



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

## AREA DE LA SALUD HUMANA

### Carrera de Medicina

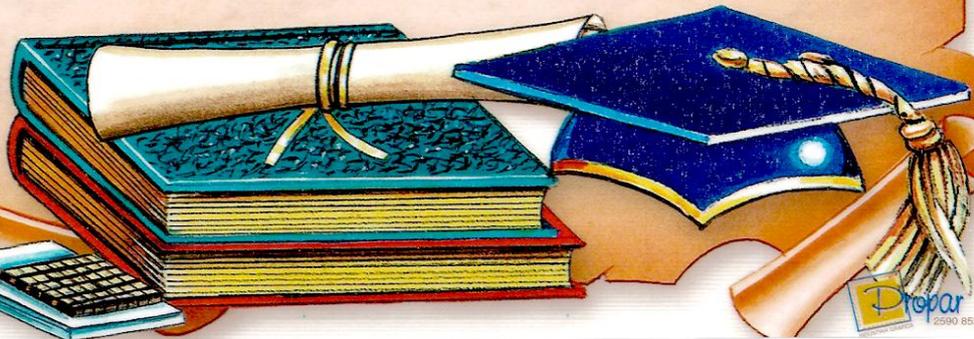
# "VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA GESTANTE Y SU HIJO/HIJA"

TESIS DE PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE MÉDICO GENERAL

**AUTOR:** *Andrea Yadira Tenezaca Medina*  
**DIRECTORA:** *Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.*

*Loja - Ecuador*  
*2014*

No basta con  
alcanzar la  
sabiduría, es  
necesario saber  
utilizarla.



# CERTIFICACIÓN

**Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán**

**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

## **CERTIFICA:**

Que una vez revisado el trabajo de investigación denominado **“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA GESTANTE Y SU HIJO/HIJA”**, realizado por Andrea Yadira Tenezaca Medina, estudiante de la Carrera de Medicina Humana, previo a la obtención del título de MÉDICO GENERAL, y habiéndose verificado el cumplimiento de las observaciones y sugerencias realizadas, se autoriza su presentación final para la evaluación correspondiente.



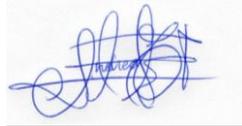
**Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.**  
**DIRECTORA DE TESIS**

# AUTORÍA

Yo, Andrea Yadira Tenezaca Medina declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma:



Autora: Andrea Yadira Tenezaca Medina

Cédula: 1104973423

Fecha: 25-10-2014

# CARTA DE AUTORIZACIÓN

## CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo **Tenezaca Medina Andrea Yadira** declaro ser autora de la tesis titulada: “VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA GESTANTE Y SU HIJO/HIJA” como requisito para optar al grado de: Médico General; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 28 días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma el autor.

**Firma:**



**Autor:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

**Cédula:** 1104973423

**Dirección:** Barrio Las Pitas II, Calle Manuel Agurto

**Correo electrónico:** andreita\_yady21@hotmail.es

**Teléfono:** 2695-203

**Celular:** 0968103300

### DATOS COMPLEMENTARIOS:

**Director de tesis:** Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

#### Tribunales de grado:

Dr. Ernesto Rodrigo Ortiz Flores, Mg Sc (Presidente del Tribunal)

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento (Miembro del Tribunal)

Dr. Lindon Zapata Loaiza (Miembro del Tribunal)

# DEDICATORIA

A Dios que me ha dado la vida y ha conspirado para que mi sueño se vuelva realidad.

A la grandiosa familia que Dios me ha dado, la misma que ha inculcado en mí, valores de superación personal, son lo más valioso que tengo en la vida y siempre han estado presentes en mis dificultades. Con su ejemplo me han demostrado que puedo alcanzar mi felicidad.

Con amor

**Andrea Yadira Tenezaca Medina**

# AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento en primer lugar a Dios, el creador de todo y motor de mi vida, por darme la idea de este tema de gran importancia.

A mi familia, mis mejores amigas que han estado presentes en todas las batallas y los triunfos de mi vida.

A mi esposo por ser mi complemento y mi fortaleza en esta ardua carrera. Te amo.

A mí amada Universidad Nacional de Loja, en especial a la Carrera de Medicina, los profesores que trabajan en ella, que ponen énfasis en cultivar buenos valores y conocimientos esenciales teóricos-prácticos en sus estudiantes.

Gracias a mi Directora de Tesis, Dra. Elvia Raquel Ruíz Bustán, por su esmero en la colaboración del presente trabajo investigativo.

Gratitud a las madres hospitalizadas, en las Salas de Posparto del Hospital Isidro Ayora, por su colaboración voluntaria y la confianza puesta en mí persona, al aportar datos de íntima confidencialidad.

**Andrea Yadira Tenezaca Medina**

# **1. TÍTULO**

“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR DE  
RIESGO PARA LA GESTANTE Y SU HIJO/HIJA”

## 2. RESUMEN

La violencia contra la gestante instituye un tema de gran importancia, en el cual el maltrato contra las mismas y los niños está vinculado en múltiples formas. El objetivo de este trabajo investigativo es asociar la exposición a la violencia Intrafamiliar durante el embarazo, con las complicaciones obstétricas y perinatales. Se realizó un estudio de casos y controles en el H.I.A.L., en una muestra de 116 puérperas y sus recién nacidos, se determinó al grupo de casos como aquellas que tuvieron más de 2 complicaciones obstétricas, la exposición se basó en un cuestionario, compuesto por cinco preguntas, las cuales indagan por la experiencia de violencia psicológica, física y sexual que fueron respondidas con “sí” o “no”. **Resultados:** La prevalencia de exposición a la V.I. fue de 19,86%. La de tipo psicológica con 52% fue la más frecuente. Las mujeres maltratadas tuvieron 2,77 veces más riesgo de presentar complicaciones obstétricas, y la muerte perinatal se asoció estadísticamente a la violencia de la madre.

**Palabras clave:** violencia, maltrato, gestante, hijo, hija, factor de riesgo.

## 2.1. ABSTRACT

Violence against pregnant institutes a major issue, in which the abuse of such women and children is linked in multiple ways. The objective of this research work is to associate exposure Domestic violence during pregnancy with obstetric and perinatal complications. A study of cases and controls in the HIAL, in a sample of 116 postpartum women and their newborns, we determined the group of cases as those who had more than 2 obstetric complications was performed, exposure was based on a questionnaire, consisting of five questions, which investigate the experience of psychological, physical and sexual violence were answered with "yes" or "no." **Results:** The prevalence of exposure to the VI was 19.86%. The psychological type with 52% was the most frequent. Abused women were 2.77 times more risk of obstetric complications, perinatal death and violence associated statistically mother.

**Keywords:** violence, abuse, pregnant, son, daughter, risk factor.

### **3. INTRODUCCIÓN**

La violencia intrafamiliar, es un fenómeno social de múltiples y diferentes dimensiones, actualmente es considerado como un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1995 estableció entre sus objetivos estratégicos: la lucha contra la violencia dirigida a las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud; el 10 de septiembre del 2007, se declaró como política de Estado en Ecuador y con rango de mandato constitucional la erradicación de la violencia de género.

La violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas, y entre los grupos más vulnerables de este fenómeno social se encuentran las madres embarazadas, en las cuales no se arriesga una, sino dos o más vidas, siendo éste un problema de interés social, dentro del ámbito de la maternidad y la infancia.

En nuestro país se han desarrollado programas con el fin de promocionar la salud materna y disminuir las complicaciones durante el embarazo, el parto y el postparto. Por desgracia actualmente no existe mayor interés por parte de los profesionales de la salud, de recaudar como requisito importante dentro de la historia clínica, todos los datos concernientes a la presencia de violencia intrafamiliar en las embarazadas.

Las mujeres embarazadas víctimas de la violencia instituyen un tema de gran importancia, en el cual la violencia contra las mismas y los niños está vinculada en múltiples formas.

Es así que existe nueva evidencia que corrobora que la relación entre la violencia en la niñez y contra la mujer comienza muy temprano en la vida para algunos niños y niñas, por ejemplo, con la violencia del compañero íntimo a la madre durante el embarazo. Esto nos conduce a estudios que documentan que la prevalencia de la violencia física durante el embarazo llega hasta un 32% en

algunos países, aunque en la mayoría de ellos entre el 4% y el 9% de las mujeres indican haber sufrido violencia de pareja durante el embarazo. (5)

Entonces resulta que muchas mujeres embarazadas son víctimas de abuso por parte de sus parejas. Este puede comenzar o aumentar durante el embarazo, por lo tanto representa un riesgo para la mujer y para el feto, ya que es probable que el perpetrador del abuso dirija los golpes a los senos y vientre de la mujer involucrada. (6)

No obstante, el abuso también puede disminuir durante el embarazo. De hecho, algunas mujeres se sienten seguras sólo cuando están embarazadas. Saben por experiencia que “él nunca me golpea cuando estoy embarazada”. Sin embargo, en estos casos el abuso puede continuar poco después del nacimiento del bebé. Esto puede conducir a embarazos repetidos como una manera de escapar del abuso. (1)

De cualquier modo, cabe señalar que se cita a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que a la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria (7). Por lo que es posible afirmar que más mujeres embarazadas fallecen por violencia intrafamiliar, siendo el homicidio la principal causa de muerte materna en el embarazo y el perpetrador más probable la pareja. (8)

Al respecto conviene decir que los riesgos de la violencia durante el embarazo incluyen hemorragia, aumento de peso insuficiente, infecciones vaginales, cervicales o renales, sangrado vaginal, trauma abdominal, Preeclampsia, exacerbación de enfermedades crónicas, placenta previa, abortos espontáneos, lesión fetal, recién nacido con bajo peso, muerte perinatal. Complicaciones durante el parto como: desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro, parto por cesárea, etc.

Añádase a esto que 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 madre y su niño no nacido.

Cabe citar que 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. (7) De aquí que si el embarazo es imprevisto o no deseado, la violencia de género llega a ser cuatro veces más probable, a su vez esto representa una manifestación más de maltrato; pues las mujeres víctimas podrían no ser capaces de modificar su actividad sexual o de utilizar anticonceptivos. Por lo que estarían expuestas a un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual durante el embarazo.

Es importante mencionar que el mayor factor de riesgo aislado para la violencia intrafamiliar durante el embarazo es el antecedente de violencia en el año previo al embarazo.

Además de los daños físicos ya mencionadas, la violencia doméstica durante el embarazo puede tener 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 madre en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto.

De esta manera la víctima gestante podría tener acceso limitado a la atención médica, el suministro de medicamentos, o incluso comida, acarreando serias consecuencias en la salud de la madre y el feto. Esto se corrobora en varios estudios que han encontrado que la mujer maltratada solicita atención prenatal en etapas significativamente más avanzadas en comparación con aquellas que no sufren de abuso. (2)

Queda por aclarar, que en la ciudad de Loja, según datos aportados por la Comisaria de la Mujer, en 2012, 1971 mujeres presentaron la denuncia concerniente a violencia intrafamiliar, en comparación a 1997 féminas en el 2011, de las cuales únicamente 659 y 322 agresores respectivamente han sido

sancionados. También se recolectaron datos exclusivos de Mayo a Octubre de 2012, en los que 20 gestantes reportaron abuso, no se documentó la estadística de los meses faltantes debido a la ausencia de los instrumentos de investigación.

En razón de tan grave problemática, se planteó el tema: Violencia Intrafamiliar como factor de riesgo para la gestante y su hijo/hija, el mismo que se realizó en las puérperas y los recién nacidos internados en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Este estudio se orientó a mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas que se encuentran emocional y físicamente afectadas, a la familia lojana, y la sociedad en general, pues es en el vientre de la madre donde se forma un vínculo afectivo entre el nuevo ser y sus progenitores, siendo ahí el lugar donde se construye los lazos afectivos o por el contrario el sentimiento de culpa, baja autoestima, o denigración de la dignidad de los hijos, y desde este momento se desencadena el abuso a otros grupos vulnerables de la sociedad.

Por lo que es importante investigar sobre el abuso durante el embarazo y las posibles complicaciones en las gestantes maltratadas, que den una idea al personal de salud, y a las autoridades concernientes, acerca de este grave riesgo obstétrico, que interviene en la morbilidad y mortalidad de las gestantes, los recién nacidos, y en los futuros grupos sociales.

Con lo mencionado anteriormente este trabajo se desarrolló con la finalidad de:

- Estimar el tipo de violencia intrafamiliar más frecuente en las gestantes
- Identificar las complicaciones obstétricas relevantes en los grupos de investigación (casos y controles).
- Establecer las complicaciones perinatales en los recién nacidos de las madres que conforman los grupos de investigación (casos y controles).

- Evaluar la asociación entre la violencia intrafamiliar con el riesgo obstétrico y el riesgo perinatal.

Según los resultados demostrados en esta investigación, se concluye que las mujeres agredidas durante el embarazo tienen un riesgo de 2,77 veces mayor para la presentación de complicaciones obstétricas en comparación con las no maltratadas. La muerte perinatal se asocia representativamente a la violencia de la madre. Por lo que se establece la hipótesis alterna que afirma esta asociación.

## **4. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **4.1. CONCEPTUALIZACIÓN**

#### **4.1.1. VIOLENCIA**

La Organización Mundial de la Salud la define como:

“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

La definición usada por la Organización Mundial de la Salud vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen. Se excluyen de la definición los incidentes no intencionales, como son la mayor parte de los accidentes de tráfico y las quemaduras. La inclusión de la palabra “poder”, además de la frase “uso intencional de la fuerza física”, amplía la naturaleza de un acto de violencia así como la comprensión convencional de la violencia para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación.

Decir “uso del poder” también sirve para incluir el descuido o los actos por omisión, además de los actos de violencia por acción, más evidentes. Por lo tanto, debe entenderse que “el uso intencional de la fuerza o el poder físico” incluye el descuido y todos los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico, Esta definición cubre una gama amplia de consecuencias, entre ellas los daños psíquicos, las privaciones y las deficiencias del desarrollo.

Esto refleja el reconocimiento cada vez mayor, por parte de los investigadores y los profesionales, de la necesidad de incluir los actos de violencia que no causan por fuerza lesiones o la muerte, pero que a pesar de todo imponen una carga sustancial a los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia sanitaria en todo el mundo. Numerosas formas de violencia contra las mujeres, los niños y los ancianos, por ejemplo, pueden dar lugar a problemas físicos, psíquicos y sociales que no necesariamente desembocan en

lesión, invalidez o muerte. Estas consecuencias pueden ser inmediatas, o bien latentes, y durar muchos años después del maltrato inicial.

Por lo tanto, definir los resultados atendiendo en forma exclusiva a la lesión o la muerte limita la comprensión del efecto global de la violencia en las personas, las comunidades y la sociedad en general. (9)

#### **4.1.2. EMBARAZO**

Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los períodos embrionario y fetal. Dura unos 266 días (38 semanas) a partir de la fecundación, pero en clínica se toma como fecha de partida el día del comienzo de la última menstruación y se considera que se prolonga 280 días (40 semanas). (10)

#### **4.2. Riesgo.**

Estado de vulnerabilidad de un individuo o una población frente a una enfermedad o lesión en particular. Desde el punto de vista perinatal, es la posibilidad de muerte o invalidez, que puede ocurrir en el desarrollo y crecimiento del feto desde la viabilidad hasta los 28 días de vida posnatal. Es un concepto de salud pública que abarca la vida y la salud de la madre y su hijo. (11)

##### **4.2.1. Riesgo Reproductivo.**

Es la probabilidad de enfermar o morir que puede tener la madre, el feto o el recién nacido. Es un indicador de necesidad que permite identificar a las mujeres, a las familias o comunidades más vulnerables.

Las etapas del riesgo reproductivo son las siguientes: 1. Preconcepción, cuando el análisis de los factores de riesgo se realiza antes de que ocurra el embarazo 2. Obstétrico, cuando la detección de los riesgos se realiza durante el embarazo y el parto. 3. Perinatal, cuando los factores se detectan desde la vigésima octava semana de la gestación hasta los siete días de vida neonatal.

#### **4.2.2. Riesgo Preconcepcional**

Este concepto se aplica durante el período intergenésico. El objetivo durante esta etapa es el estudio de la mujer en edad fértil no gestante, con el fin de determinar los factores de riesgo que podrían producir un daño a la salud de la madre o de su hijo, en un próximo embarazo. La lista de factores de riesgo durante esta etapa es muy larga, sin embargo, los más importantes son: edad, paridad intervalo intergenésico, educación y antecedentes obstétricos. Existen otros riesgos que se relacionan con la salud de la mujer en la edad fértil y la presencia de uno o varios, permite clasificarla como de riesgo. Estos factores se anotan a continuación:

- Enfermedades congénitas (Down)
- Diabetes • Hipertensión crónica • Insuficiencia cardíaca
- Psicosis • Insuficiencia renal • Cáncer • Epilepsia
- Estatura pequeña, menor de 140 cm.

#### **4.2.3. Riesgo Obstétrico**

Se utiliza para clasificar los riesgos que ocurren durante el embarazo y el parto. Prácticamente son iguales a los encontrados en la etapa preconcepcional, lo importante es corregir el problema antes del embarazo; de lo contrario, el riesgo se puede incrementar. Con la aplicación del riesgo obstétrico se puede disminuir la morbimortalidad, pero no es fácil eliminarla totalmente, toda vez que es un instrumento de prevención secundaria. Con el riesgo preconcepcional; al contrario, se realiza una prevención primaria. Su utilidad es tanto clínica como epidemiológica. Su uso es limitado porque en la actualidad se conoce poco.

#### **4.2.4. Riesgo Perinatal**

El análisis de los factores de riesgo se efectúa en la gestante con 28 semanas y se extiende hasta los siete días de vida neonatal. Se utiliza como instrumento de predicción, tanto desde el punto de vista materno como fetal y neonatal. Es un concepto más evolucionado que el riesgo obstétrico, además de considerar los riesgos maternos, también predice los que le ocurrirán al fruto.

### 4.3. FACTOR DE RIESGO OBSTÉTRICO

Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una misma gestante pueden concurrir varios factores con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico ya que el mismo puede incrementarse, disminuir o mantenerse sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.

El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo. Representa el riesgo individual.

El conocimiento del valor del riesgo relativo es importante para el obstetra que se responsabiliza con la atención directa de una gestante determinada. La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, que tiene en cuenta no sólo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la colectividad y su conocimiento es muy importante para los responsables de salud de un área, municipio o provincia cuando deben reducir la prevalencia de factores de riesgo en la población.

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de tres tipos:

1. Relación causal: El factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ejemplos: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
2. Relación favorecedora: En ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ejemplo: la gran multiparidad favorece la situación transversa y ésta el prolapso del cordón umbilical.

3. Relación predictiva o asociativa: Se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ejemplo: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más riesgo de perder su próximo hijo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros hechos no necesariamente los causan.

En realidad, la mayoría de los factores de riesgo tienen una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño) debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no se llegaría a producir el daño. La detección precoz y/o la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta prenatal de las pacientes con factores de riesgo.

En este concepto se añaden un grupo diferente de embarazos, variando la incidencia según los criterios obstétricos entre el 15 y el 60%.

La comparación de la evolución entre los grupos de embarazadas de riesgo y las normales destaca un hecho esencial: que también se producen accidentes perinatales en el grupo de embarazadas a priori normales; es decir; que no existe un embarazo sin riesgo potencial. (11)

Los factores de riesgo pueden ser clasificados en endógeno o biológicos, propios del individuo (edad, sexo, paridad, peso, talla, etc), y exógenos o del medio ambiente. (12)

#### **4.4. VIOLENCIA**

Es importante tomar en cuenta que tanto los marcos legales nacionales, como el sistema común de información de salud del país, utiliza el término “maltrato” - para el caso de niños, niñas y adolescentes- como término homónimo de violencia,

##### **4.4.1. TIPOS DE VIOLENCIA**

Las definiciones utilizadas provienen de los marcos legales nacionales y en algunos casos, de acuerdos y leyes internacionales suscritas por el país. En otras ocasiones se incorporan avances conceptuales desarrollados desde las

múltiples disciplinas sociales con la finalidad de alcanzar una visión integral y abarcativa de la temática.

#### **4.4.1.1. Abuso sexual infantil**

Sin perjuicio de lo que dispone el Código Penal sobre la materia, para los efectos del presente Código constituye abuso sexual todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas, o cualquier otro medio.

Para efecto de esta norma se considerará y utilizarán los términos maltrato o violencia como equivalentes en *sindéresis* con los marcos legales y la CIE-10.

#### **4.4.1.2. Acoso Sexual**

El que solicitare favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o análoga con el anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal relacionado con las legítimas expectativas que pueda tener en el ámbito de dicha relación, será castigado como autor de acoso sexual con pena de prisión de seis meses a dos años

#### **4.4.1.3. Violencia patrimonial o económica.**

Constituye una forma más de violencia psicológica que, en ocasiones, coarta la libertad física porque impide a la persona el ejercicio de su libertad de movimiento y acción; consiste en privar a la persona de los medios económicos de subsistencia para ella y sus hijos o de afectarla patrimonialmente,

Ejemplo, vender los bienes sin el consentimiento de la persona, negarle o privarle de los recursos económicos para el sostenimiento de los hijos, quitarle el sueldo o el dinero.

#### **4.4.1.4. Violencia de género**

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer”. En su artículo No. 1 la

define como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

#### **4.4.1.5. Femicidio**

Es el asesinato de la mujer por el hecho de serlo. Se basa en las relaciones desiguales de poder entre los hombres y las mujeres y puede darse en espacios privados o públicos. Es el continuo de la violencia de género que se manifiesta en violaciones, torturas, mutilaciones, esclavitud sexual, incesto y abuso sexual de niñas y mujeres dentro y fuera de la familia.

#### **4.4.1.6. Violencia intrafamiliar**

La Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia define:

Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Con definiciones similares el Código de la Niñez y Adolescencia utiliza el concepto homónimo de maltrato y violencia, en concordancia con el CIE-10

. Para efectos de aplicación de esta Norma se considera esta homologación (Art.4):

Se entiende por maltrato toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualesquiera sean el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluyen en esta calificación el trato negligente, o descuido grave o reiterado en el cumplimiento de las obligaciones para con los niños, niñas y adolescentes, relativas a la prestación de alimentos, alimentación, atención médica, educación o cuidados diarios; y su utilización en la mendicidad.

Maltrato psicológico es el que ocasiona perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima en el niño, niña o adolescente agredido.

Se incluyen en esta modalidad las amenazas de causar un daño en su persona o bienes o en los de sus progenitores, otros parientes o personas encargadas de su cuidado (Art. 67).

#### **4.4.1.6.1. Formas de violencia intrafamiliar**

Para los efectos de esta Ley, se considera:

- **Violencia física.-** Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerar el tiempo que se requiere para su recuperación.
- **Violencia psicológica.-** Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado.
- **Violencia Sexual.-** Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

#### 4.5. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO

Según la OPS, la violencia intrafamiliar puede provocar, entre otras complicaciones:

- Muerte por trauma letal (asesinato por parte de la pareja, o suicidio)
- Trauma abdominal que causa complicación obstétrica (ej. Hemorragia y/o desprendimiento de placenta)



Imagen: N° 1 situaciones frecuentes de violencia

Fuente: <http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2006/Por%20una%20maternidad%20y%20nacimiento%20seguros%20-%20Ecuador.pdf>

En Ecuador casi el 30% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia física antes de cumplir los 15 años. El doble de mujeres sin instrucción alguna ha sufrido maltrato físico en comparación con aquellas que tienen educación superior o de postgrado.

El 10 de septiembre de 2007, se declaró como política de estado en Ecuador y con rango de mandato institucional la erradicación de la violencia de género. (13)

Según un Informe elaborado en el 2008, por la Organización Mundial de la Salud, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, y el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas, globalmente el 35% de las mujeres del mundo entero han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja.

En su mayor parte, se trata de casos de violencia conyugal. En todo el mundo, casi un tercio (el 30%) de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta el 38%; a nivel

mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal, una cifra muy alarmante; las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja corren un mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud importantes. Así, por ejemplo, tienen un 16% más de probabilidades de dar a luz a bebés con insuficiencia ponderal, y más del doble de probabilidades de sufrir un aborto o casi el doble de probabilidades de padecer una depresión y, en algunas regiones, son 1,5 veces más propensas a contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sido víctimas de violencia conyugal. (14)

Muchas mujeres embarazadas son víctimas de abuso por parte de sus parejas. El abuso puede comenzar o aumentar durante el embarazo.

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras afirma que el abuso durante el embarazo puede representar un riesgo tanto para la mujer como para el feto.

Es probable que el perpetrador del abuso dirija los golpes a los senos y vientre de la mujer embarazada. Los riesgos de este tipo de violencia incluyen aborto, hemorragia vaginal, bajo peso de nacimiento y lesión fetal. El temor de que el feto sufra daño, con frecuencia motiva a una mujer a abandonar una relación abusiva.

En otros casos, el abuso puede disminuir durante el embarazo. De hecho, algunas mujeres se sienten seguras sólo cuando están embarazadas. Saben por experiencia que “él nunca me golpea cuando estoy embarazada”. Sin embargo, en estos casos el abuso puede continuar poco después del nacimiento del bebé. Esto puede conducir a embarazos repetidos como una manera de escapar del abuso.

La violencia doméstica es el factor de riesgo más importante con respecto a abuso de la infancia. En más de la mitad de las familias en que la mujer es objeto de abuso, también lo son sus niños.

Los niños que son testigos de violencia familiar o que son víctimas de abuso pueden ser profundamente afectados por lo que ven o experimentan. Este temor, sentimiento de desamparo y enojo que sienten los niños en un hogar que sufre de abuso a menudo causa trastornos graves. Los niños pueden sufrir

dolores de cabeza crónicos, problemas estomacales, pesadillas, problemas de sueño u orinarse durante el sueño. A menudo también tienen dificultades en la escuela. Algunas veces se apartan de sus amigos y de los estudios. Otras veces tienen reacciones violentas de enojo y tienen peleas frecuentes.

Los niños pueden llegar a la conclusión de que la violencia física es una manera de resolver los problemas. Es más probable que las niñas que son víctimas de abuso tengan relaciones abusivas en la adultez. Asimismo, es más probable que los niños que son víctimas de abuso posteriormente abusen de sus propias parejas.

Dado que las mujeres en relaciones abusivas están en riesgo de sufrir lesiones físicas y emocionales repetidas, es vital conocer algunas de las características que a menudo tienen los hombres y mujeres en estas relaciones. Puede haber parejas en relaciones abusivas en cualquier grupo de raza, clase, nivel económico y religioso. Proviene de diversos estilos de vida.

Un perpetrador de abuso hombre generalmente tiene antecedentes familiares de violencia y puede tener baja autoestima y poca confianza en sí mismo. Sin embargo, puede parecer ante otros como una persona que le gusta divertirse o que se preocupa por los demás. Puede ser muy celoso de las relaciones de su pareja con otros y culpar a su pareja por su comportamiento violento. A menudo tiene problemas de alcoholismo o drogadicción. Esto puede parecer la causa del problema, pero realmente es sólo una excusa. El abuso rara vez desaparece cuando el abusador deja de consumir alcohol o drogas. (15)

Una mujer víctima de abuso también puede tener baja autoestima y poca confianza en sí misma. Muchas mujeres creen que de alguna manera ellas causan el abuso y que pueden controlar al perpetrador del abuso tratando de complacerlo o evitando enojarlo. Los perpetradores de abuso generalmente culpan a su pareja.

Las mujeres permanecen en una relación abusiva por diversas razones. Generalmente tienen sentimientos conflictivos: amor y lealtad, culpa y temor a la represalia. Pueden depender financieramente del abusador.

Independientemente de las razones de su permanencia, la vida de una mujer víctima de abuso generalmente es alterada y alarmante.

Un acervo cada vez mayor de datos de investigación está revelando que compartir la vida con un hombre que la somete a malos tratos puede tener una repercusión profunda sobre la salud de una mujer. La violencia se ha vinculado con un sinnúmero de resultados de salud diferentes, tanto inmediatos como a largo plazo.

Dentro del ámbito de la Salud reproductiva se afirma que las mujeres que viven con un compañero violento tienen dificultades para protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades. La violencia mediante relaciones sexuales forzadas puede desembocar directamente en un embarazo no deseado o en infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH; también, indirectamente puede dificultar la capacidad de la mujer de usar anticonceptivos, en especial condones. Los estudios revelan sistemáticamente que la violencia doméstica es más común en las familias numerosas. Por consiguiente, los investigadores han supuesto por mucho tiempo que el estrés de tener muchos hijos aumenta el riesgo de la violencia; pero datos recientes obtenidos en Nicaragua indican que, en realidad, la relación quizá sea la inversa. En efecto, en ese país centroamericano el inicio de la violencia precede en gran medida al nacimiento de muchos hijos (80% de la violencia comienza en los cuatro primeros años del matrimonio), lo cual indica que la violencia quizá sea un factor de riesgo de tener muchos hijos (9). La violencia también ocurre durante el embarazo, con consecuencias no solo para la mujer sino también para el feto en desarrollo. Estudios basados en la población realizados en Canadá, Chile, Egipto y Nicaragua han encontrado que entre 6% y 15% de las mujeres que alguna vez han tenido pareja han sido maltratadas física o sexualmente durante el embarazo, generalmente por su pareja. En los Estados Unidos, los cálculos de maltrato durante el embarazo varían entre 3% y 11% de las mujeres adultas y hasta 38% de las madres adolescentes de bajos ingresos.

La violencia durante el embarazo se ha acompañado de:

– aborto espontáneo;

- inicio tardío de la atención prenatal;
- mortinatalidad;
- parto y nacimiento prematuros;
- lesiones fetales;
- bajo peso al nacer, causa destacada de mortalidad infantil en el mundo en desarrollo.

La violencia masculina hacia la pareja representa una proporción sustancial, pero en gran parte inadvertida, de la mortalidad materna. En un estudio reciente que abarcó 400 pueblos y siete hospitales en Pune (India), se encontró que 16% de las defunciones durante el embarazo eran el resultado de este tipo de violencia (118). El estudio también reveló que 70% de las defunciones maternas en esta región por lo general no se registraron, y que se clasificaron mal 41% de las defunciones registradas. La muerte de la mujer embarazada a manos de su pareja también se ha identificado como una causa importante de defunciones maternas en Bangladesh y en los Estados Unidos.

La violencia en la relación de pareja también tiene muchos vínculos con la epidemia creciente de SIDA. En seis países de África, por ejemplo, el temor al ostracismo y la violencia doméstica consiguiente fue una razón importante de que las mujeres embarazadas se negaran a hacerse la prueba del VIH o no regresaran para conocer el resultado (122). De manera análoga, en un estudio reciente de transmisión del VIH entre heterosexuales de la región rural de Uganda, las mujeres que informaron haber sido obligadas a tener relaciones sexuales contra su voluntad en el año precedente presentaban un riesgo ocho veces mayor de contraer la infección por el VIH. (16)

## 5. MATERIALES Y MÉTODOS

### 5.1. TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo investigativo es de carácter Analítico, Prospectivo, y de Casos y Controles.

### 5.2. GRUPO DE ESTUDIO:

Este estudio fue realizado en el Hospital Provincial Isidro Ayora, ubicado en la avenida Universitaria de la ciudad de Loja. En el cual se viene brindando atención médica ambulatoria a todas las personas que acuden a esta casa de salud y que se encuentran dentro de la provincia de Loja.

Se consideró caso de violencia intrafamiliar, aquel donde la usuario respondió SI a las preguntas 1, 2, 3, o 4.

El Universo y Muestra fue conformado por las puérperas y sus recién nacidos hospitalizados, en el Área de Gineco-Obstetricia, del Hospital Isidro Ayora, de la ciudad de Loja.

El Muestreo se realizó por conveniencia.

El cálculo del tamaño de muestra se hizo en base a la prevalencia de Violencia Intrafamiliar reportada por la Organización Panamericana de la Salud del 32,8%, con la fórmula para el cálculo de número de sujetos necesarios por grupo, en un estudio cuyo objetivo es la comparación de dos proporciones.

$$n = \frac{[Z_a * \sqrt{2p(1-p)} + Z_b * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

- **n** = sujetos necesarios en cada una de las muestras
- **Z<sub>a</sub>** = Valor Z correspondiente al riesgo alfa (98%), fijado del valor de prueba de hipótesis bilateral corresponde al 0,020, y el valor es 2,35
- **Z<sub>b</sub>** = Valor Z correspondiente al riesgo beta (95%), fijado del valor de prueba de hipótesis bilateral corresponde al 0,05, y el valor para Z<sub>b</sub> es 1,645.
- **p<sub>1</sub>** = Valor de la proporción en el grupo de control 0,025

- $p_2$  = Valor de la proporción en el grupo de casos 0,32
- $p$  = Media de las dos proporciones  $p_1$  y  $p_2$  es 0,173
- $n = 49$  = personas para cada grupo (más el 15% del cálculo por posibles pérdidas) = 58 personas para cada grupo = **total de la muestra: 116 personas**

La investigación fue realizada incluyendo dentro del estudio a las Puérperas y sus recién nacidos, hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia; del Hospital Isidro Ayora, que presentaron los siguientes parámetros:

- Accedieron a participar en el estudio
- Usuarias que presentaron las condiciones adecuadas de salud para poder aportar los datos necesarios
- Mujeres que presentaron y aquellas que no presentaron violencia intrafamiliar durante el embarazo
- Se clasificó en el grupo de casos a las mujeres que presentaron más de 2 complicaciones obstétricas y en el grupo de controles a las que tuvieron menos de 2 complicaciones.

Se excluyeron a aquellas puérperas que:

- No accedieron a participar en el estudio
- No presentaron las condiciones adecuadas de salud para poder aportar los datos necesarios
- Por alguna razón no se completó los datos de la Entrevista y la hoja del Formulario de detección de abuso

### **5.3. PROCESO ENCUESTADOR**

- *Entrevista Confidencial y Cuestionario de las puérperas y los recién nacidos:*

La primera parte comprende datos sociodemográficos como el Nombre en siglas, número de Historia clínica incluyendo datos generales. La segunda parte de la entrevista consta de los Antecedentes Patológicos Personales (Tabaquismo y Alcoholismo, durante el Embarazo y lo concerniente a Enfermedades Crónicas y Enfermedades de Trasmisión Sexual); y los Gineco-Obstétricos. Por último se encuentran las Complicaciones Obstétricas,

Complicaciones durante el embarazo y el parto, y los datos del Recién Nacido como son Edad gestacional por Fecha; tomado desde la última menstruación o por capurro, el Peso en Kg del mismo. El cuestionario se encuentra disponible en los **anexos**.

- *Formulario de Detección y valoración de violencia intrafamiliar durante el embarazo (Abuse Assesment Screen)*: Se basa en un cuestionario compuesto por cinco preguntas, las cuales indagan por la experiencia de violencia psicológica, física y sexual; que fueron respondidas con “sí” o “no”. Con cierta modificación del formulario en la parte donde se pregunta por la persona agresora (diferenciando entre el marido, el exmarido, el novio, exnovio, familiar u otra persona); en el apartado de la frecuencia de estas agresiones calificándolas por Rara vez, Casi Siempre y Siempre, según sea el caso de la víctima. Finalmente, se plantea si siente miedo de su pareja. La respuesta positiva al ítem 2 confirma el riesgo de violencia en el último año, el cual está fuertemente asociado a la violencia durante el embarazo que se afirma en el ítem 3. Este ha sido validado en EE.UU. por los autores en una muestra de 691 mujeres embarazadas que acudían a los servicios prenatales (Parker y McFarlane, 1991). También ha sido validado y comparado con otras herramientas por investigadores independientes (Norton, Peipert, Zierler, Lima y Hume, 1995; Reichenheim y Moraes, 2004). Cada pregunta es importante, por lo tanto se indagó cada una, con su tabulación respectiva.

El cuestionario se encuentra disponible en los **anexos**.

- Hoja de consentimiento Informado: En la cual se explicó a las usuarias el objetivo del estudio, los beneficios y los aspectos éticos del mismo. Este incluye un espacio para el consentimiento de la paciente.

➤ **Procedimiento:**

- En la Comisaría de la mujer se entablo conversación con la Sra. Comisaria de la provincia de Loja acerca del estudio a realizarse, la misma que dio apertura a los registros de violencia intrafamiliar durante el periodo 2012-2013, en la ciudad de Loja. Los datos estadísticos constan en la introducción de la presente tesis.
- Se conversó con los médicos residentes del Área de Gineco-Obstetricia para averiguar el número de púérperas promedio en el día, y el tiempo de

hospitalización dependiendo si es por cesárea o parto vaginal. Se informó acerca del estudio y se solicitó la respectiva colaboración, mediante una solicitud dirigida al Director del Hospital Isidro Ayora.

- Mediante turnos en la tarde se solicitó el consentimiento informado de las mujeres en puerperio y se procedió a plantear la entrevista formulada.
- Gracias a la recolección del número de historia clínica se comparó los datos recolectados en la entrevista. Recogiendo los datos acerca de las complicaciones del parto y del recién nacido; condiciones del nacimiento, peso al nacer, edad por fecha de última menstruación o por capurro.
- Luego se realizó la separación en 2 grupos: de las mujeres con complicaciones y aquellas que no presentan complicaciones, dentro de esos grupos se hizo una subdivisión de aquellas que presentan y no presentan violencia intrafamiliar para posteriormente analizar la información obtenida.
- Se procedió a llenar las hojas de recolección de datos, para luego realizar la tabulación, en la cual se comparó los dos grupos antes mencionados, en el análisis y las discusiones pertinentes.

#### **5.4. ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO Y RESULTADOS**

Para la presentación de datos cualitativos y cuantitativos se utilizó la estadística descriptiva (media, moda, mediana, frecuencia, porcentaje); y analítica para el contraste de hipótesis en dos proporciones (prueba de chi-cuadrado y test de Mc Nemar, Prueba de t student para muestras independientes, regresión logística binaria). El análisis de las variables se realizó tomando en cuenta 2 grupos: el de casos y el de controles, las mujeres con complicaciones y sin complicaciones, en los cuales se correlacionó la presentación de complicaciones obstétricas, que incluyen complicaciones durante el embarazo y el parto. Además se correlacionó la exposición de violencia intrafamiliar durante el embarazo con la presentación de complicaciones en el recién nacido. Posteriormente se representó los resultados obtenidos en tablas de frecuencia, y gráficos estadísticos.

- ✓ **Tabla de contingencia utilizada en estudios de casos y controles**

	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	
<b>EXPUESTOS</b>	a	b	Ni
<b>NO EXPUESTOS</b>	c	d	No
	mi	mo	N

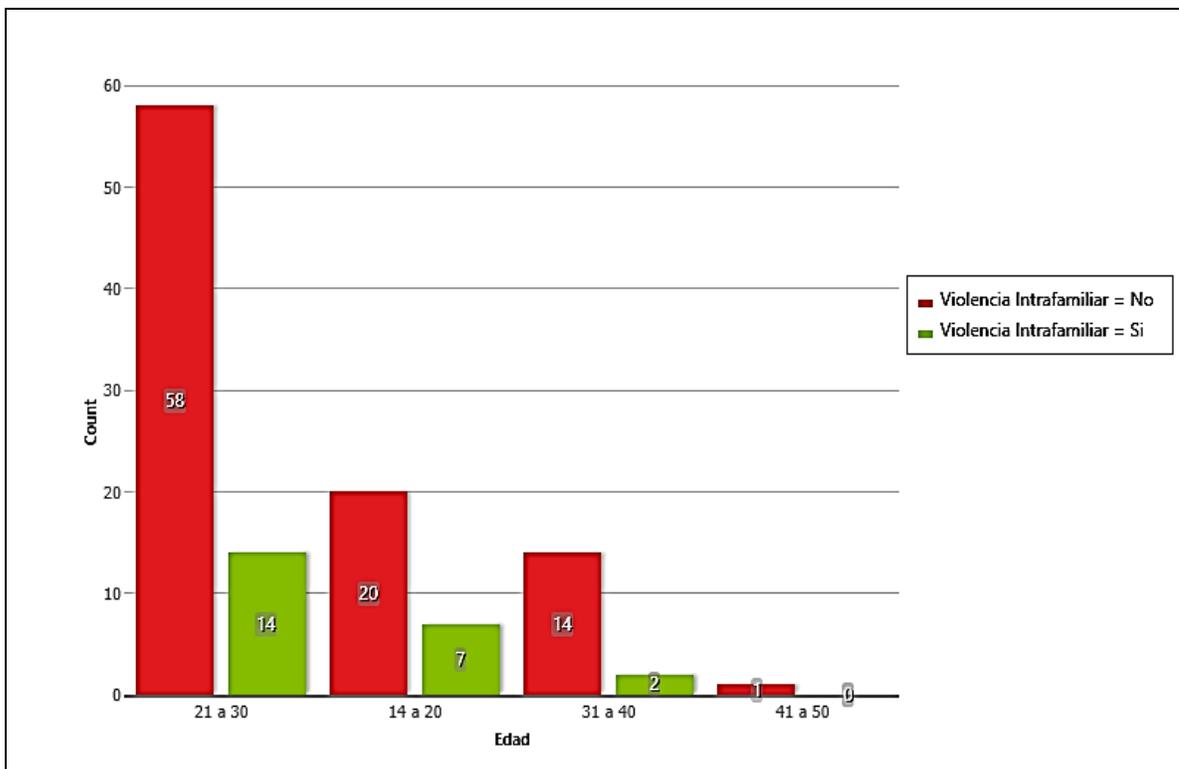
## 6. RESULTADOS

Una vez obtenidos los resultados de las 116 madres hospitalizadas y sus recién nacidos, se realizó el análisis correspondiente de los datos en los programas Excel, EPI IINFO 7.0 Y SPSS 22.0.

### 6.1. DATOS GENERALES

#### 6.1.1. Puérperas por Grupos de Edad de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°1



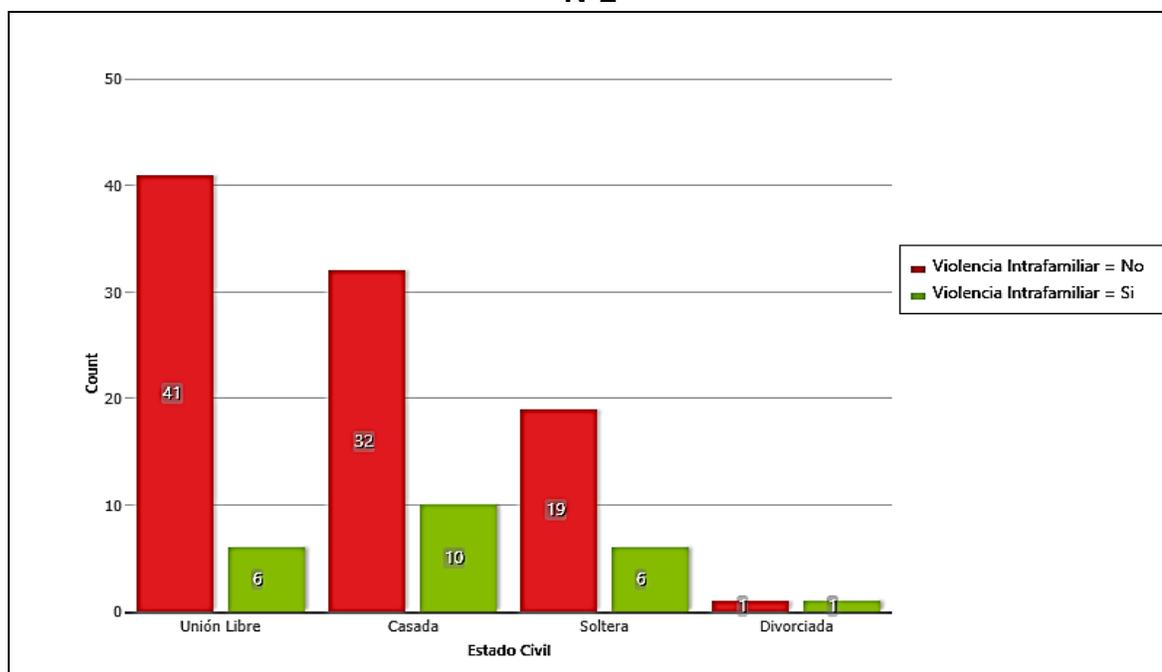
**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

En la representación gráfica N° 1, observamos que: de las 93 puérperas que no sufren violencia intrafamiliar; la mayoría de la población femenina corresponde a las edades entre 21 a 30 años, con una frecuencia de 58; le siguen el grupo de edad de 14 a 20 años con una frecuencia de 20, y el grupo de 31 a 40 años con una frecuencia de 14, por último se encuentra el grupo de 41 a 50 años con una frecuencia de 1. Por otro lado de las 23 puérperas que han estado expuestas a violencia intrafamiliar, se encuentran distribuidos de la misma manera: el grupo de 21 a 30 años en primer lugar con una frecuencia de 14, le siguen el grupo de edad de 14 a 20 años con una frecuencia de 7, por último el grupo de 31 a 40 años con una frecuencia de 2, cabe recalcar que en el grupo con exposición a Violencia Intrafamiliar no se encuentra ningún caso en la edad de 40 a 50 años de edad.

### 6.1.2. Puérperas por Estado Civil de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA  
N°2



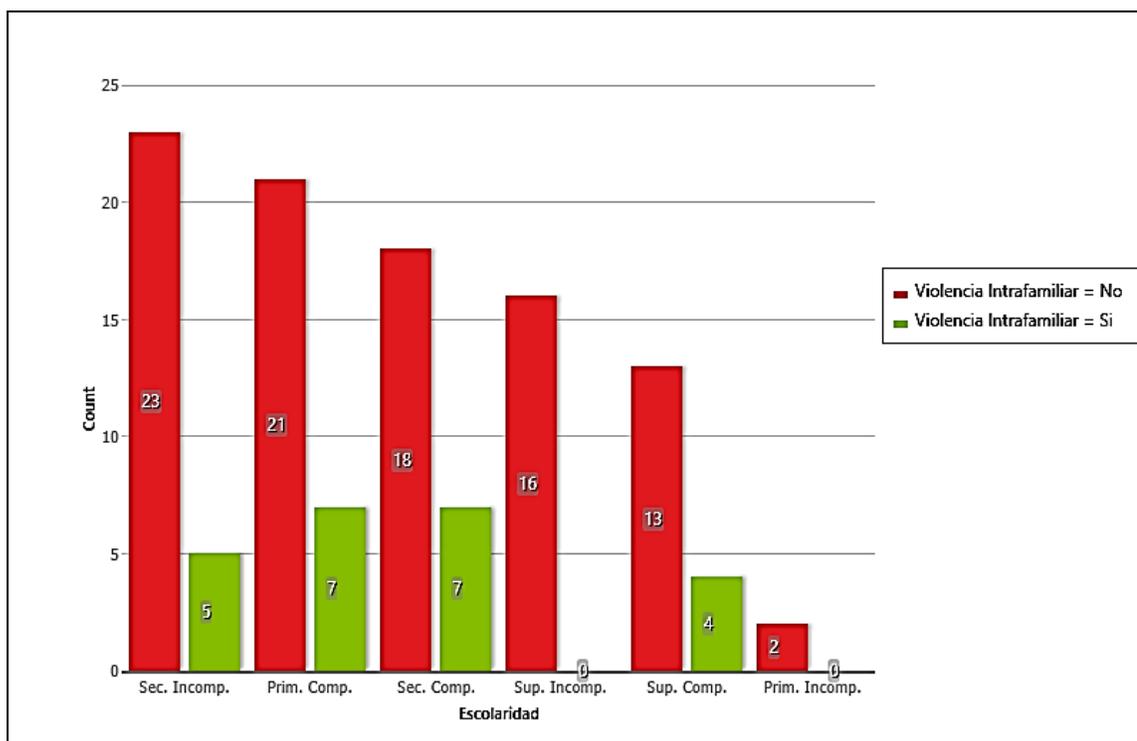
**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

En la representación gráfica N° 2, observamos que: de las 93 puérperas que no sufren violencia intrafamiliar; el estado civil de la mayoría de la población femenina corresponde a Unión Libre, con una frecuencia de 41; le sigue la población femenina casada con una frecuencia de 32, seguido de las féminas solteras y por último el grupo de mujeres divorciadas con una frecuencia de 1. En cambio de las 23 puérperas que han estado expuestas a violencia intrafamiliar, en primer lugar se encuentran las mujeres casadas con una frecuencia de 10, seguidas del grupo de solteras y de unión libre con una frecuencia de 6 respectivamente, y por último se encuentran las féminas divorciadas con una frecuencia de 1.

### 6.1.3. Puérperas por Escolaridad de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°3



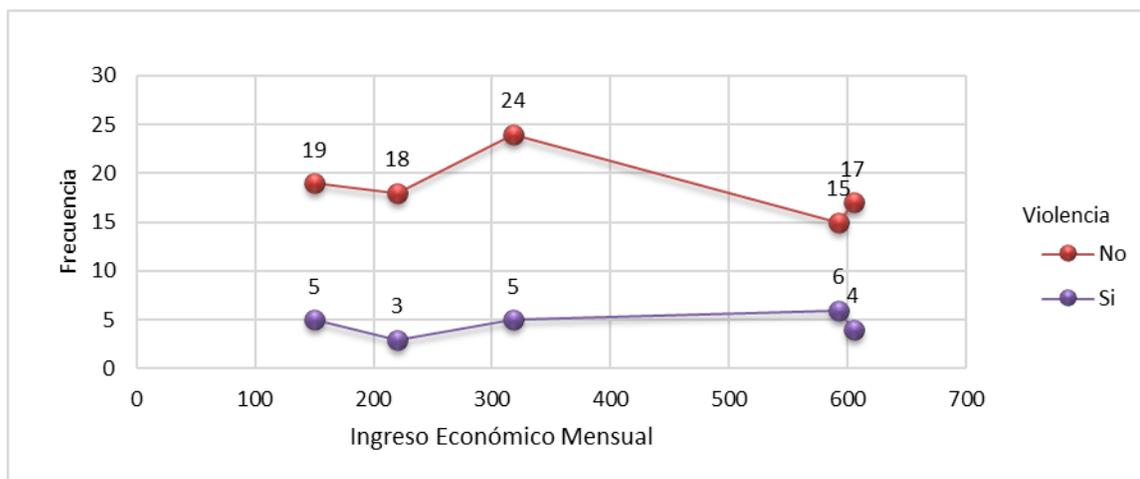
**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

En la representación gráfica N° 3, observamos que: de las 93 puérperas que no han estado expuestas a violencia intrafamiliar; el grado de escolaridad de la mayoría de la población femenina corresponde a Secundaria Incompleta, con una frecuencia de 23; le sigue la población femenina con Primaria Completa con una frecuencia de 21, seguido de las mujeres que han completado la Secundaria con una frecuencia de 18; en los últimos grupos se encuentran las féminas con nivel superior incompleto, nivel superior completo y primaria incompleta con una frecuencia de 16, 13 y 2 respectivamente. En cambio de las 23 puérperas que han estado expuestas a violencia intrafamiliar, en primer lugar se encuentran las mujeres casadas con una frecuencia de 10, seguidas del grupo de solteras y de unión libre con una frecuencia de 6 respectivamente, y por último se encuentran las féminas divorciadas con una frecuencia de 1.

#### 6.1.4. Puérperas por Ingreso Económico Mensual de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°4



**Media** 367,24

**Mediana** 318

**Moda** 318

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

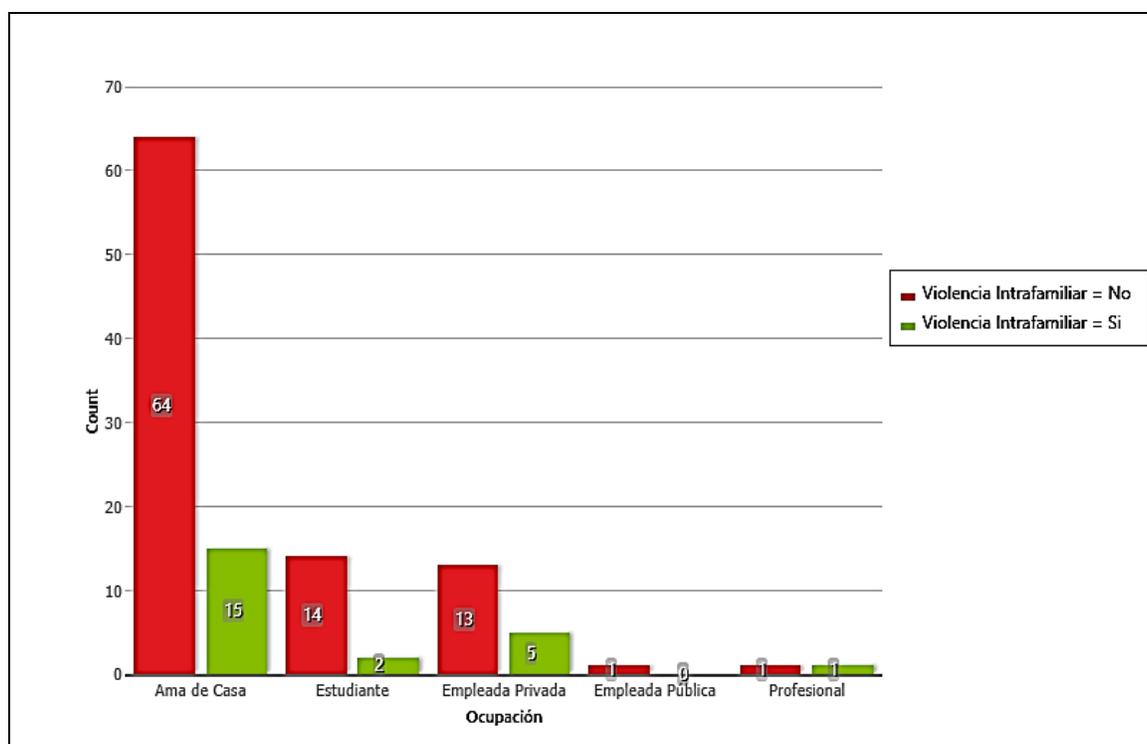
**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

La media del ingreso económico mensual en las puérperas es de 367,24\$, la moda y la mediana se establecen a partir de la remuneración básica del año 2013, alrededor de los 318\$, cuando se realizó la recolección de datos.

La exposición a la violencia no se establece en los ingresos económicos más bajos sino que tiene una distribución homogénea en las remuneraciones.

### 6.1.5. Puérperas por Ocupación de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°5



**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina.

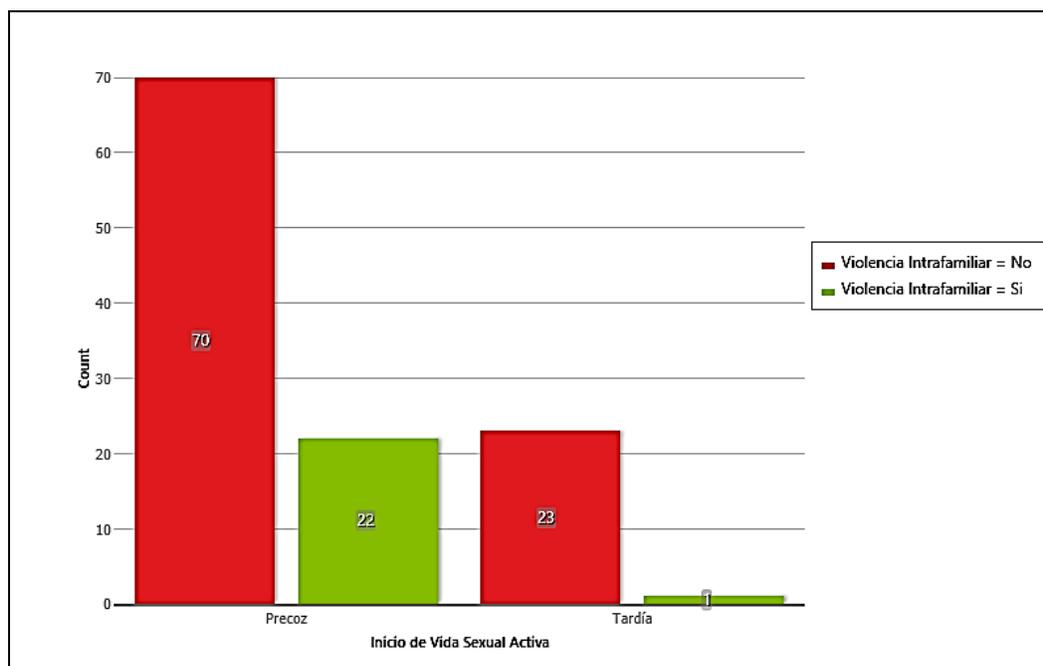
En la representación gráfica N° 5 se indica la violencia intrafamiliar de acuerdo a la ocupación de las puérperas. De acuerdo a lo antes mencionado de las 93

puérperas que no sufren violencia intrafamiliar (barras de color rojo); 64 son amas de casa, 14 estudiantes, 14 empleadas privadas, 1 empleada pública. Y las puérperas que sufren violencia intrafamiliar se indican en (barras de color verde), de acuerdo con ello 15 son amas de casa, 2 estudiantes y 6 empleadas privadas: es decir que la mayoría de puérperas que sufren violencia intrafamiliar son aquellas que son amas de casa; significativamente seguido por empleadas privadas y aquellas que son estudiantes.

## 6.2. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

### 6.2.1. Inicio de Vida Sexual Activa en las Puérperas de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar del Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°6



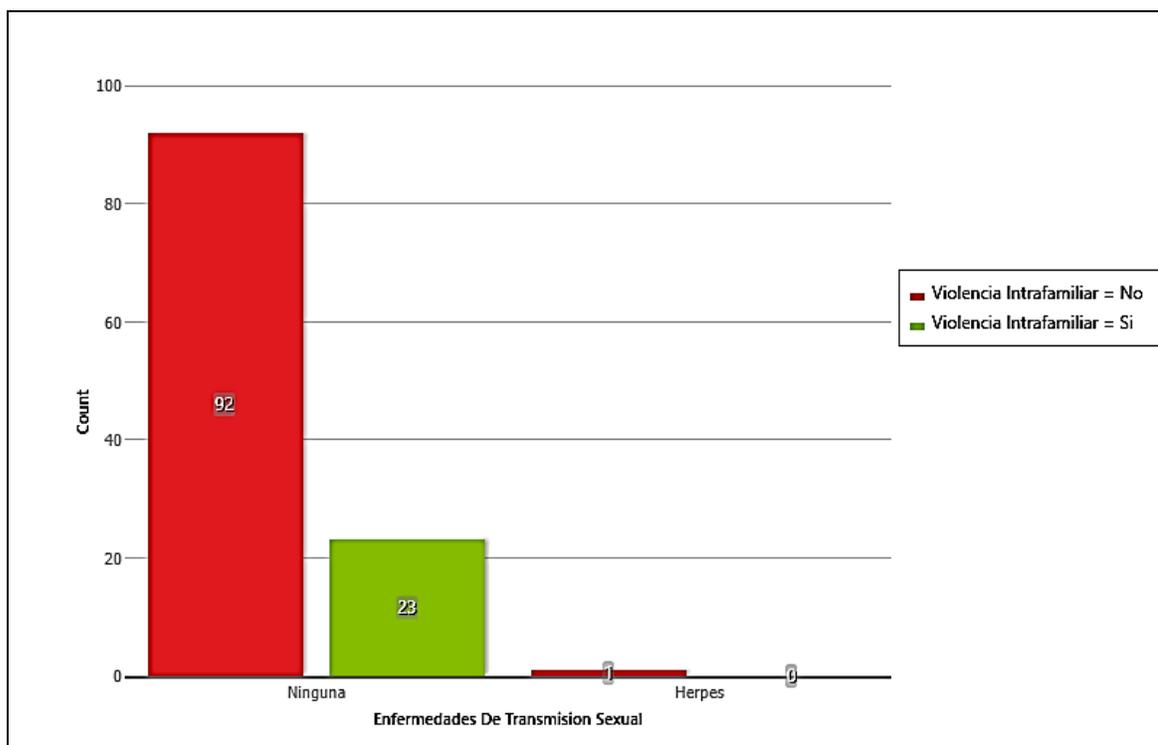
**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

En la representación gráfica N° 6 indica el inicio de vida sexual activa, tomando en cuenta como edad precoz entre 12 a 19 años, y a una edad tardía mayor de 20 años: en mención de aquellas que no sufren violencia intrafamiliar 70 tuvieron una iniciación precoz en la vida sexual activa, y 23 a una edad tardía. Y de aquellas que sufren violencia intrafamiliar 22 iniciaron a una edad precoz, 1 a edad tardía.

### 6.2.2. Enfermedades de Transmisión Sexual en las Puérperas de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar del Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°7



**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

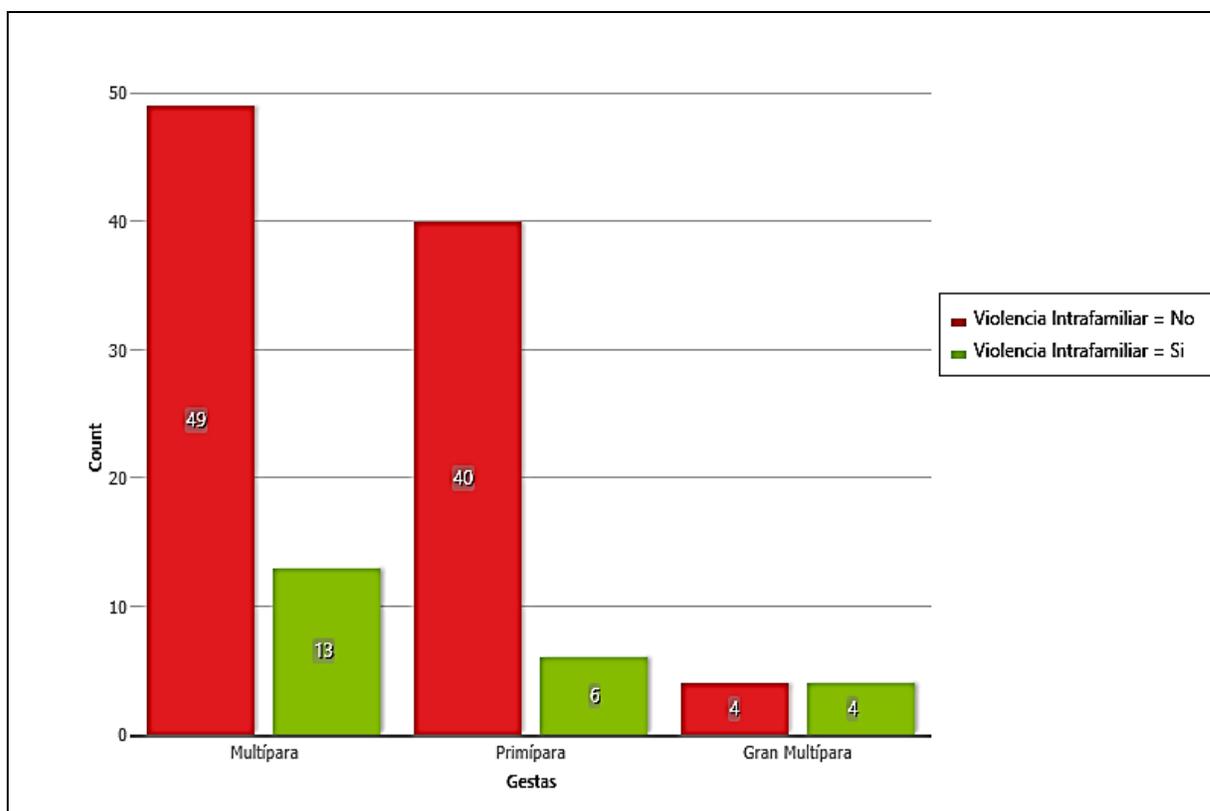
**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

En la representación gráfica N° 7, podemos observar el número de puérperas que adquirieron enfermedades de trasmisión sexual de acuerdo a la exposición de violencia intrafamiliar, en la cual observamos que de aquellas que no sufren

violencia intrafamiliar 92 no tuvieron problemas por enfermedades de transmisión sexual y tan solo 1 de ellas sí. De las 23 puérperas que sufren de violencia intrafamiliar ninguna adquirió una enfermedad de transición sexual.

### 6.2.3. Paridad en las Puérperas de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar del Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°8



**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

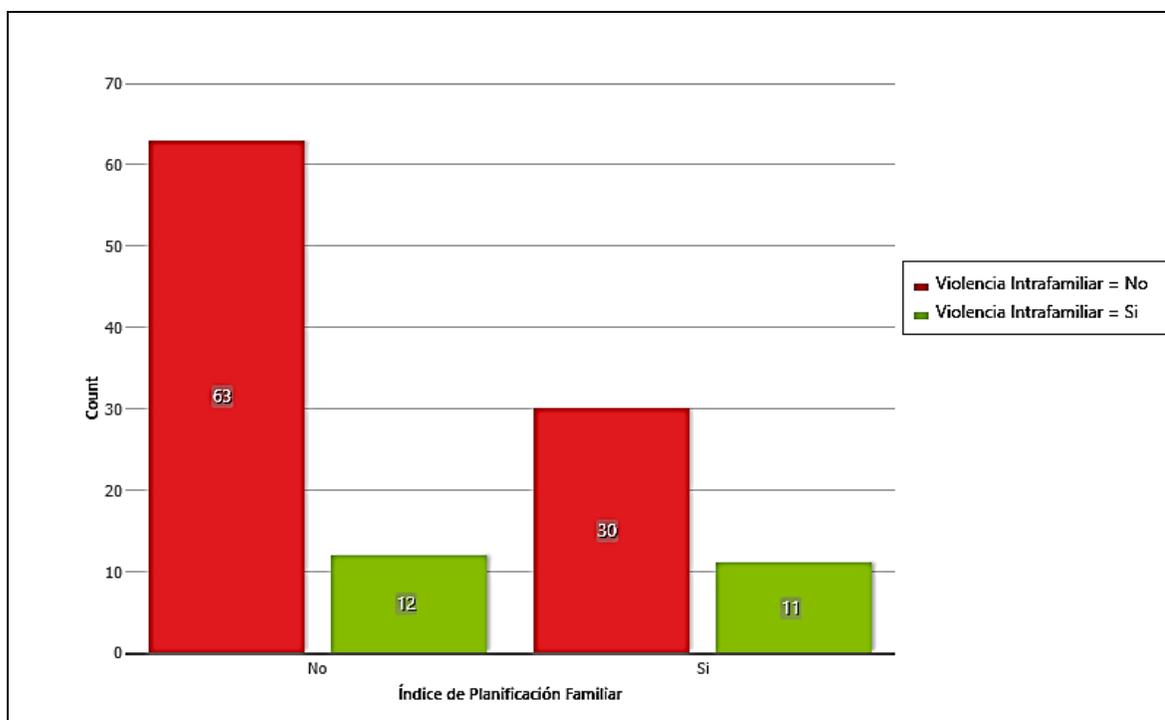
**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

En la representación gráfica N° 8 observamos que: de aquellas puérperas que no sufren violencia intrafamiliar (indicadas en barras de color rojo) 40 son primíparas, 49 multipara y 4 gran multipara. De acuerdo con el gráfico también observamos

que de aquellas puérperas que sufren violencia intrafamiliar 6 son primíparas, 13 múltipara y 4 gran múltipara.

#### 6.2.4. Planificación Familiar en las Puérperas de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°9



**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

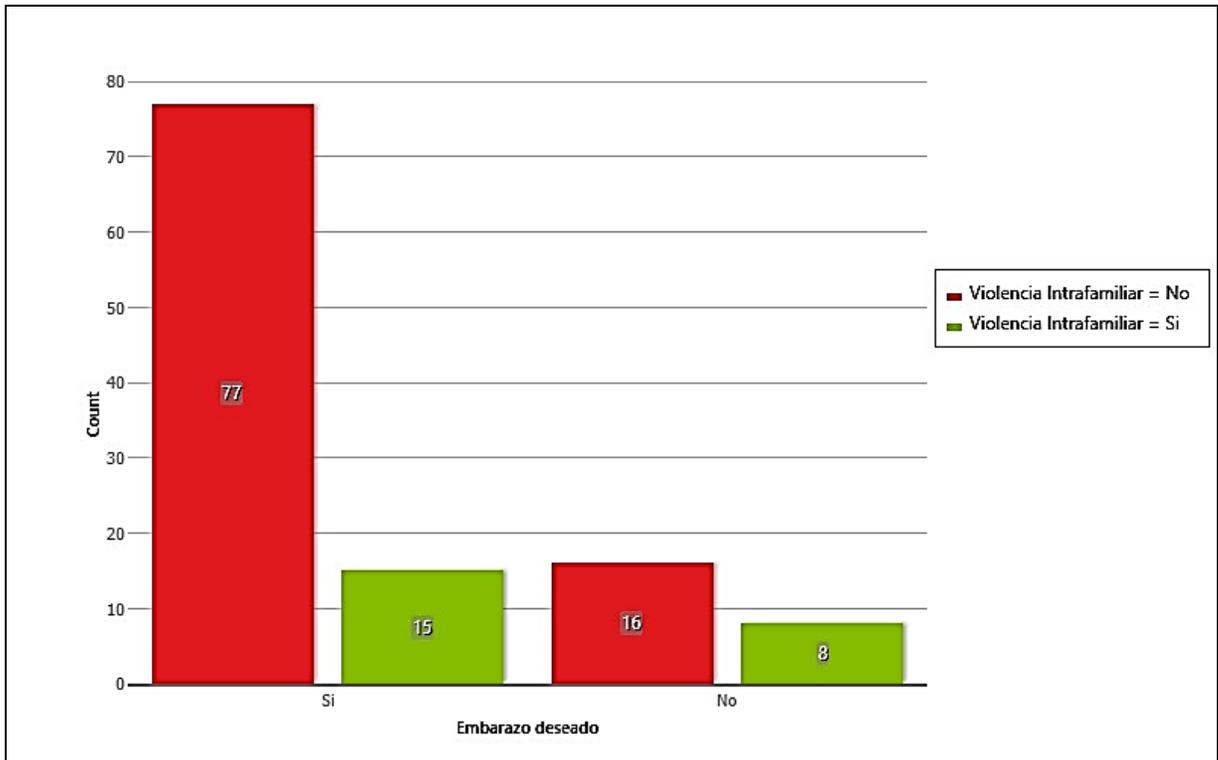
**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

De acuerdo con la representación gráfica N° 9, la misma que nos indica la planificación familiar de acuerdo a la exposición de violencia intrafamiliar, se observa lo siguiente:

De 93 puérperas que no sufren violencia intrafamiliar, 63 no tienen una planificación familiar previa y tan solo 30 de ellas si la tuvieron. Mientras que de aquellas puérperas que están expuestas a algún tipo de violencia, 12 no tuvieron una planificación familiar previa y tan solo 11 si la mantuvo.

### 6.2.5. Embarazo deseado en las Puérperas de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°10



**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

De acuerdo con la representación gráfica N° 10, la misma que nos indica si el embarazo fue deseado o no, de acuerdo a la exposición de violencia intrafamiliar, se observa lo siguiente:

De 93 puérperas que no sufren violencia intrafamiliar, 77 si desearon su embarazo y tan solo 16 de ellas no lo desearon. Mientras que de aquellas puérperas que están expuestas a algún tipo de violencia, 15 quisieron tener el embarazo y 8 no lo quisieron.

### **6.3. PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

En los estudios de Casos y Controles no se puede realizar la estimación de la Incidencia de la Enfermedad, pues se parte de un muestreo realizado por conveniencia para incluir a los pacientes de los grupos de Casos y Controles, según los criterios de inclusión y exclusión ya establecidos. De modo que este estudio únicamente nos permite calcular prevalencias de exposición al factor de riesgo investigado.

Se estableció el grupo de Casos y Controles a razón de un Caso por cada Control (58 pacientes incluidas en cada grupo). El número de madres expuestas a violencia intrafamiliar fueron 23, frente a las madres sin exposición al abuso con una frecuencia de 93.

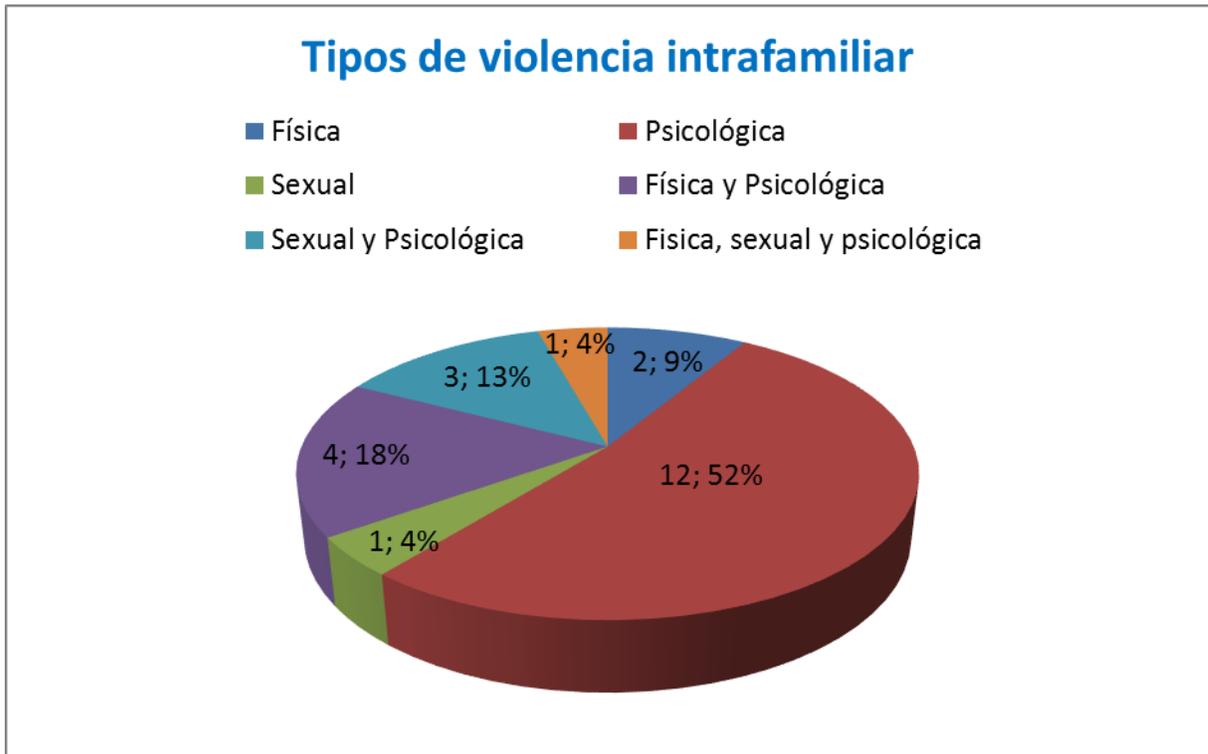
**Prevalencia de Exposición en la población estudiada:  $n_i / n$ :  $23/116 = 19,83 \%$**

**Prevalencia de Exposición en el grupo de Casos:  $a/m_i$ :  $16/58 = 27,59\%$**

**Prevalencia de Exposición en el grupo de Controles:  $b/m_o$ :  $7/59 = 12,07\%$**

### 6.3.1. TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LAS PUÉRPERAS HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 11



**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

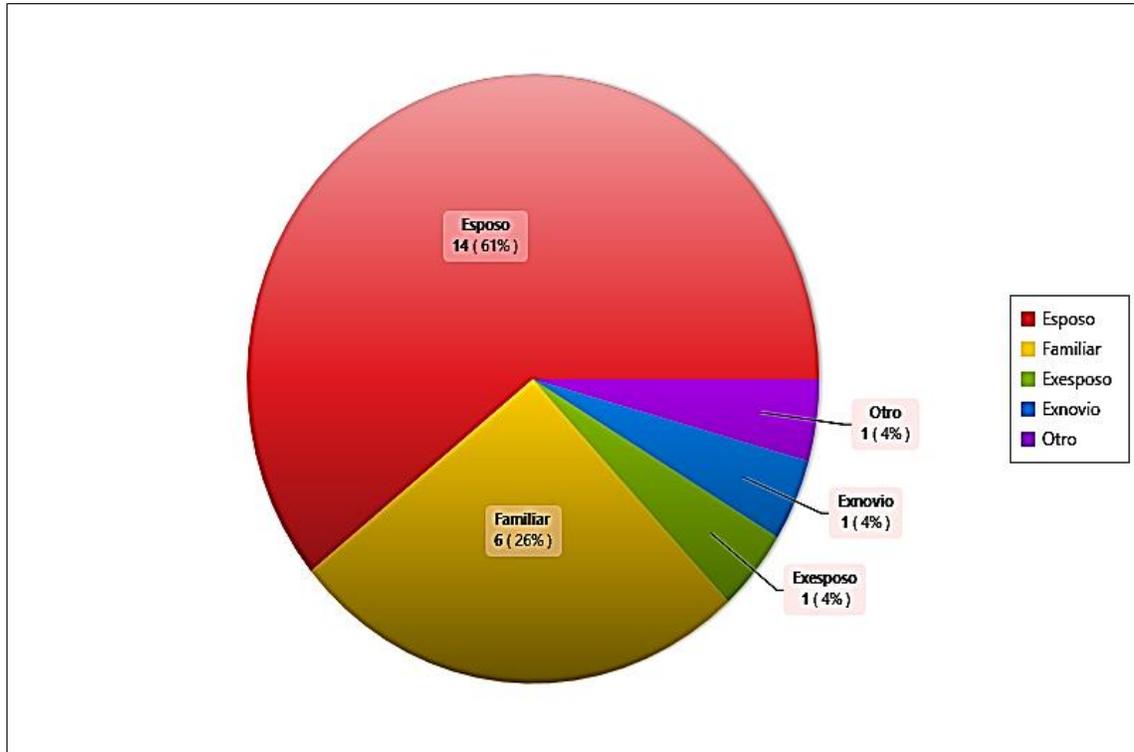
**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

En la representación gráfica N° 11, podemos observar que: de las 23 puérperas que sufren violencia intrafamiliar; 4% sufre de violencia sexual, 4% de violencia física, sexual y psicológica, 9% de violencia física, 13% de violencia sexual y psicológica, 18% de violencia física y psicológica y el 52% de violencia psicológica.

6.3.2.

TIPO DE AGRESOR EN LAS  
PUÉRPERAS HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GINECO-  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA.

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°12



**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

En la representación gráfica N° 12, podemos observar que: de las 23 puérperas que sufren violencia intrafamiliar; en el 4% el agresor es el exnovio, en el 4% es el ex esposo, en el 4% es otro, en el 26% corresponde a algún familiar, y el 61% de casos el agresor es el esposo.

#### 6.4. MEDIDAS DE ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CON LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES EN LA MADRE

CUADRO N°1

		Complicaciones Madre1		
		Si	No	
Violencia Intrafamiliar	Si	16 69,57 % 27,59 %	7 30,43 % 12,07 %	23 100,00 % 19,83 %
	No	42 45,16 % 72,41 %	51 54,84 % 87,93 %	93 100,00 % 80,17 %
		58 50,00 % 100,00 %	58 50,00 % 100,00 %	116 100,00 % 100,00 %

Odds Ratio	Intervalo de Confianza al 98%		Chi Cuadrado	
Estimación	Inferior	Superior	Valor	Valor de p
2,7755	1,0442	7,3775	4,393	0,036

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

En el Cuadro N°1 podemos observar la tabla de Contingencia del presente estudio y las medidas que permiten aceptar la Asociación de la Violencia Intrafamiliar como factor de riesgo para la aparición de Complicaciones Obstétricas. El valor del Odds Ratio se estimó en 2,7755, lo cual se traduce en que las mujeres que presentaron abuso durante el embarazo tienen un riesgo de 2,77 veces mayor a las madres que no estuvieron expuestas a dicho factor.

Para comprobar la prueba de hipótesis se utilizó: el Intervalo de Confianza al 98% que resultó en un valor mayor a 1; y la prueba del Chi Cuadrado, estimando el

valor de 4,39 mayor a 2,35 (valor de  $Z_{\alpha}$ ), lo cual es estadísticamente significativo y se aprueba la Hipótesis Alternativa que establece a la Violencia Intrafamiliar como factor de riesgo para la Gestante.

## 6.5. MEDIDAS DE ASOCIACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES DE LA MADRE CON LAS COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO

**Test de Mc Nemar para la asociación de complicaciones de la madre con las complicaciones del recién nacido**

**CUADRO N°2**

Complicaciones Madre	Complicaciones en RN		Total
	No	Si	
No	51	7	58
Si	48	10	58
Total	99	17	115

**Nivel de Confianza 98%    Test de Mc Nemar p: 0.00**

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

En el Cuadro N°2 se realiza la asociación entre la presencia y ausencia de las Complicaciones obstétricas en la Madre con las Complicaciones en los Recién Nacidos, donde se establece que los hijos de madres que presentaron complicaciones obstétricas tienen más probabilidad de presentar complicaciones al nacer en relación con los recién nacidos de madres que no presentaron complicaciones, con una frecuencia de 10 frente a 7.

Esta relación es clarificada al calcular el Test de Mc Nemar, que permite asociar 2 variables en dos tiempos distintos, la misma que nos da un valor de  $p= 0,00$  estadísticamente significativo.

### Comparación de Medias con Prueba de t de Student para muestras independientes

CUADRO N°3

Variable	Complicaciones Madre	n	Media	Prueba t de Student
Peso en Kg	No	58	2,991	p: 0,403
	Si	56	2,917	
Edad Gestacional	No	58	38,98	p: 0,010
	Si	58	38,18	

**Nivel de Confianza** 98%

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

En el Cuadro N°3 se comparó las medias de las variables independientes: el Peso y la Edad Gestacional de los Recién Nacidos con la presencia y ausencia de Complicaciones Obstétricas en las Madres

Al observar las medias de los pesos y de la edad gestacional, de los hijos de puérperas que tuvieron complicaciones obstétricas, éstos tuvieron menor peso y edad gestacional con Media de 2,91 Kg y de 38 semanas, en comparación con los Recién Nacidos de madres que no presentaron complicaciones con Media de 2,99 Kg y 39 semanas de edad gestacional.

Esta relación se corrobora con la prueba t de Student para muestras independientes, lo cual nos indica una asociación significativa entre la Edad gestacional de los Recién nacidos y la presentación de complicaciones obstétricas

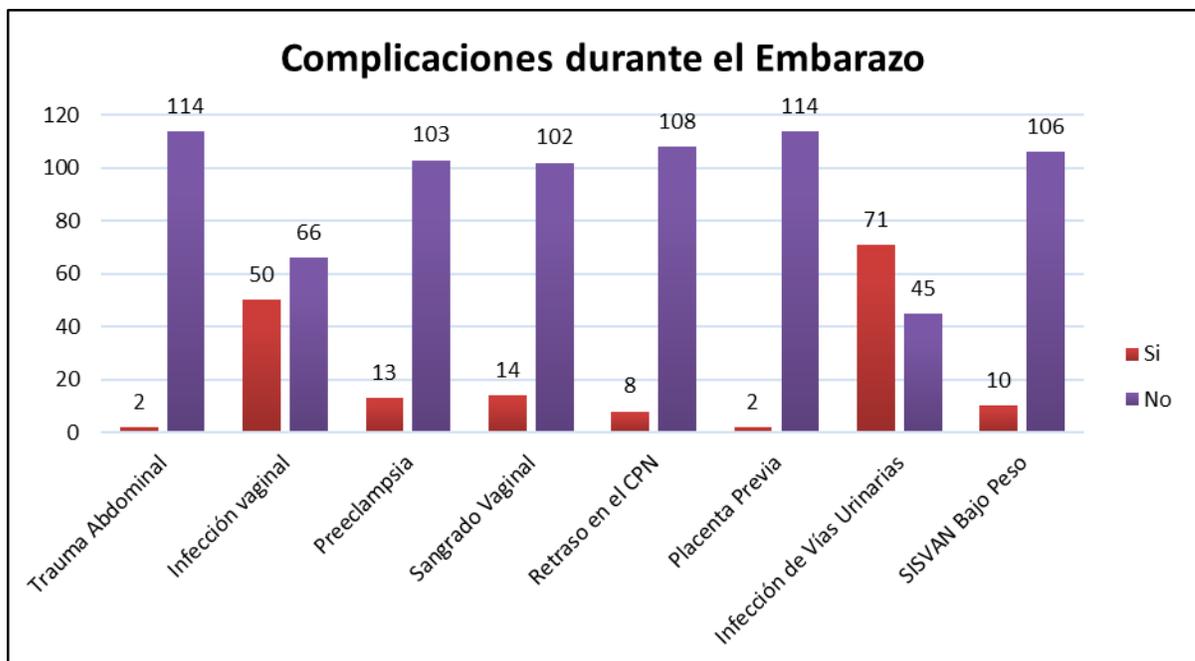
en las puérperas con un valor de p: 0,010, relación que no se establece con el Peso de los Recién Nacidos con un valor de p: 0,403 > 0,05.

## 6.6. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PRESENTES EN LOS GRUPOS DE CASOS Y CONTROLES

Se estableció el Grupo de Casos como aquellas Madres que presentaron más de 2 Complicaciones Obstétricas, por lo que las puérperas presentaron una o más complicaciones a la vez. En la operacionalización de la variable Complicaciones Obstétricas se dividió a las complicaciones durante el embarazo y durante el parto.

### Complicaciones durante el Embarazo

#### REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°13



**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

Las principales Complicaciones durante el embarazo fueron: Infección de vías Urinarias en frecuencia de 71, Infección Vaginal en frecuencia de 50, Sangrado

Vaginal en frecuencia de 14, Preeclampsia en frecuencia de 13, SISVAN con Bajo peso en frecuencia de 10.

Las menos relevantes fueron Retraso en el Control Prenatal en frecuencia de 8, Trauma Abdominal y Placenta Previa en frecuencia de 2 respectivamente.

### Puérperas sin exposición a Violencia Intrafamiliar

**CUADRO Nº4**

Complicaciones Obstétricas	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
IVU	52	55,9	41	44,1	93	100
Infección Vaginal	32	34,4	61	65,6	93	100
Preeclampsia	9	9,7	84	90,3	93	100
Sangrado Vaginal	10	10,8	83	89,2	93	100
Retraso en el CPN	6	6,5	87	93,5	93	100
SISVAN Bajo Peso	6	6,5	87	93,5	93	100
Trauma Abdominal	2	2,2	91	97,8	93	100
Placenta Previa	2	2,2	91	97,8	93	100

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

### Puérperas con exposición a Violencia Intrafamiliar

**CUADRO Nº 5**

Complicaciones Obstétricas	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
IVU	16	69,6	7	30,4	23	100
Infección Vaginal	15	65,2	8	34,8	23	100
Sangrado Vaginal	6	26,1	17	73,9	23	100
Preeclampsia	4	17,4	19	82,6	23	100
SISVAN Bajo Peso	4	17,4	19	82,6	23	100
Retraso en el CPN	2	8,7	21	91,3	23	100
Trauma Abdominal	0	0,0	23	100,0	23	100
Placenta Previa	0	0,0	23	100,0	23	100

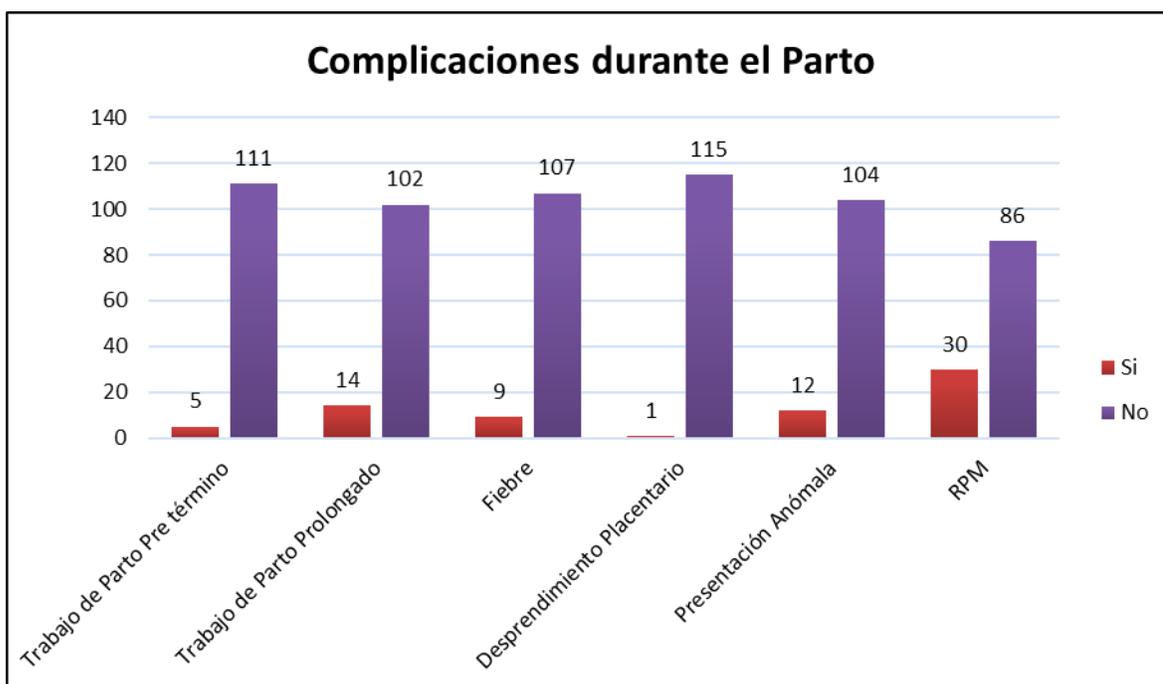
**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

Las mujeres maltratadas tuvieron IVU 69,6%, Infección Vaginal 65,2%, Sangrado Vaginal 26,1%, Preeclampsia 17,4%, SISVAN Bajo Peso 17,4%, Retraso en el CPN 8,7%.

### Complicaciones durante el Parto

#### REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°14



**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las púerperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

Las principales Complicaciones durante el parto fueron: Ruptura Prematura de Membranas en frecuencia de 30, Trabajo de Parto Prolongado en frecuencia de 14, Presentación Anómala en frecuencia de 12.

Las menos relevantes fueron Fiebre en frecuencia de 9, Trabajo de Parto Pretérmino y Desprendimiento Placentario en frecuencia de 5 y 1 respectivamente.

## Puérperas sin exposición a Violencia Intrafamiliar

CUADRO Nº 6

Complicaciones en el Parto	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
RPM	24	25,8	69	74,2	93	100
Trabajo de Parto Prolongado	11	11,8	82	88,2	93	100
Fiebre	5	5,4	88	94,6	93	100
Trabajo de Parto Pretérmino	4	3,2	90	96,8	93	100

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

## Puérperas con exposición a Violencia Intrafamiliar

CUADRO Nº 7

Complicaciones en el Parto	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
RPM	6	26,1	17	73,9	23	100
Trabajo de Parto Prolongado	3	13,0	20	87,0	23	100
Fiebre	3	13,0	20	87,0	23	100
Desprendimiento placentario	1	4,3	22	95,7	23	100
Trabajo de Parto Pretérmino	1	4,3	22	95,7	23	100

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

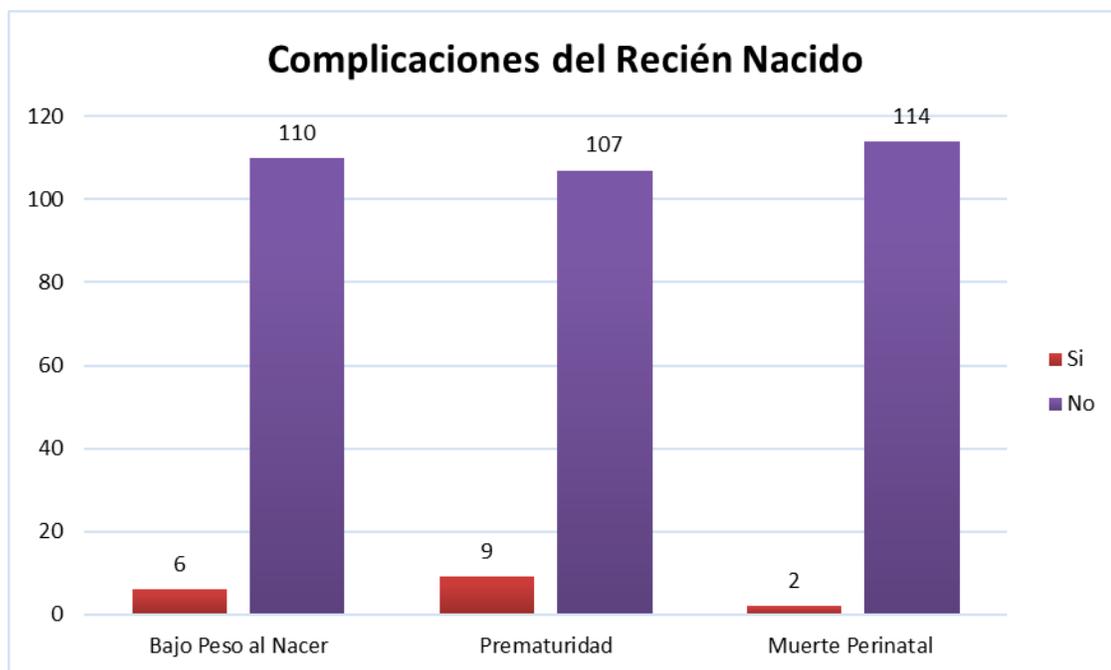
**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

Las mujeres maltratadas tuvieron RPM 26,1%, Trabajo de Parto Prolongado 13%, Fiebre 13%, Desprendimiento placentario 4,3%, y Trabajo de Parto Pretérmino 4,3%.

## 6.7. Complicaciones Perinatales presentes en los Grupos de Casos y Controles

### Complicaciones del Recién Nacido

#### REPRESENTACIÓN GRÁFICA N°15



**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las púerperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

Las Complicaciones Perinatales encontradas en los Recién Nacidos en estudio son: Prematuridad en frecuencia de 9, Bajo Peso en frecuencia de 6, Muerte Perinatal en frecuencia de 2.

## Recién Nacidos de Madres sin exposición a violencia

CUADRO Nº 8

Complicaciones Perinatales	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
Bajo Peso al Nacer	6	6,45	87	93,55	93	100
Muerte Perinatal	0	0	93	100	93	100
Prematuridad	8	8,60	85	91,4	93	100

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

## Recién Nacidos de Madres con exposición a violencia

CUADRO Nº 9

Complicaciones Perinatales	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
Bajo Peso al Nacer	0	0	23	100	23	100
Muerte Perinatal	2	8,7	21	91,3	23	100
Prematuridad	1	4,35	22	95,65	23	100

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

En relación a las complicaciones perinatales en madres maltratadas, la principal es la Muerte Perinatal con una frecuencia de 2, con un 8,7%.

**6.8. Análisis de Regresión Logística Bivariada de las Complicaciones Obstétricas y Perinatales con la exposición a Violencia Intrafamiliar.**

**Complicaciones durante el embarazo**

**CUADRO N° 10**

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	Chi Cuadrado	
	Valor	Valor de P
Complicaciones durante el embarazo		
Infección de Vías Urinarias	,194	,659
Infección vaginal	8,191	,004
Preeclampsia	1,103	,294
Sangrado Vaginal	5,312	,021
Retraso en el CPN	,145	,704
Placenta Previa	,503	,478
Trauma Abdominal	,503	,478

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

## Complicaciones durante el parto

### CUADRO N° 11

Violencia Intrafamiliar		Chi Cuadrado	
		Valor	Valor de p
Complicaciones durante el Parto	Trabajo de Parto Prolongado	0,182	0,670
	Ruptura prematura de membranas RPM	0,001	0,978
	Fiebre	1,120	0,290
	Desprendimiento Placentario	4,079	0,043
	Presentación Anómala	0,084	0,772
	Trabajo de parto Pretérmino	0,040	0,842

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las púerperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

## Complicaciones perinatales

### CUADRO N° 12

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		Chi Cuadrado	
		Valor	Valor de p
Complicaciones Perinatales	Prematuridad	,466	0,495
	Muerte Perinatal	8,229	0,046
	Bajo Peso al Nacer	1,565	0,211

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las púerperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

## Complicación obstétrica con mayor asociación a violencia

CUADRO N° 13

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	Valor de p	Odds Ratio	98% C.I. para EXP(B)	
			Inferior	Superior
<b>Complicación</b> Infección vaginal	0,004	3,966	1,235	12,743

**Fuente:** Entrevista confidencial y cuestionario aplicado a las puérperas y recién nacidos hospitalizados en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora

**Autora:** Andrea Yadira Tenezaca Medina

Para asociación de las Complicaciones tanto Obstétricas como Perinatales con la exposición a Violencia Intrafamiliar se utilizó Regresión Logística Binaria que nos permite relacionar una variable dicotómica en este caso Violencia Intrafamiliar con otras variables Dicotómicas como son la presentación de Complicaciones.

Después de vincular las variables, el programa SPSS 22.0 calcula con cual variable existe mayor asociación, en este caso existe una mejor asociación entre Violencia e Infección Vaginal con valor de p: 0,004; Odds Ratio de 3,966 e Intervalo de Confianza mayor a 1, valores estadísticamente significativos que indican que: las mujeres que presentan abuso durante el embarazo tienen 3,966 más riesgo de presentar Infección Vaginal.

## 7. DISCUSIÓN

En el presente estudio se asocia la exposición a la violencia intrafamiliar en el embarazo, como factor de riesgo, para la presentación de complicaciones obstétricas y perinatales en las madres y sus recién nacidos internados en el Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en una muestra de 116 pacientes. Los resultados están basados en la información suministrada por las puérperas y en los datos recogidos de las historias clínicas de las mismas.

Los grupos de Casos y Controles fueron elegidos a razón de un caso por cada control (58 pacientes para cada grupo).

Según los resultados descriptivos obtenidos el perfil de la mujer maltratada obstétrica es ser joven, ser casada, ser ama de casa, y tener nivel primario o secundario de educación. Perfil descrito por otra literatura que menciona “en el período obstétrico las mujeres más jóvenes, las mujeres casadas, las solteras y en unión libre, las mujeres que tienen menos años de educación, y mujeres que no tienen un empleo remunerado tienen un mayor riesgo de experimentar abuso en la pareja” (17). Esto se explica debido al estrés psicológico que genera la venida de un nuevo ser para el conyugue y por la cultura machista de nuestra sociedad, pues al no verse preparado el modelo masculino para generar los recursos económicos y no contar con la madurez necesaria, se desfoga en el maltrato hacia las personas más indefensas en este caso la mujer embarazada y el nuevo producto. Así como también la falta de un buen nivel educativo genera ignorancia en la mujer, lo cual a su vez degenera en estado de estrés y baja autoestima, que repercute en una conducta estática de la víctima frente al grave problema social en el que esta inmiscuida. Sin embargo en cuanto al ingreso económico mensual, este para las féminas maltratadas se ubica en entre las remuneraciones mínimas y máximas, dato no comparable con otros estudios, pero que se explica por el

promedio de remuneración encontrada en el total de la muestra que se establece alrededor de los 378\$ mensuales.

La prevalencia de exposición a la Violencia Intrafamiliar durante el embarazo, encontrada en la población estudiada, es del 19,83%, en nuestro país no se reportan prevalencias exclusivas de violencia de Género durante el embarazo, pero si en la Primera Encuesta de Violencia de Género desarrollada del 16 de noviembre al 15 de diciembre de 2011 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), se destacó que en mujeres de más de 15 años de 18.800 viviendas, 6 de cada 10 sufren Violencia, y más particularmente en la ciudad de Loja se recolectaron datos exclusivos de Mayo a Octubre de 2012, en los que 20 gestantes reportaron abuso, datos a su vez equiparables con una Encuesta Demográfica y de salud hecha en Ruanda, 2005; que señala una prevalencia del 10,2%(17), y un estudio realizado en Latinoamérica y el Caribe reporta una prevalencia estimada entre el 1 al 11% en países desarrollados y del 4 a 49% en países poco desarrollados (23), es así que otras literaturas establecen un rango de exposición entre el 1 al 25% (18) (21). Estos datos indican que la violencia durante el embarazo es más común que otras patologías que son reportadas rutinariamente en los controles prenatales como la preeclampsia la cual afecta a 6-8% de embarazos globalmente (20)

Con respecto a los tipos de violencia, la de tipo psicológico es la más frecuente (52%), dato que se corrobora en el país con 76,3% (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011); y en estudios realizados alrededor del mundo, se reporta prevalencias de 43,5% en Iran(14), 54,2% se informa en una muestra de 1298 mujeres, en Australia Woolhouse y col., 2011; establecen un rango de 8% a 78% () y en Córdoba esta abarca el 63,1%; por lo que se señala a la violencia psicológica como un factor asociado a enfermedades mentales en la que se altera el estado de ánimo de las mujeres lo cual repercute en daños a la personalidad (Castro et. al 2009) (20) es así que Celene, 2012 declara otros riesgos agregados a la violencia emocional, entre ellos padecimiento psicossomático de migraña

durante todo el embarazo, relaciones sexuales sin protección y múltiples parejas sexuales. Por lo que es de suma importancia implementar nuevos trabajos investigativos de orden cualitativo que se relacionen con la violencia psicológica, ya que esta demuestra ser uno de las principales factores de riesgo para la embarazada y el recién nacido.

El principal agresor constituye la pareja (61%), seguido de los familiares (26%), datos que eran de esperar y muy congruentes con múltiples estudios, entre ellos: Nunes, 2009, indica que de un total de 196 mujeres, 79 indican que el perpetrador fue el conyugue o algún familiar. (21)

En relación a las complicaciones obstétricas se encontró 2,7 veces más probabilidad de riesgo de padecerlas en mujeres con exposición a violencia, en contraste con las que no han sufrido abuso, dato que permite correlacionarse con un estudio parecido realizado en México por Valenzuela, 2004; que estima un Odds Ratio de 1,56, valor poco significativo y muy bajo, en relación a la presente tesis, para asegurar la asociación de estas variables. Sin embargo existen un sin número de trabajos destinados a confirmar la asociación de la violencia intrafamiliar como factor de riesgo obstétrico pero con diversas metodologías, diferentes a la utilizada en este estudio.

Por ejemplo en Perú, Haití y Zambia se encontró que las mujeres que experimentan Violencia Intrafamiliar física tenían peores resultados de salud en comparación con las mujeres no maltratadas (Morrison y Orlando, 2004). En general, las mujeres afectadas por violencia física tienden a utilizar los servicios de salud con mayor intensidad. En Perú, las víctimas de abuso físico fueron más propensas a tener complicaciones en el parto y, en promedio, terminar más embarazos que aquellas que no han sido víctimas. En Perú y Zambia, la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) fue significativamente mayor entre las mujeres maltratadas en comparación con aquellos que no lo eran. En Haití, mujeres que sufren violencia física, en promedio, sufrieron anemia más

severa que no víctimas. Los resultados preliminares de Perú (Morrison, Orlando y Pizzolitto, 2008) muestran que la violencia infligida por la pareja y familiares tiene impactos negativos sobre la salud de las mujeres y la utilización de los servicios de salud. Empero en países como Uganda carecen de una estrategia integral para abordar la violencia contra las mujeres. Aunque los estudios en estos países afirmen que las mujeres son violadas y abusadas físicamente en el matrimonio. La violencia de pareja es ignorada como un crimen, y el gobierno, incluida la policía, impulsa a las mujeres a regresar a sus esposos abusivos. (23)

En general existen 4 hipótesis de cómo la violencia puede causar daños en la salud reproductiva de las víctimas y el nuevo ser. El primer mecanismo es directo asumiendo que la embarazada sufra un trauma físico abdominal, en este caso el feto puede desarrollar estrés, hemorragia y eventualmente la muerte. Los otros mecanismos son de tipo indirecto, por ejemplo el estrés psicológico puede desencadenar en un cuidado prenatal tardío, en enfermedades crónicas (especialmente de tipo pélvico), hipertensión arterial, nutrición inadecuada, ansiedad y depresión (Melville et al., 2010; Shay-Zapien and Bullock, 2010). Estilos de vida no saludables, como son consumo de alcohol y uso ilícito de drogas pueden ser una consecuencia de violencia doméstica. Así pues, según la Organización Mundial de la Salud, el embarazo es experimentado en diferentes formas por las mujeres, aunque este representa un periodo de extrema susceptibilidad y vulnerabilidad a los efectos negativos potenciales de cualquier tipo de violencia. (22)

En cuanto a las complicaciones obstétricas las más significativas en el grupo de mujeres maltratadas fueron: Infección de Vías Urinarias (69,6%), Infección Vaginal (65,2%), Sangrado Vaginal (26,1%), Preeclampsia (17,4%), SISVAN Bajo Peso (17,4%), Retraso en el CPN (8,7%), esto muestra concordancia con otros estudios, (Yost et al., 2005; Kelly,2010; Svavarsdottir, 2010; Celene, 2012, que declaran el riesgo que conlleva la violencia en la salud reproductiva de las pacientes, al detectar una gran incidencia de infecciones urinarias (34%),

infecciones vaginales (13,7%), sangrado vaginal (12,6%), déficit del cuidado prenatal, baja ganancia de peso durante el embarazo.

Así también dentro de un boletín informativo que declara la Organización Panamericana de la Salud, 2001; las complicaciones adversas frecuentes en las víctimas de abuso, durante el parto son: desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro (7); entre otras; complicaciones encontradas en el actual estudio lo demuestran con las siguientes proporciones, Ruptura Prematura de Membranas en 26,1%, Trabajo de Parto Prolongado en 13%, Fiebre en 13%, Desprendimiento placentario en 4,3%, Trabajo de Parto Pretérmino en 4,35%.

Diversos estudios explican estas complicaciones como efecto acumulativo de los diferentes tipos de violencia de manera que el impacto sobre la salud sexual y reproductiva es mayor en mujeres que experimentan abusos físicos y sexuales a la par, que en las que experimentan sólo abusos físicos. Por una parte, los abusos sexuales repetidos pueden provocar lesiones cervicales, por otra parte, y de una forma más indirecta, el maltrato físico, psicológico o sexual podría, a través del estrés crónico que generalmente comporta, afectar negativamente al sistema inmunológico de la mujer y reducir su capacidad de respuesta ante un proceso patológico en general.

Merece la pena, hacer referencia, dada la importancia del trastorno, a 2 trabajos que han estudiado la relación entre la violencia doméstica y el cáncer cervical. El primero de ellos no encontró asociación significativa entre el maltrato y el cáncer, mientras que el segundo puso de manifiesto que las mujeres que habían experimentado violencia doméstica tenían un riesgo 4,28 y 1,47 veces mayor de padecer cáncer cervical y neoplasia cervical in situ, respectivamente, que aquellas que no habían sufrido maltrato. En cualquier caso, al considerar los resultados de estos estudios, debe tenerse en cuenta que son trabajos exploratorios y sus resultados discordantes deben servir para plantear futuros estudios que observen si esta relación es consistente. (24)

.

Por último, hay que hacer referencia, a los efectos adversos de la violencia en el recién nacido, donde un reciente meta-análisis realizado por Shah y Shah (2010), concluye que el nacimiento prematuro, el bajo peso al nacer, y eventualmente la muerte perinatal están significativamente asociados, relación demostrable en esta investigación, donde la media del peso y la edad gestacional de los infantes de puérperas con complicaciones obstétricas frente a las que no las presentaron, es menor; y la muerte perinatal (p: 0,046), presenta una fuerte relación. (25)

## 8. CONCLUSIONES

La presente investigación es la primera desarrollada en la Ciudad de Loja, un estudio de Casos y Controles en las puérperas y sus infantes internados en el Hospital Isidro Ayora, donde se estimó la exposición a la Violencia durante el embarazo por medio de un cuestionario confidencial de las víctimas, en una muestra de 116 mujeres. El análisis de este estudio señala una asociación significativa entre la violencia obstétrica con la aparición de efectos adversos en la madre y en el recién nacido.

Las mujeres maltratadas indican que el tipo de violencia más frecuente fue la violencia psicológica, pues afirman haber recibido insultos, malos tratos y sentir temor especialmente por su pareja, en el caso de las féminas que tienen algún tipo de relación conyugal, y por algún familiar en el caso de las solteras.

Las complicaciones obstétricas relevantes, encontradas en los grupos de Casos y Controles son Infección de vías urinarias, Infección vaginal, Sangrado vaginal, Preeclampsia, Baja ganancia de peso durante el embarazo, Ruptura Prematura de Membranas, Trabajo de Parto Prolongado, y Presentación Anómala.

Las complicaciones perinatales encontradas fueron: Bajo peso al nacer, muerte perinatal, y prematuridad.

La tesis en cuestión, según los resultados demostrados, establece un riesgo de 2,77 veces para la presentación de complicaciones obstétricas en mujeres agredidas durante el embarazo en comparación con las no víctimas. La muerte perinatal asociado a la violencia de la madre establece un riesgo significativo en contraste con el grupo de infantes, hijos de puérperas no expuestas a este factor.

## 9. RECOMENDACIONES

El panorama presentado en esta tesis, hace evidente la necesidad de considerar a la violencia como un problema obstétrico de gran importancia por la alta prevalencia que se asume, en contraste con otras patologías obstétricas de menor proporción, y por el impacto físico, psicológico y sexual, que repercute no solo en la madre sino en el nuevo ser en formación y porque no decirlo en la población en general, pues los infantes se convertirán en futuros entes de la sociedad, la cual exige valores morales y comporta derechos humanos para cada individuo perteneciente a la misma. Lo cual desencadena en estrategias para enfrentar a la violencia como un problema multidisciplinario, no únicamente relacionado con la salud sino también con el marco jurídico de los derechos humanos y con la población en general.

En cuanto al ámbito de la salud se sugiere impulsar acciones encaminadas a:

- Sensibilizar a las autoridades a nivel local y constitucional sobre la necesidad de destinar recursos para el desarrollo de actividades que favorezcan la identificación y atención de los casos de violencia intrafamiliar en los servicios primarios de salud.
- A concienciar al equipo de salud con las víctimas de violencia, lo que permita registrar la denuncia, realizar los exámenes que correspondan, recolectar pruebas para evitar la impunidad, y brindar el apoyo y seguimiento interdisciplinario y multiprofesional que permita recuperar el proyecto de vida de las personas que han sufrido violencia y evitar daños mayores.

- Llevar a cabo programas de educación continua en el personal de salud que labora en todos los niveles de atención sobre la situación epidemiológica agravante de la violencia en la población en general.
- Apoyar proyectos de investigación sobre violencia intrafamiliar, su repercusión en la población y la búsqueda de medidas vinculadas a mejorar este ente social.
- Poner énfasis en la búsqueda de violencia en las gestantes atendidas en los centros de salud, y prestar información a las mujeres maltratadas sobre medidas para salir de este grave problema social.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Quiñones M, López Y, Delgado E, Tejera A. Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud Ciego de Ávila: Violencia intrafamiliar desde un enfoque de género. MediCiego [revista en internet] 2011 [acceso 04 de marzo de 2013]; 17 (2): 10 p. Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17\\_02\\_2011/pdf/T27.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_02_2011/pdf/T27.pdf)
2. Naciones Unidas. Violencia contra la Mujer. Secretaria General de la Campaña para Eliminar la Violencia contra la Mujer: Departamento de Información Pública, DPI/2546C: UN; Noviembre 2009.
3. Organización Mundial de la Salud. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. NOTA DESCRIPTIVA N.º 239; Noviembre 2012.
4. Salas B, Yopez E, León N, Borrero M, Hermida J, Ayabaca P, Segura M, et al. ; Por una Maternidad y Nacimiento Seguros; Documento Público. 1ª ed. Quito-Ecuador. Graphus 290 2760; Mayo 2008.
5. Paho.org, Nuevos estudios revelan que ser víctima de abuso o testigo de violencia contra la madre aumenta el riesgo de sufrirla o ejercerla en los años posteriores [Sede Web]. OPS: Asunción 19 de Diciembre de 2012. [acceso 07de Marzo de 2013]. Disponible en [http://new.paho.org/par/index.php?option=com\\_content&task=view&id=863&Itemid=1](http://new.paho.org/par/index.php?option=com_content&task=view&id=863&Itemid=1)
6. Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología ACOG, Violencia Doméstica [Sede Web], ACOG: Washington, Enero 2009. [acceso 07de Marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.acog.org/For%20Patients/Search%20Patient%20Education%20Pamphlets%20-%20Spanish/Files/Violencia%20domestica.aspx>
7. Organización Panamericana de la Salud; HOJA INFORMATIVA Gen-Salud; La Violencia Doméstica durante el Embarazo [Sede Web], OPS, Washington: 2001. [acceso 07de Marzo de 2013]. Disponible en: [www.paho.org/spanish/ad/ge/VAWPPregnancysp.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/ge/VAWPPregnancysp.pdf)

8. Morgan M, Siddighi S. Ginecología y Obstetricia. 5ª ed. Mac Graw-Hills/ Interamericana de México: México, 2006, pág 363.
9. Organización Mundial De La Salud [Sede Web]. Washington, D.C.: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2003 [acceso: 30 de Septiembre de 2014]. Informe mundial sobre la violencia y la salud: La Violencia un problema de Salud Pública. Págs. 23. Disponible en: [http://www1.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia\\_2003.htm](http://www1.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm)
10. Missouri L. Océano Mosbi Diccionario De Medicina. 6º ed. Barcelona-España: Editorial Océano Milanesat; p. 21 – 33
11. Vigil de Gracia P. Parto De Alto Riesgo Y Sus Complicaciones: Obstetricia de Alto Riesgo: Amolca 2012. Vol 2.
12. Orlando Rigol R. Riesgo Reproductivo. En: Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 114-115.
13. Fundación Clínica Valle de Lili [Sede Web]. Santiago de Cali: Conde A., Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia; 2001 [acceso: 30 de Septiembre de 2014]. Carta De La Salud: Embarazo de Alto riesgo. Disponible en: [www.clinicalili.org.co](http://www.clinicalili.org.co)
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador [Sede Web]. Quito - Ecuador: Dirección de Normatización; 2009 [acceso: 30 de Septiembre de 2014]. Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. Págs. 118. Disponible en: <http://nadienuncamas.educacion.gob.ec/images/descargas/9.Normas-y-protocolos-de-atencion-integral-de-violencia-de-genero-intrafamiliar-y-sexual-del-Ministerio-de-Salud.pdf>
15. Fondo de Población de las Naciones Unidas América Latina y El Caribe [Sede Web]. Quito: FCI, USAID, UNFPA, Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Segura y Atención a la Infancia; 2006 [actualizada: mayo de 2008; acceso: 30 de Septiembre de 2014]. Por una maternidad y nacimientos seguros. Págs. 43. Disponible en: <http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2006/Por%20una%20omaternidad%20y%20nacimiento%20seguros%20-%20Ecuador.pdf>

16. Organización Mundial De La Salud [Sede Web]. Suiza: Departamento de Salud Reproductiva e Intervenciones Conexas; 2013 [acceso: 30 de Septiembre de 2014]. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud (Resumen de orientación). Págs. 2. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>
17. Ntaganira J., Muula AS, Siziya S., Stoskopf C., Rudatsikira E. Factors associated with intimate partner violence among pregnant rural women in Rwanda. *Rural and Remote Health*. 2009; 9: 1153.
18. Makara-Studzinska M., Lewicka M., Sulima M., Urbanska A. Characteristics of women who have suffered from violence during pregnancy. *Polish Annals of Medicine*. 2013; 20: 106–109.
19. Han A., Stewart D. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean región. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2014; 124: 6–11.
20. Castro R., Vázquez de la Torre J.C., Caro M.T., Pérula L. Violencia doméstica en la ciudad de Córdoba: estudio de prevalencia y factores asociados. *SEMERGEN*. 2009; 35(5):221-6.
21. Antunes M.A., Camey S., Ferri C., Manzolli P., Manenti C., Schmidt M. Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *European Journal of Public Health*. 2009; 21 (1): 92–97.
22. International Center for Research on Women. Estimating the Costs and Impacts of Intimate Partner Violence in Developing Countries. A Methodological Resource Guide. 2013.

23. Celene A., Segall-Corr A., Santiago S., Perez-Escamilla R. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery*. 2012; (28): 416–421.
24. Plazaola-Castaño J., Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(12):461-7.
25. McMahon S., Chien-Chung H., Boxer P., Postmus J. The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Children and Youth Services Review*. 2011; (33): 2103–2111.
26. Woolhouse H., Gartland D., Hegarty K., Donath S., Brown SJ. Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. *BJOG* 2012; 119: 315–323.
27. Stöckl H., Filippi V., Watts Ch., Mbwambo J. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12:12.
28. Valenzuela Perez S. Violencia Intrafamiliar como factor de riesgo para la gestante y su producto. Universidad de Colima. 2004.
29. Blitchtein-Winicki D., Esperanza Reyes-S. Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(1):35-43.
30. Shamu S., Abrahams N., Temmerman M., Musekiwa A., Zarowsky C. A Systematic Review of African Studies on Intimate, Partner Violence against Pregnant Women: Prevalence and Risk Factors. *PLoS ONE*. 2011; 6(3): e17591.

## **11. ANEXOS**



### **Descripción y Objeto del Estudio**

Usted va a participar en el estudio denominado VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA GESTANTE Y SU HIJO/HIJA, a llevarse a cabo en el Hospital Isidro Ayora, este pretende conocer la relación de la violencia intrafamiliar durante el embarazo, con las complicaciones en la madre y el recién nacido.

La recolección de la información se hará en las tardes, en las habitaciones de posparto del servicio de Ginecoobstetricia, en donde se le formulará preguntas encaminadas a detectar el abuso emocional, físico o sexual por parte de su pareja, expareja, o cualquier familiar. Además se llenará una hoja que incluirá datos generales, antecedentes gineco-obstétricos, complicaciones en el embarazo y durante el parto, y datos relacionados con el recién nacido.

### **Beneficios**

Es importante recalcar que el trabajo investigativo está orientado a mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas que se encuentran emocional y físicamente afectadas por este problema social, ya que aportara datos de gran importancia que serán difundidos entre los profesionales de salud, por lo que es importante que proporcione los datos requeridos con la mayor veracidad, puesto que las investigaciones acerca de Violencia Intrafamiliar en el embarazo son basados en información aportada únicamente por las víctimas.

### **Aspectos éticos**

Los datos requeridos son totalmente confidenciales y en todo momento se mantendrá su protección.

Debe saber que su participación en el presente estudio es voluntario, y que puede decidir no participar o cambiar su decisión en cualquier momento, sin ninguna consecuencia en su atención hospitalaria en esta casa de salud

### **Consentimiento de la paciente**

Yo \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente tras haber sido informada del estudio VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA GESTANTE Y SU HIJO/HIJA, doy mi consentimiento para aportar los datos necesarios, en la realización de la presente investigación clínica.

---

Firma



Entrevista Confidencial N° \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (Siglas)	Historia Clínica	<b>Edad</b>	Estado Civil
		14 a 20 años ( )	(S,C,UL,D,VD)
		21 a 30 años ( )	
		31 a 40 años ( )	
		41 a 50 años ( )	
<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Ingreso Económico Mensual</b>	
Prim. Comp. ( )	Ama de Casa ( )	> 150\$ ( )	
Prim. Incomp. ( )	Emp. Pública ( )	220 \$ ( )	593 \$ ( )
Sec. Comp. ( )	Emp. Privada ( )	318\$ ( )	605 \$ ( )
Sec. Incomp. ( )	Profesional ( )		
Sup. Comp. ( )	Estudiante ( )		
Sup. Incomp. ( )			

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

Tabaquismo durante el Embarazo Si( ) No ( )

Aumento la frecuencia de beber alcohol durante el embarazo Si( ) No ( )

**Enfermedades Crónicas:** Ninguna ( ) Diabetes ( ) Hipertensión Arterial ( )

Enfermedades Cardíacas ( ) Enfermedades Respiratorias ( )

**Enfermedades de Transmisión Sexual**

Clamidiasis ( )	HPV ( )
Sífilis ( )	Chancroide ( )
Gonorrea ( )	Tricomoniasis ( )
Herpes Genital ( )	Hepatitis B ( )
VIH/ SIDA ( )	

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS**

IVSA ( ) Gestas( ) PV( ) Cesárea ( ) Abortos ( )

Inicio de Control prenatal SI( ) NO ( ) Semana ( ) Cuantos CPN < 4 ( )

	<b>SISVAN</b>	Bajo Peso ( )	5 - 8 ( )
Talla	Peso	E.G.	Peso Normal ( )
			Sobrepeso ( )
			Obesidad ( )
			12 - 15 ( )
			> 15 ( )

**Embarazo deseado** Si ( ) No ( )

**Planificación Familiar** Si ( ) No ( ) ¿Quién decide? \_\_\_\_\_



**Marque SI o NO para cada pregunta**

1. ¿Ha sido insultada, humillada, controlada, o presionada a cambiar de comportamiento por su compañero o por alguien importante para usted?

SI ( ) NO ( )

2. En el último año ha sido golpeada, abofeteada, pateada o ha sufrido algún otro tipo de abuso físico

SI ( ) NO ( )

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿**Por quién?**

Esposo ( ) Exesposo ( ) Novio ( ) Exnovio ( ) Familiar ( ) Otro ( )

**Frecuencia:** Rara vez ( ) Casi Siempre ( ) Siempre ( )

3. Ha sido golpeada, abofeteada, pateada, por alguien durante los embarazos

SI ( ) NO ( )

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿**Por quién?**

Esposo ( ) Exesposo ( ) Novio ( ) Exnovio ( ) Familiar ( ) Otro ( )

**Califique cada incidente de acuerdo a la siguiente escala:** \_\_\_\_\_**1**=Amenaza de abuso lo que incluye uso de armas para amenazarla**2**=Abofetones (cachetadas) o empujones, sin lesiones ni dolor prolongado**3**=Golpes, patadas, moretones, cortadas o dolor continuo en una zona del cuerpo.**4**= Quemaduras, fracturas.**5**=Golpes directos en la cabeza**6**= Uso de armas, o heridas por armas

(Si aplican varias de las descripciones utilice el número más alto)

4. En el último año, ¿Alguien la ha forzado para tener relaciones sexuales?

SI ( ) NO ( )

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿**Por quién?**

Esposo ( ) Exesposo ( ) Novio ( ) Exnovio ( ) Familiar ( ) Otro ( )

**Frecuencia:** Rara vez ( ) Casi Siempre ( ) Siempre ( )

5. Tiene temor de su pareja o de alguien más mencionado antes SI( ) NO( )

## 12. INDICE GENERAL

CARATULA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
2.1. ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	9
4.1. CONCEPTUALIZACIÓN.....	9
4.1.1. VIOLENCIA.....	9
4.1.2. EMBARAZO.....	10
4.2. Riesgo.....	10
4.2.1. Riesgo Reproductivo.....	10
4.2.2. Riesgo Preconcepcional.....	11
4.2.3. Riesgo Obstétrico.....	11
4.2.4. Riesgo Perinatal.....	11
4.3. FACTOR DE RIESGO OBSTÉTRICO.....	12
4.4. VIOLENCIA.....	13
4.4.1. TIPOS DE VIOLENCIA.....	13
4.4.1.1. Abuso sexual infantil.....	14
4.4.1.2. Acoso Sexual.....	14
4.4.1.3. Violencia patrimonial o económica.....	14
4.4.1.4. Violencia de género.....	14
4.4.1.5. Femicidio.....	15
4.4.1.6. Violencia intrafamiliar.....	15
4.4.1.6.1. Formas de violencia intrafamiliar.....	16
4.5. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO.....	17

5.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	22
5.1.	TIPO DE ESTUDIO:.....	22
5.2.	GRUPO DE ESTUDIO:.....	22
5.3.	PROCESO ENCUESTADOR.....	23
5.4.	ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO Y RESULTADOS.....	25
6.	RESULTADOS.....	27
6.1.	DATOS GENERALES.....	27
6.1.1.	Puérperas por Grupos de Edad de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar.....	27
6.1.2.	Puérperas por Estado Civil de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar.....	28
6.1.3.	Puérperas por Escolaridad de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar.....	29
6.1.4.	Puérperas por Ingreso Económico Mensual de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar.....	30
6.1.5.	Puérperas por Ocupación de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar.....	31
6.2.	ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS.....	32
6.2.1.	Inicio de Vida Sexual Activa en las Puérperas de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar del Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora.....	32
6.2.2.	Enfermedades de Transmisión Sexual en las Puérperas de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar del Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora	33
6.2.3.	Paridad en las Puérperas de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar del Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora.....	34
6.2.4.	Planificación Familiar en las Puérperas de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar.....	35
6.2.5.	Embarazo deseado en las Puérperas de acuerdo a la exposición de Violencia Intrafamiliar.....	36
6.3.	PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	37
6.4.	MEDIDAS DE ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR CON LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES EN LA MADRE.....	40
6.5.	MEDIDAS DE ASOCIACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES DE LA MADRE CON LAS COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO.....	41

Test de Mc Nemar para la asociación de complicaciones de la madre con las complicaciones del recién nacido.....	41
6.6. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PRESENTES EN LOS GRUPOS DE CASOS Y CONTROLES .....	43
6.7. Complicaciones Perinatales presentes en los Grupos de Casos y Controles .....	47
Complicaciones del Recién Nacido .....	47
6.8. Análisis de Regresión Logística Bivariada de las Complicaciones Obstétricas y Perinatales con la exposición a Violencia Intrafamiliar. ....	49
Complicaciones durante el embarazo .....	49
Complicaciones durante el parto .....	50
Complicaciones perinatales .....	50
7. DISCUSIÓN .....	52
8. CONCLUSIONES.....	58
9. RECOMENDACIONES.....	59
10. BIBLIOGRAFÍA.....	61
11. ANEXOS.....	65
12. INDICE GENERAL .....	71