL

La violencia doméstica durante el embarazo, tiene alta relación con las complicaciones materna-neonatales.

H0= La violencia doméstica durante el embarazo, tiene baja relación con las complicaciones materna-neonatales.

TABLA N°11. COMPROBACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN EL EMBARAZO Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS.

	VIOLENCIA DOMESTICA Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES MATERNAS				
	COMPLICADOS		NO COMPLICADOS		TOTALES
	OBSERVADO	ESPERADO	OBSERVADO	ESPERADO	
MUJERES VIOLENTADAS (MV)	52	38	9	23	61
MUJERES NO VIOLENTADAS (MNV)	24	38	37	23	61
TOTALES	76		46		122

Fuente: Ficha de registro de complicaciones maternas neonatales, estudio realizado, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

FÓRMULA

$$X^2 = \sum (O-E)^2/E$$

$$X^2 = \sum (52-38)^2/38 + (9-23)^2/23 + (24-38)^2/38 + (37-23)^2/23$$

$$X^2 = 5.15 + 8.52 + 5.15 + 8.52$$

$$X^2 = 27.34$$

Análisis:

Para la relación entre la violencia doméstica en el embarazo y las complicaciones maternas tenemos que el valor encontrado es igual a 27.34 en contraste al valor teórico de 3.84, lo cual detalla que los datos encontrados en el estudio tienen relevancia estadística ya que existe relación entre la violencia doméstica en el embarazo y las complicaciones maternas.

TABLA N°12. COMPROBACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN EL EMBARAZO Y LAS COMPLICACIONES NEONATALES.

	VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES NEONATALES				
	COMPLICADOS		NO COMPLICADOS		TOTALES
	OBSERVADO	ESPERADO	OBSERVADO	ESPERADO	
NEONATOS DE MUJERES VIOLENTADAS (HMV)	32	23.5	29	37.5	61
NEONATOS DE MUJERES NO VIOLENTADAS (HMNV)	15	23.5	46	37.5	61
TOTALES	47		75		122

Fuente: Ficha de registro de complicaciones maternas neonatales, estudio realizado, en el Hospital Nacional de la Mujer en los meses de agosto a septiembre del año 2016.

FÓRMULA

$$X^2 = \sum (O-E)^2/E$$

$$X^2 = \sum (32-23.35)^2/23.35 + (29-37.5)^2/37.5 + (15-23.5)^2/23.5 + (46-37.5)^2/37.5$$

$$X^2 = 3.07 + 1.92 + 3.07 + 1.92$$

$$X^2 = 9.98$$

Análisis:

De igual manera para la relación de la violencia doméstica en el embarazo con las complicaciones neonatales, tenemos que el valor encontrado para las complicaciones neonatales es igual a 9.98 en contraste al valor teórico de 3.84. Lo cual detalla que los datos encontrados en el estudio son significativos estadísticamente ya que existe relación entre la violencia doméstica en el embarazo y las complicaciones neonatales.

CONCLUSIONES

- El grupo de mujeres violentadas, en este estudio presentó mayor riesgo socio demográfico que las mujeres no violentadas, ya que en su mayoría las mujeres son adolescentes, acompañadas, con un nivel educativo básico, amas de casa, dependientes económicamente y con ingreso económicos familiar menor al mínimo.
- El grupo de mujeres violentadas en este estudio presentó riesgo obstétrico mayor que el mujeres no violentadas; debido a que estas tuvieron su primer hijo durante la adolescencia, más complicaciones en sus eventos obstétricos anteriores y la vía del parto fue por cesárea, agregado a esto aunque en menor proporción, pero siempre significativo presentaron, aumento de peso inadecuado, crecimiento fetal inadecuado y la necesidad de controles especializados.
- El perfil que caracteriza a la violencia doméstica encontrada en este estudio es de alto riesgo; debido a que se encuentran en la fase de luna de miel, es tipificado en su mayoría por la violencia psicológica, económica y física; agravado por el perfil del agresor, que es sumamente agresivo, impulsivo, con baja autoestima e incapaz de resolver problemas; teniendo como polo opuesto a una víctima que se auto culpabiliza de las agresiones, aislada socialmente, incapaz de resolver problemas y con baja autoestima.
- Las complicaciones maternas encontradas en este estudio tienen una tendencia inclinada hacia el grupo de mujeres violentadas, ya que estas presentaron un mayor número mayor de complicaciones siendo las de mayor relevancia durante el embarazo; desnutrición y hemorragias vaginales, en el parto; estrés materno y cesárea, en el puerperio; depresión postparto e infección de vías urinarias, en contraste con las mujeres no violentadas que presentaron un menor número de complicaciones en el embarazo; obesidad y en el parto, cesárea.

- Para las complicaciones neonatales, el grupo que más presentó complicaciones fueron los hijos e hijas de mujeres violentadas siendo las complicaciones antenatales más relevantes; macrosomia, óbito fetal, retardo del crecimiento intrauterino, entre las natales estuvieron, Sufrimiento Fetal y aspiración de meconio, en las complicaciones post natales estuvieron, dificultad en la lactancia y distrés respiratorio. En contraste con el grupo de neonatos de mujeres no violentadas los cuales presentaron solamente las complicaciones de retardo del crecimiento intrauterino y distrés respiratorio.
- Para finalizar el estudio encontró una alta relación entre la violencia doméstica en el embarazo y las complicaciones maternas neonatales, ya que los valores encontrados de χ^2 superan el valor teórico que de 3.84, lo cual indica que es de relevancia estadística la relación entre estas dos variables.

RECOMENDACIONES

Siendo el Hospital Nacional de la Mujer una institución pública, dinámica con diversificación de servicio y con objetivo de una atención integral a la mujer se le recomienda, implementar una acción que incorpore las siguientes estrategias y acciones que se plantean a continuación.

ESTRATEGIA 1: FORMACIÓN DE REDES DE SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, COORDINADA POR EL HOPSTTAL NACIONAL DE LA MUJER.

Acción 1: Establecer redes estratégicas entre el Hospital Nacional de la Mujer, Unidades Comunitarias de Salud Familiar y Escuelas locales.

Acción 2: Capacitación de personal clave en unidades comunitarias de salud familiar y escuelas en temas de salud sexual integral en la adolescencia,

Acción 3: Realización e implementación de un proyecto educativo asistencial en salud sexual y reproductiva integral (SSRI), dirigida a adolescentes líderes que incorpore temas como:

- ✓ Prevención de violencia en las diferentes etapas de la vida
- ✓ Empoderamiento y autoestima
- ✓ Salud sexual y reproductiva
- ✓ Derechos sexuales y reproductivo

Acción 4: Multiplicación de conocimiento formando grupo de adolescentes para que estos multiplique lo aprendido y den a conocer a otra población vulnerable y adolescentes.

ESTRATEGIA 2: CREAR GRUPOS DE APOYO ADOLESCENTE; DE ADOLESCENTES PARA ADOLESCENTES PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO, DIRIGIDO POR EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER , EN ALIAZA CON UNIDADES COMUNITARIAS EN SALUD FAMILIAR Y CENTROS ESCOLARES.

Acción 1: Captación de tutores voluntarios capacitados en SSRI, para la creación de grupos adolescentes, para la el programa “PREVENGAMOS EL EMBARAZO TEMPRANO.”

Acción 2: Reuniones de grupos de apoyo adolescentes para la prevención del embarazo temprano (GAAPET), para la planificación y evaluación de acciones de promoción: “PREVENGAMOS EL EMBARAZO TEMPRANO.”

Acción 3: desarrollo de acciones de promoción mensualmente por el GAAPET, como caminatas, marchas, concentraciones entre otras.

ESTRATEGIA 3: INCORPORAR DENTRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN SALUD, A ÉL O LA PROFESIONAL MATERNO INFANTIL PARA LA EVALUACIÓN INTEGRAL DURANTE LA GESTACION.

Acción 1: Incorporara a toda mujer con decisión de embarazarse a una atención preconcepcional, brindada por un profesional Materno Infantil, para la detección temprana de la violencia doméstica.

Acción 2: Evaluó, monitoreo integral de la mujer y el producto de la gestación por un equipo multidisciplinario; licenciada en Salud Materno Infantil, Psicólogo, Nutricionista, Médico Gineco-Obstétra, para minimizar las complicaciones maternas neonatales.

Acción 3: Implementar acciones de promoción de la salud integral, en el grupo de familiares, para una vida familiar libre de violencia y de esta manera contribuir a la salud integral de la mujer durante su gestación.

Acción 4: Crear un espacio especial de consejería obstétrica, con la finalidad de que las mujeres tomen mejores decisiones, en su salud sexual y reproductiva, prevención de violencia entre otros.

Acción 5: Detección y referencia oportuna para minimizar complicaciones.

COROLARIO

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																			
	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Entrega de la propuesta de investigación																				
2. Entrega de primer avance de protocolo de investigación																				
3. Asesoría para correcciones de avances																				
4. Segunda entrega de correcciones																				
5. Asesoría para corrección de avances																				
6. Entrega de tercer protocolo de investigación.																				
7. Asesoría del producto entregado.																				
8. Entrega de protocolo final																				
9. Entrega de borrador final																				
10. Aprobación de protocolo de investigación.																				

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																			
	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
11. Corrección del instrumento																				
12. Recolección de la información prueba piloto																				
13. Recolección de la información																				
14. Tabulación y análisis de la información recolectada.																				
15. Entrega de primer avance informe final																				
16. Asesoría para corrección de informe final																				
17. Elaboración final del informe final																				
18. Defensa del tema de investigación																				
19. Culminación de la tesis																				

PRESUPUESTO

RUBRO "A" RECURSOS HUMANOS		
ACTIVIDADES E INSUMOS	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
2 investigadoras	\$15.00x hora(200)(2)	\$6000
1 asesora experta	\$20.00x (75)	\$1500.00
RUBRO "B" RECURSOS MATERIALES		
ACTIVIDADES E INSUMOS	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
transporte para asesoría	\$8.00 X 20 ASESORIAS	\$1600.00
Transporte para recolección de la investigación	\$4.00x 30	\$120.00
Fotocopias	\$0.02 (1000)	\$20.00
Bolígrafo, lápiz, libreta de apuntes	\$3.00(2)	\$6.00
Adelantos de la investigación	\$10.00(25)	\$2500.00
Impresión de protocolo e informe final	\$10.00(9)	\$90.00
Empastado	\$30.00(3)	\$90.00
Defensa de tesis	\$100(2)	\$200.00
TOTAL		\$12.126.00

Bibliografía

1. FETAL.NET M. MATERNO FETAL.NET. [En Línea].; 2016 [citado el 20 de mayo 2016]. Disponible en: [MATERNO FETAL.NET](#).
2. grafica Ip. Aporte. El Sistema de Prevención de la Violencia de Género (SPVG) es una herramienta para evitar la violencia contra la mujer. Disponible en : <http://www.laprensagrafica.com/2014/11/20/violencia-contra-las-mujeres-presente-en-90-del-pais#sthash.gq0SQ1t1.dp>. [En Línea].; 2014 [citado el 10 de julio. Disponible en : <http://www.laprensagrafica.com/2014/11/20/violencia-contra-las-mujeres-presente-en-90-del-pais>.
3. ORMUSA. VIOLENCIA DOMÉSTICA. [En Línea].; 2016 [citado el 13 de junio 2016. Disponible en : <http://observatoriodeviolencia.ormusa.org/violenciaintrafamiliar.php>.
4. CRISTINA NAVA O. CONTRBUACION A LAS CIENCIAS SOCIALES. [En Línea].; 2016 [citado el 13 JUNIO 2016. Disponible en : <http://www.eumed.net/rev/cccss/06/cmnf2.htm>.
5. victoria f. características sociodemográficas de mujeres maltratadas. [En Línea].; 2015 [citado el 12 de junio 2016. Disponible en : <https://dialnet.uirioja.es/serviet/articulo?codigo=1355194>.
6. buss. obstetricia y ginecologia. diario medico. 2009 julio; 1(2).
7. INFOGEN. infogen violencia y embarazo. [En Línea].; 2014 [citado el 11 de junio 2016. Disponible en : <http://infoген.org.mx/violencia-y-embarazo/>.
8. embarazo Ovee. avances. [En Línea].; 2014 [citado el 11 de junio 2016. Disponible en : http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter4/es/index4.html.
9. gomez dr. materno fetal. [En Línea].; 2013 [citado el 12 de junio 2016. Disponible en : <http://www.maternofetal.net/4violencia.html>.
- 10 carlo vides ca. perfil demografico de mujeres afectadas por violencia. investigacion. ; 2009.
.
- 11 revista obstetrica y ginecologica. diario medico. 2009 julio; 1(2).
.
- 12 embarazo Ovee. avances. [En Línea].; 2013 [citado el 11 de junio 2016. Disponible en :
.
http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter4/es/index4.html.

ANEXOS

ANEXO1: GUIA DE ENTREVISTA



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL



GUÍA DE ENTREVISTA: Violencia doméstica durante el embarazo y su relación con complicaciones maternas neonatales.

OBJETIVO: Entrevistar a las mujeres violentadas y no violentadas del servicio de puerperio del Hospital Nacional de la Mujer, para reconocer si la violencia doméstica en el embarazo está relacionada con las complicaciones materna neonatales.

Indicaciones:

- La persona entrevistada responderá la siguiente guía de entrevista según su vivencia.

- Marcar con bolígrafo azul o negro.

Entrevistadora _____

Fecha: _____ Instrumento N^o: _____

Positiva a violencia doméstica _____ negativa a violencia doméstica _____

D1 CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

- 1- Edad: _____
- 3- Nivel educativo _____
- 4- ocupación _____
- 5- estado civil _____
- 6- Ingreso económico familiar _____
- 7- Número de personas que aportan económicamente _____
- 8- Área de residencia _____

D2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

9- ¿edad que tenía cuando nació su primer hijo?

OPCIÓN	SI	NO
10 - 15		
16 - 20		
21 - 30		
30 - 40		
Más de 40		

10- Formula obstétrica G__p__p__A__V__

11- ¿número de controles prenatales?

OPCIÓN	SI	NO
0		
1 - 2		
3 - 4		
5 y mas		

12- Antecedentes de complicaciones en el embarazo y parto

COMPLICACIÓN	SI	NO
abortos		
Óbitos		
Malformaciones		
Anomalías del feto		
RCIU		
Parto prematuro		
ITS		

13-antecedentes de complicaciones en el puerperio

COMPLICACION	SI	NO
fiebre		
hemorragias		
endometritis		
Mastitis		
IVU		
Otras infecciones		
Otras		

D3 CARACTERISTICAS DE LA VIOLENCIA

14- tipificación de la violencia económica

OPCIÓN	SI	NO	EN QUE TRIMESTRE
limitación del dinero			
Control del dinero y gasto			
Impedir el ingreso del dinero			
Se considera dependiente de su pareja			
Otro _____			

15-Tipificación de la violencia física

OPCIÓN	SI	NO	EN QUE TRIMESTRE
puñetazos			
aruñones			
empujones			
Heridas con arma de fuego			
Herida con arma corto punzante			
Otro _____			

16-Tipificación de la violencia patrimonial

OPCIÓN	SI	NO	EN QUE TRIMESTRE
Daño a bienes comunes			
Dalos a viene personales			
Destrucción, daño o perdida de posesiones personales			
Retención de objetos o documentos			
Otro _____			

17-Tipificación de la violencia sexual

OPCIÓN	SI	NO	EN QUE TRIMESTRE
Obligación a mantener relaciones			
Acoso verbal			
Obligación al contacto sexual genital y no genital			
Otro _____			

18-Tipificación de la violencia simbólica

OPCIÓN	SI	NO	EN QUE TRIMESTRE
Ha utilizado imágenes para desvalorarla			
Las amenaza atraves de señas o mensajes			
Otro _____			

19-Tipificación de la violencia psicológica y emocional

OPCIÓN	SI	NO	EN QUE TRIMESTRE
La ha amenazado			
La humilla en publico			
La humilla en privado			
La culpabiliza			
Le limita su libertad			
Le hace sentir mal			
La desvaloriza			
Otro _____			

20-Razones del agresor para utilizar violencia

OPCION	SI	NO
Es celoso, no quieren que vean o toquen lo "suyo"		
Sospecha que otro hombre es el responsable del embarazo		
Considera el embarazo una carga económica		
Temor de abandono y desapego		
Tiene miedo de ser padre		
Considera a la mujer manos capaz de tomar represarias		

21- Perfil del agresor

OPCION	SI	NO
Mala comunicación		
No puede resolver problemas		
Baja autoestima		
Es impulsivo		
Es agresivo		
Necesidad de dominar		

Es machista		
Es celoso		
Es posesivo		

22-Perfil de la víctima de violencia

OPCION	SI	NO
Baja autoestima		
Se siente culpable por ser agredida		
Se siente fracasada como esposa, mujer y madre		
Incapaz de resolver problemas		
Cree que nadie puede ayudarla		
Se aísla socialmente		
Riesgo de caer en adicciones		
Acepta el mito de superioridad masculina		
Teme el estigma del divorcio		

23-test de autoestima para pareja

OPCIÓN	SI	NO
Se acepta cómo persona.		
Tiene confianza en mí mismo.		
La mayoría de las personas lo aprecian.		
Se expresa fácilmente en un grupo.		
Piensa que merezco ser feliz.		
Cree que su opinión es tan importante como la de los demás.		
Cuando una relación se hace insoportable, ¿puede dejarla?		

24-Test de autoestima para entrevistada

OPCIÓN	SI	NO
Se acepta cómo persona.		
Tiene confianza en mí mismo.		
La mayoría de las personas lo aprecian.		
Se expresa fácilmente en un grupo.		
Piensa que merezco ser feliz.		
Cree que su opinión es tan importante como la de los demás.		
Cuando una relación se hace insoportable, ¿puede dejarla?		

25-En qué fase de la violencia se encuentra con su pareja

OPCION	SI	NO
En su último contacto con su pareja le estaba gritando		
estaban discutiendo		
le estaba humillando		
La estaba golpeando		
Se disculpó por una discusión anterior		
Le prometió que no volvería a gritarle o pegarle		

FICHA DE REGISTRO DE COMPLICACIONES MATERNAS NEONATALES

COMPLICACIONES MATERNAS

FICHA NUMERO		FECHA:	
POSITIVO A VIOLENCIA		NEGATIVO A VIOLENCIA	

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS:

- EN EL EMBARAZO.

Tipo de control	básico	especializado	N° de controles		
	N°	Controles prenatales			
	Datos	Peso	TA	AU	FCF
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	Mas				

- EN EL PARTO.

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO			VIA DEL PARTO	VAGINAL	CESAREA
MOTIVO DE INDICACION DE CESAREA					
EPISIOTOMIA	SI	NO	TIPO DE PLACENTA		
CALCIFICACIONES	SI	NO	PLACENTA COMPLETA O INCOMPLETA		

- EN EL PUERPERIO

SIGNOS VITALES POSTPARTO	FR	FC	TA	AU	T°
---------------------------------	----	----	----	----	----

COMPLICACIONES Y PATOLOGÍAS EN EL EMBARAZO

TIPO DE COMPLICACIONES	SI	NO
IMC inadecuado		
Infecciones vaginales		

Sangrados vaginales		
Trauma		
Aborto		
RPM		
Placenta previa		
Infección uterina.		
Muerte		

COMPLICACIONES Y PATOLOGÍAS EN EL PARTO

TIPO DE COMPLICACIONES	SI	NO
Hemorragias		
Aumento de la presión arterial		
Atonía uterina		
Rotura uterina		
Descompensación cardiaca		
RPM		
Fiebre		
Estrés materno		
shop anabólico		
convulsión		
Muerte.		

COMPLICACIONES Y PATOLOGIAS EN EL PUERPERIO

TIPO DE COMPLICACIONES	SI	NO
Fiebre		
Hemorragias		
Endometritis		
Desgarros		
Mastitis		
tromboflebitis		
Trastornos del sueño		
Depresión postparto		
Disuria (IVU)		
Loquios fétidos		
Otras infecciones.		

COMPLICACIONES NEONATALES

- Características del neonato.

PRESENTACION		EDAD GESTACIONAL			
APGAR	REANIMACION NEONATAL	SI		NO	
SIGNOS VITALES	FR	FC		Tº	
ANTROPOMETRIA	PESO	LONGITUD	PC	PT	PA

COMPLICACIONES EMBRIONARIAS Y FETALES DURANTE EL EMBARA

- Malformaciones incompatibles con la vida

TIPO DE MALFORMACION	SI	NO
Anencefalia		
Encéfalo		
Atresia duodenal		
Hidranencefalia		
Holoprocencefalia		
Atresia laríngea		
Atresia diafragmática		
Atresia renal		
Secuencia de potter		
Ectopia cardis		
Pentalogia de cantrell		
Síndrome de bandas amnióticas		
Limb – body Wall complex		
Displasia esqueléticas graves		
Cromosopatias		
Malformaciones cardiacas graves		
Hiposplasia del vermix		
Hidrocefalia		
Alteraciones graves del SNC		
Atresia del cuerpo calloso		
Hernia grave		
Esclerosis tuberosa		
Hidrops grave		

Malformaciones compatibles con la vida

TIPO DE MALFORMACION	SI	NO
Hernia diafragmática leve		
Adenopatía quística pulmonar		
Displasia esquelética leve		
Labio leporino		
Paladar hendido		
Parálisis cerebral		
Pie deforme		
Displasia de cadera		
Hipotiroidismo congénito		
Síndrome de alcoholismo fetal		
Distrofia muscular leve		
Fenilcetonuria		
Anemia falciforme		
Citomegalovirus		
Sífilis congénita		

Otras alteraciones iniciadas en el embarazo

Complicaciones	Si	No
RCIU		
Oligohidramnios		
Polidramnios		
Macrosomia		

COMPLICACIONES NEONATALES DURANTE EL PARTO

TIPO DE COMPLICACIÓN	SI	NO
Falla de descenso		
Sufrimiento fetal		
Prolapso de cordón		
Distosias		
Apgar bajo		
Circular de cordón		
Aspiración de meconio		
Muerte.		

COMPLICACIONES NEONATALES DURANTE EL PUERPERIO

TIPO DE COMPLICACIÓN	SI	NO
Distrés		
Ictericia		
Sepsis		
Neumonía nosocomial		
Fallo en apego madre – hijo		
Dificultad en la lactancia		
Irritabilidad		
Muerte neonatal		