

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Violencia doméstica de la pareja y su relación con la
preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital San
Juan de Lurigancho. Enero – Julio, 2015**

TESIS

Para optar el Título de Licenciado en Obstetricia

AUTOR

Morales Camargo José Fernando

ASESORA

Rojas Espinoza Clara Hilda

Lima – Perú

2016

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias nuevas.

Gracias a mi familia por apoyarme en todo momento, por los valores inculcados, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida a pesar de muchas dificultades. Gracias a ti, tío Elvin, porque siempre confiaste en mí.

Agradezco a la Escuela de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por acogerme en sus aulas en toda esta etapa de formación profesional. Asimismo a todas las maestras y maestros que día a día me impartieron sabias enseñanzas tanto en el ámbito académico como en la vida personal.

Un agradecimiento especial a mi asesora Mg. Clara Hilda Rojas Espinoza por los conocimientos impartidos y el tiempo dedicado a la realización de la tesis.

Finalmente agradezco al Hospital San Juan de Lurigancho por permitir la realización de este trabajo de investigación, junto a la colaboración del personal de la institución en la ejecución de la tesis.

DEDICATORIA:

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que doy, brindándome salud para lograr mis objetivos.

A mi madre, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por su incondicional apoyo, sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

A mi hermana Vivian, por ser una gran amiga y un gran apoyo para mí y también uno de los seres más importantes en mi vida.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCIÓN	10
2. METODOLOGÍA	38
3. RESULTADOS	45
4. DISCUSIÓN	53
5. CONCLUSIONES	56
6. RECOMENDACIONES	57
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
8. ANEXOS	63
ANEXO 1.....	63
Consentimiento informado.....	63
ANEXO 2.....	65
Formulario de datos generales, reproductivos y obstétricos.....	65
ANEXO 3.....	66
Formulario de datos de la preeclampsia.....	66
ANEXO 4.....	67
Test que evalúa violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico y sexual en la mujer embarazada.....	67
ANEXO 5.....	70
Tabla 6. Datos generales de las gestantes según grupo caso (preeclampsia) y control (no preeclampsia). Hospital San Juan de Lurigancho. Enero – julio, 2015.....	70
ANEXO 6.....	71

Tabla 7. Datos reproductivos y obstétricos de las gestantes según caso (preeclampsia) y control (no preeclampsia). Hospital San Juan de Lurigancho Enero - julio, 2015	71
ANEXO 7.....	72
Tabla 8. Distribución porcentual de manifestación de signos clínicos en los casos de preeclampsia. Hospital San Juan de Lurigancho. Enero – julio, 2015.....	72
Tabla 9. Datos de exámenes de laboratorio en los casos de preeclampsia. Hospital San Juan de Lurigancho. Enero - julio, 2015.	72
ANEXO 8.....	73
Figura 1: Media de las presiones arteriales según caso (preeclampsia) y control (normotensas). Hospital San Juan de Lurigancho. Enero – julio, 2015.....	73
ANEXO 9.....	74
Figura 2. Distribución porcentual de proteínas en orina según prueba de ácido sulfosalicílico en los casos de preeclampsia. Hospital San Juan de Lurigancho. Enero – julio, 2015.....	74

RESUMEN

“VIOLENCIA DOMÉSTICA DE LA PAREJA Y SU RELACIÓN CON LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO ENERO – JULIO, 2015”

Objetivo: Determinar la relación entre la violencia doméstica de la pareja y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, analítico de casos y controles en 80 gestantes (40 gestantes con preeclampsia y 40 gestantes normotensas) atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo enero – julio, 2015. Con la finalidad de evaluar la presencia o ausencia de violencia doméstica de la pareja durante el embarazo. Los datos se recopilaron a través de la revisión de historias clínicas y un cuestionario válido para la violencia intrafamiliar durante el embarazo. En el análisis se aplicó estadísticas descriptivas, distribución de frecuencias y proporciones en las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se aplicó medidas de tendencia central, promedios y desviaciones estándar. Para las inferencias estadísticas se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado en las variables cualitativas. Para la determinación de las relaciones se aplicó la razón de productos cruzados (OR) con sus intervalos de confianza al 95%, regresión logística binaria, regresión de Cox y Snell y se aplicó la prueba de Hosmer y Lemeshow para la validación del modelo, considerándose adecuado cuando el $p > 0.05$.

Resultados: El promedio de edad de las gestantes preeclámpicas (casos) fue 27.83 y 27.35 para las gestantes normotensas (controles). En ambos grupos, la educación secundaria completa fue mayoritaria, 72.5% en los casos y 57.5% en los controles. El

85% de los casos manifestaron ser amas de casa al igual que los controles, 72.5%. El 62.5% de los casos tienen una procedencia de nacimiento de la costa y el 40% de los controles procede de la sierra. En ambos grupos el estado civil conviviente fue mayoritario, 72.5% en los casos y el 80% en los controles. Asimismo el tiempo de cohabitación sexual con la pareja representó el 57.5% y el 92.5% para los casos y controles, respectivamente.

La probabilidad de tener Preeclampsia cuando se presenta violencia física (OR: 2.1; IC95% 0.706-6.253) es más de dos veces y casi tres veces más cuando se presenta la violencia sexual (OR: 2.97; IC95% 0.966-9.155), $p < 0.05$. Para la violencia psicológica, la probabilidad de sufrir preeclampsia en presencia de este factor es 1.11 veces más, $p > 0.05$.

En general, existe una probabilidad de 2.5 veces más en desarrollar Preeclampsia cuando se presenta la violencia (OR: 2.54; IC95% 0.895-7.202), $p > 0.05$.

Conclusiones: La violencia doméstica física y sexual de la pareja incrementa el riesgo de sufrir preeclampsia. No se obtuvieron datos estadísticamente significativos para la violencia psicológica y su relación con esta patología. En general, la violencia doméstica de la pareja constituye un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en el periodo enero – julio 2015, aunque estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

PALABRAS CLAVES: Violencia infligida por la pareja, violencia durante el embarazo, preeclampsia.

ABSTRACT

“DOMESTIC PARTNER VIOLENCE AND ITS RELATIONSHIP WITH PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN AT THE HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO JANUARY-JULY 2015”

Objective: To determine the relationship between domestic partner violence and preeclampsia in pregnant women treated at the Hospital San Juan de Lurigancho January to July 2015.

Materials and methods: Retrospective, analytical case-control study of 80 pregnant women (40 pregnant women with preeclampsia and 40 normotensive pregnant) at the Hospital San Juan de Lurigancho for the period January-July 2015. In order to assess the presence or absence of domestic partner violence during pregnancy. Data were collected through review of medical records and valid for domestic violence during pregnancy questionnaire. In the analysis descriptive statistics, frequency distributions and proportions for qualitative variables applies. For quantitative variables measures of central tendency, means and standard deviations was applied.

For the statistical inferences Chi-Square test is applied in the qualitative variables. To determine the relationship was applied the odds ratio (OR) with confidence intervals of 95%, binary logistic regression, Cox and Snell products and the Hosmer-Lemeshow test was used to validate the model, considering suitable when the $p > 0.05$.

Results: The mean age of preeclamptic pregnant women (cases) was 27.83 and 27.35 for normotensive pregnant women (controls). In both groups, the majority was completed secondary education, 72.5% in cases and 57.5% in controls. 85% of cases being housewives expressed as the controls, 72.5%. 62.5% of cases have a source of

birth of the coast and 40% of controls comes from the mountains. In both groups the majority law marriage was 72.5% in cases and 80% in controls. Also the time of sexual cohabitation with the couple represented 57.5% and 92.5% for cases and controls, respectively.

The chance of having preeclampsia when physical violence (OR: 2.1; 95% CI 0.706-6.253) presented is more than twice and almost three times as sexual violence (OR: 2.97; 95% CI 0.966-9.155) is presented, $p < 0.05$. For psychological violence, the likelihood of preeclampsia in the presence of this factor is 1.11 times, $p > 0.05$.

In general, there is a probability of 2.5 times in preeclampsia when violence (OR: 2.54; 95% CI 0.895-7.202) is presented $p > 0.05$.

Conclusions: Domestic physical and sexual partner violence increases the risk of preeclampsia. No statistically significant data for psychological violence and their relationship with this pathology were obtained. Usually, Domestic partner violence is a risk factor for preeclampsia in pregnant women treated at the Hospital San Juan de Lurigancho in the period January to July 2015, although these results were not statistically significant.

KEYWORDS: Intimate partner violence, violence during pregnancy, preeclampsia.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica en la gestante, es un grave problema de salud pública que afecta el bienestar del binomio madre-hijo. Los factores desencadenantes de la violencia son diversos, sin embargo las consecuencias observadas son similares en los diferentes grupos sociales y abarcan desde secuelas psicológicas hasta causas de morbilidad materno-infantil ⁽¹⁾.

La OMS realizó un estudio en el año 2005 acerca de la violencia doméstica contra la mujer durante el embarazo en distintas regiones a nivel mundial y encuentra que la zona rural del Perú reportó la cifra más alta de violencia física (golpes) en el periodo gestacional (28% de mujeres alguna vez embarazadas durante al menos un embarazo) seguida por la zona urbana con el 15%. En un estudio realizado a nivel nacional sobre violencia física y sexual contra las mujeres, casi 15 de cada 100 mujeres alguna vez embarazadas sufrieron de violencia física durante el embarazo. La situación se mostró más grave en Cusco, donde el 27.6% reportaron haber sufrido ese tipo de agresión. En relación al tipo de violencia recibida durante el embarazo, algunas investigaciones llevadas a cabo en México y Perú reportan que la violencia psicológica es más frecuente que la violencia física (42% vs 32.4%, respectivamente, del total de agresiones durante el embarazo). Esta última incluyó patadas y puñetes en el abdomen. Respecto a quién perpetuó el ataque, un estudio llevado a cabo en Perú a nivel nacional reportó que el 97.9% de las mujeres alguna vez agredidas durante el embarazo, registraron que la agresión la ejecutó el padre del niño ⁽²⁾.

Existen numerosos estudios acerca de patologías del embarazo, pero una gran cantidad de ellos han sido realizados desde un enfoque biomédico, no considerándose las exigencias adaptativas de carácter psicosocial que surgen durante

la gestación. Los planteamientos hipotéticos de diversos estudios epidemiológicos para explicar esta asociación postulan que la situación psicosocial interviene como un factor condicionante que facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo ⁽³⁾.

Koos señala que una gran cantidad de respuestas de la mayoría de mujeres sometidas a la violencia de género, demuestra un profundo malestar, que si no se resuelve, desarrolla patrones sintomáticos crónicos y de larga duración. La experiencia de la violencia contra la pareja durante el embarazo se ha relacionado con un mayor riesgo de preeclampsia ⁽⁴⁾.

Pacora y col. en un estudio clínico retrospectivo titulado *“Factores patogénicos del embarazo complicado por la hipertensión arterial en una población de Lima”* realizado en 8506 mujeres, con embarazos complicados por hipertensión arterial, en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé desde el año 1996 hasta 2006, sustenta cómo la privación social y la violencia doméstica son factores que intervienen frecuentemente en la etiopatogenia de la enfermedad vascular del embarazo, preeclampsia. El estudio tiene como resultado que además de las bases vasculares, hereditarias y biológicas condicionantes de esta patología, el factor social y emocional representan el 62.9% y el 16%, respectivamente ⁽⁵⁾.

Maritza Muñoz y col. realizaron en el año 2009 un estudio analítico de casos y controles, titulado *“Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente”*. El objetivo fue identificar factores de apoyo y estrés psicosocial en adolescentes embarazadas y establecer su asociación a la presencia o ausencia de Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE) y/o Síntoma de Parto Prematuro (SPP); se evidenció que los estresores psicosociales asociados a la presencia de estas patologías fueron: problemas económicos, presencia de agresión psicológica

familiar, presencia de algún evento estresante y depresivo, presencia de alguna enfermedad de un familiar y presencia de violencia al interior del hogar, concluyendo que los estresores psicosociales familiares se asocian a la presencia de SHE y/o SPP, mientras que el apoyo familiar es un factor protector de estas patologías ⁽³⁾.

Ku Carbonell, realizó un estudio en el Hospital María Auxiliadora de Lima en el año 2009 titulado “*Violencia de género durante la gestación y su repercusión en el parto y recién nacido*”, donde el 25.3% de de 152 puérperas entrevistadas manifestó haber padecido algún tipo de violencia (física y/o psicológica) y, de éstas, un 61% manifestó que el principal autor fue la pareja. Dentro de las complicaciones más frecuentes, después de amenaza de aborto y rotura prematura de membranas, se ubica la enfermedad hipertensiva del embarazo en un 19% (sin factores de riesgo agregados). El estudio concluye que la violencia durante el embarazo es frecuente y tiende a ser severa y asociada a resultados adversos como amenaza de aborto, rotura prematura de membrana y enfermedad hipertensiva del embarazo ⁽⁶⁾.

Shamsi et al., realizó un estudio el año 2010 titulado “*A multicentre matched case control study of risk factors for Preeclampsia in healthy women in Pakistan*” en 131 casos de preeclampsia y 262 controles sin historia de preeclampsia. El estudio mostró una asociación entre el estrés mental durante el embarazo y el desarrollo de la preeclampsia (OR = 1,32, IC: 1,19-1,46). Refiere también que la depresión y la ansiedad en el embarazo precoz, un ambiente de trabajo y un entorno familiar estresante también están asociados con esta patología ⁽⁷⁾.

Morales C., en su estudio “*Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010*” la incidencia de preeclampsia fue del 10.8% del total de partos atendidos en el HNDAC. El análisis de regresión logística, determinó que las pacientes con

antecedente de violencia física presentan 32% más probabilidad de presentar preeclampsia, quienes no planificaron el embarazo incrementan su riesgo en 23% y las primigestas aumentan su riesgo en 54%. El antecedente de preeclampsia fue el factor más asociado, con casi cuatro veces el riesgo de desarrollar un nuevo cuadro en comparación a las gestantes sin tal antecedente. Finalmente, las gestantes con sobrepeso tienen el doble de riesgo de desarrolla preeclampsia en comparación a las gestantes con peso normal, y las gestantes con obesidad presentan el triple de riesgo ⁽⁸⁾.

Ku E., en su investigación *“Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012”* donde asignó 60 puérperas con diagnóstico de preeclampsia durante el embarazo (casos) y 60 puérperas sin preeclampsia de parto normal (controles), demuestra que las mujeres que tuvieron mayores niveles de ansiedad y depresión en general (tanto como estado o rasgo) durante el embarazo tenían un riesgo tres veces mayor de desarrollar preeclampsia. La presencia de violencia en general (ya sea física, psicológica o sexual), resultó un factor de riesgo dos veces mayor para desarrollar preeclampsia. En general, la presencia de factores psicológicos (ansiedad y depresión) resultó un riesgo tres veces mayor para desarrollar preeclampsia y los factores sociales (disfunción familiar y violencia) fueron un riesgo dos veces mayor para desarrollar preeclampsia. El estudio concluye que la preeclampsia sigue siendo un relevante problema de salud pública en el que influyen factores psicológicos (ansiedad, depresión) y sociales (violencia física, psicológica o sexual), los cuales deben ser considerados, evaluados y atendidos para disminuir sus efectos sobre la salud materna y perinatal ⁽⁴⁾.

Cóndor y Domínguez, en su investigación *“Asociación entre el estrés crónico y la preeclampsia en mujeres de 20 a 34 años atendidas en el Instituto Nacional Materno*

Perinatal, 2013” observa que la frecuencia de preeclampsia en mujeres con estrés crónico fue mayor en relación a las que no presentaron estrés, siendo sus cifras 75.9 y 24.1 % respectivamente. Determina también en su investigación la asociación entre el estrés crónico y proteinuria (nivel de significancia menor a 0,05) y la probabilidad 2.8 veces mayor de desarrollar preeclampsia ante la presencia de estrés crónico, constituyendo así un factor de riesgo para esta patología ⁽⁹⁾.

López y Camacho, en su estudio *“Violencia intrafamiliar como factor de riesgo de preeclampsia en gestantes de 20 a 35 años atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo marzo 2012 - mayo del 2013”*, el 42.5% de pacientes preeclámpticas refirió haber sido alguna vez abusada emocional o físicamente por su pareja o alguien importante para ella, en comparación con el 40.8% de pacientes normotensas (OR =1.07) IC (0.64 - 1.79). Asimismo, considera que la violencia intrafamiliar no es un factor de riesgo de preeclampsia, en las pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal y que el apoyo social presente no actúa como factor protector de preeclampsia, mientras que el nivel de resiliencia alta sí lo hace ⁽⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” La declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la

vida pública o en la vida privada; definición que hace mención el protocolo sobre violencia contra la mujer del Ministerio de Salud del 2006 ⁽¹⁰⁾.

La violencia basada en género es la expresión de la presencia de estructuras y dinámicas sociales, y ejercicio inadecuado del poder, que se fundamentan en la asignación de roles diferentes a varones y mujeres en función de su sexo ⁽¹¹⁾.

Desde el punto de vista *biológico*, Ramírez (2000) explica que la violencia es la respuesta de supervivencia de un individuo u organismo a su medio ambiente. Este autor explica que en el caso de la violencia de género en la pareja, esta conducta es considerada como parte de la estructura biológica del hombre, pues el hombre ha desarrollado su agresividad para sobrevivir. Ramírez menciona que los seguidores del modelo biológico defienden que en las especies animales los machos son más agresivos que las hembras, pero se olvidan de tener en cuenta la construcción cultural. Otra crítica planteada por este teórico hacia la corriente biológica es el hecho de que esta no explica por qué algunos hombres a pesar de ser físicamente fuertes no son violentos en el hogar. Desde el punto de vista *generacional*, Dutton y Golant (1997), sostienen que existen algunas características individuales que constituyen un factor de riesgo para que las personas ejerzan la violencia contra la pareja. Según ellos, la interacción de los siguientes factores contribuyen a que un hombre maltrate a su compañera: el rechazo y el maltrato del padre, el apego inseguro a la madre y la influencia de la cultura machista. Desde el punto de vista *sistémico*, Perrone y Nanini (1995) consideran como primera premisa que “la violencia no es un fenómeno individual, sino la manifestación de un fenómeno interaccional”. En este sentido, Cunningham et al. (1998) afirman que la violencia es resultado de la organización dinámica familiar, cuyos miembros presentan dificultades en las relaciones, tanto de comunicación, como en cuanto a las

habilidades sociales. La segunda premisa recae en el hecho de que “todos cuantos participan en una interacción se hallan implicados y son, por lo tanto, responsables”. Dicha proposición ha sido objeto de muchos debates, pues según Jacobson y Gottman (2001), “nada que una mujer pueda decirle a un hombre le da a éste derecho a pegarle”. Según esos autores, el hecho de afirmar que las mujeres son responsables por provocar a sus maridos supone concebir el matrimonio sobre las bases de una visión arcaica que se traduce en que el hombre es el jefe de la familia y tiene derecho a pegar a su esposa. Como tercera premisa, Perrone y Nanini (1995) postulan que “el hecho de ser víctima no cambia en nada el grado de responsabilidad de cada uno”, lo cual es criticado por Cantera (2007) al argumentar que las víctimas de los maltratos son siempre víctimas y por Jacobson y Gottman (2001) al remarcar que la conducta agresiva es responsabilidad del agresor y, por lo tanto, tiene “poco que ver con lo que la mujer haga o deje de hacer, con lo que diga o deje de decir”. La última premisa concibe que tanto la conducta violenta como la no violenta se vincula a la homeostasis del sistema familiar. La violencia se despliega en un contexto donde el sistema de creencias del individuo no está de acuerdo con la realidad. Para Perrone y Nanini (1995), la violencia representa la rigidez del sistema de creencias, el cual codifica las diferencias como amenazas en lugar de acomodar creativamente las informaciones sobre su entorno que sean incompatibles con su modo de ver el mundo. De ahí que se deba conocer la lógica de pensamiento y de conducta del agresor y de la víctima para promover un cambio en su sistema de creencias, pues una vez hayan modificado su visión del mundo, podrán cambiar su conducta en relación con la otra persona. La *perspectiva de género* se preocupa del análisis de cuestiones culturales y sociales, concibiendo la violencia masculina contra las mujeres como un abuso de poder en una estructura social que favorece que los

hombres agredan a las mujeres (Walker, 2004) y que privilegia los elementos masculinos sobre los femeninos (Ferrández, 2006). Así, la violencia se utiliza para mantener la superioridad masculina (Turintetto y Vicente, 2008) ⁽¹²⁾.

La violencia de género presenta diversas características diferentes a otros tipos de violencia interpersonal, y normalmente se la asocia a la violencia contra la mujer, aunque no son sinónimos debido a la amplitud que abarcan las distintas formas de violencia y a que no todos los estudios se enfocan en las definiciones, identidades y relaciones de género; así, no toda la violencia contra la mujer puede identificarse como violencia de género, ya que el término hace referencia a aquel tipo de violencia que tiene sus raíces en las relaciones de género dominantes existentes en una sociedad, por lo que es habitual que exista cierta confusión al respecto y por ende, existe cierta falta de consenso . Por otra parte, algunos autores la equiparan con la violencia de pareja, término más acotado que la violencia de género. Además, también tiende a confundirse con la violencia doméstica, término más restringido que, aunque está íntimamente relacionado, incluye la violencia «en el terreno de la convivencia familiar o asimilada, por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno de los demás o contra todos ellos», y donde se incluyen además de las mujeres, a niños, ancianos e inclusive varones ⁽¹³⁾.

La violencia contra la mujer incluye: violación, abuso y hostigamiento sexual, mutilación, maltrato y abuso contra menores, prostitución forzada, tráfico de mujeres, acceso diferencial a la alimentación y al tratamiento médico, agresiones en el ámbito doméstico y homicidio. Existen tipos de violencia, los cuales son: ***Violencia física***, definida esta como todo acto de agresión intencional, en el que se utiliza alguna parte del cuerpo, objeto o sustancia con la finalidad de sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la contraparte, encaminado al

sometimiento y control de la persona violentada, incluye bofetadas, empujones, puñetazos, patadas, intento de ahorcamiento, golpes, jalar el cabello, mutilaciones, quemaduras, encierro domiciliario, abandono en lugares peligrosos, atacar con armas u objetos e incluso matar. *Violencia psicológica* que es un patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos que provoquen deterioro, disminución o afectación de la estructura de la personalidad para el control, manipulación o dominio del otro, incluye el maltrato verbal, gritos, insultos, humillación, celos, críticas constantes, amenazas de daño, el acoso, reclusión, privación de los recursos físicos, financieros y personales. *Violencia sexual* que se refiere a la inducción para la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor o lesiones. Incluye el sexo forzado, la violación, el embarazo forzado y el incesto; donde generalmente uno de los padres así como diversos grados de relación y de parientes políticos mantienen prácticas sexuales con un hijo o hija menor de edad. También puede manifestarse a través de la negación de las necesidades sexo-afectivas ⁽¹⁴⁾.

El tema de la mujer, abordado desde cualquier perspectiva, ha sido en los últimos años generador de una gran cantidad de estudios en todos los campos del saber humano, y aún distan de acabarse los discursos teóricos que, como principal objetivo, buscan darle un lugar diferente al que había tenido hasta ahora. Muchos han sido los debates en torno a cuál es y cuál debería ser el papel de la mujer en muchos aspectos (casa, escuela, trabajo, recreación, sexualidad), y sin duda cada uno de nosotros tiene una opinión, que se encuentra velada por la historia y la cultura que hemos compartido e interiorizado. Además, es evidente que los medios de comunicación masivos han hecho gran parte en la labor de clasificar a hombres y mujeres en distintos roles, adjudicándose el derecho de imponer las 'normas' que cada uno debe seguir en su desenvolvimiento social.

Guiando la opinión pública, han creado escalas de valoración que son casi unánimemente aceptadas, siendo solo unos cuantos los que ven con verdadera actitud crítica estas manifestaciones y, solo unos pocos más, los que hacen algo al respecto.

Sea cual sea la opinión de cada uno, lo cierto es que la posición en la que queda la mujer es las más de las veces desventajosa, sin pasar de ser el objeto (de amor, de placer, de agresión) del hombre. Esa distinción tan tajante de papeles nace de una clara diferencia anatómica entre hombre y mujer, la cual hace evidente que hombre y mujer son opuestos (¿por qué no pensar en complementos?). Dada esta diferenciación, suena lógico pensar que si ella tiene una vagina su labor será ‘dar hijos’ y después, si ella los ha parido, nada más lógico que tenga que encargarse de cuidar de ellos, alimentarlos, vestirlos, educarlos, amarlos. El hombre le da el sustento económico que posibilita que la mujer cumpla con sus tareas. ¿Qué queda fuera de esta concepción?

Evidentemente todas las demás áreas en las que se puede desempeñar cualquier persona, trabajo, amistad, recreación, independencia, cultura. Estas áreas son solo un extra al trabajo obligado de la mujer, y sólo unas cuantas pueden disfrutar realmente de ellas, siempre y cuando no descuide sus deberes principales. Lo anterior ha marcado el patrón de vida de muchas mujeres durante años, y ha establecido una manera de relacionarse con los demás, y de manera muy particular con el sexo opuesto. Una característica de dicha interacción que lamentablemente sigue vigente, y que proviene precisamente de la concepción antes mencionada de sumisión de la mujer, es la violencia, la cual podemos encontrar en todo momento, de muchas formas, en diversos grados y enmascarada por muchas razones.

“Todas las parejas tienen problemas”. Esto lo hemos escuchado muchas veces, y en ocasiones esta expresión lleva a pensar que si no hay discusiones no hay amor, y en

los casos más graves, de los que todavía abundan, la agresión verbal y física sigue siendo una constante como una manera de demostrar cariño.

El problema radica en que las más de las veces, la violencia no es identificada como tal, ya que tiene manifestaciones muy sutiles y que dejan casi siempre huellas invisibles. Sin embargo, el maltrato a las mujeres en el hogar abarca una amplia gama de conductas y comportamientos cuya finalidad es obligar a la víctima a hacer lo que el agresor quiere. De esta forma, tenemos que los dos elementos que conforman una relación de violencia son el agresor y el agredido o víctima. Ambos son esenciales para mantener esta relación, pero sin duda hemos visto la mayor capacidad para romperla en la víctima. La persona al parecer más débil es aquella con la fuerza necesaria para salir, para terminar el ciclo. Ciclo que, salvo pocas excepciones, inicia desde los primeros encuentros de la pareja, con manifestaciones sutiles que aumentan su intensidad y que poco a poco atrapan a ambas personas. Por esa razón es tan difícil detenerlo si no se hizo en los inicios. Dicho ciclo inicia con una *fase de tensión* (ira, provocación, celos) donde se pone de manifiesto la agresividad latente frente a la mujer y existen algunas conductas de agresión verbal y/o física de carácter leve y aislado, con un grado creciente de tensión.

La fase siguiente es de *agresión aguda* que implica una descarga sin control de las tensiones acumuladas (abuso sexual, amenazas, patadas, mordidas, golpes e incluso, uso de armas). La mayoría de las mujeres no buscan ayuda inmediatamente después de la agresión a menos que, las lesiones sean tan graves que necesiten ayuda inmediata. Las mujeres que se encuentran en esta etapa generalmente se aíslan y se niegan a los hechos, tratando de minimizarlos.

El ciclo se cierra con la *fase de reconciliación* en la que, el abusador puede negar los actos de violencia, pedir perdón y prometer que nunca más repetirá tales acciones

con actitud de arrepentimiento. Este ciclo se repite en cada uno de los distintos tipos de violencia, sin embargo, es más evidente en las formas de violencia donde se encuentran las relaciones asimétricas de poder.

Un factor importante que explica la continuidad del ciclo de la violencia es que este patrón generalmente es repetido por hombres y mujeres que en su infancia se encontraron en una situación similar, es decir, que vieron o experimentaron violencia en sus hogares, lo que los lleva a considerar este comportamiento (ya sea de víctima o de agresor) como natural y a reproducirlo en sus relaciones posteriores. Aprender la violencia directamente (es decir, con los padres u otras figuras de autoridad) tiene efectos más nocivos que presenciarla en televisión u otros medios ⁽¹⁵⁾.

La violencia infligida por la pareja afecta a la salud física y mental de la mujer. Haber sido víctima de violencia es por consiguiente un factor de riesgo de muchas enfermedades y trastornos. Cuanto más grave sea el maltrato, mayores serán sus repercusiones sobre la salud física y mental de la mujer, y las consecuencias de los diferentes tipos y múltiples episodios de maltrato parecen ser acumulativas con el transcurso del tiempo. Los daños físicos resultantes de la violencia de pareja abarcan lo siguiente: hematomas y tumefacciones, desgarros y excoriaciones, traumatismos abdominales o torácicos, fractura de huesos o dientes, discapacidad visual o auditiva, traumatismos craneoencefálicos, lesiones por intentos de estrangulación y traumatismos en la espalda y en el cuello. En el Estudio multipaís de la OMS, la prevalencia de traumatismos entre las mujeres alguna vez maltratadas físicamente por su pareja fluctuaba entre 19% en Etiopía y 55% en Perú. Las mujeres maltratadas por sus parejas padecen más depresión, ansiedad y fobias que las no maltratadas. En el Estudio multipaís de la OMS se registraron más comunicaciones de sufrimiento emocional, ideas suicidas e intentos de suicidio entre las mujeres que alguna vez

habían sido víctimas de maltrato físico o sexual que entre las no maltratadas. En la salud sexual y reproductiva de la mujer, la violencia de pareja puede tener numerosas consecuencias negativas, por ejemplo embarazos no planeados y no deseados, abortos y abortos inseguros, infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, complicaciones del embarazo, enfermedad pélvica inflamatoria, infecciones urinarias y disfunción sexual. La violencia de pareja puede tener asimismo efectos directos en la salud sexual y reproductiva de la mujer, por ejemplo infecciones de transmisión sexual resultantes de un coito forzado físicamente en el matrimonio, o efectos indirectos, por ejemplo menoscabo de la capacidad de la mujer de negociar con la pareja el uso de anticonceptivos o condones ⁽¹⁶⁾.

No existe una causa única o algunas causas únicas relacionadas a la violencia. Tal como lo señala la OMS ningún factor por sí solo explica o puede explicar por qué algunos individuos actúan con violencia o por qué ésta tiene mayor prevalencia en algunas sociedades. Según el Modelo Ecológico (el más aceptado y difundido por la comunidad profesional internacional) la violencia es el resultado de la interacción compleja de un conjunto de factores que actúan en distintas dimensiones: individuales, relacionales, sociales, institucionales, culturales y ambientales ⁽¹¹⁾.

Este modelo organiza los factores de riesgo en función de las siguientes cuatro esferas de influencia:

Individual: Comprende los factores biológicos y los relacionados con los antecedentes personales que pueden aumentar la probabilidad de que una persona cometa un acto de violencia o sea víctima del mismo.

Relacional: Comprende los factores que aumentan el riesgo como consecuencia de las interacciones entre compañeros, parejas u otros integrantes de la familia. Estos

factores constituyen el círculo social más estrecho de una persona y pueden configurar su comportamiento y determinar la diversidad de sus experiencias.

Comunitaria: Se refiere a los contextos de la comunidad en los cuales se arraigan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y los vecindarios; esta esfera procura definir las características de estos entornos que se asocian con que las personas cometan actos de violencia de pareja y de violencia sexual o sean víctimas de ellos.

Social: Comprende los factores más amplios del macrosistema, que influyen sobre la violencia de pareja y la violencia sexual, como son la desigualdad de género, los sistemas de creencias religiosas o culturales, las normas sociales y las políticas económicas o sociales que crean o mantienen las disparidades y las tensiones entre los grupos de personas ⁽¹⁷⁾.

Durante el embarazo la violencia es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas y se ha observado que, si en la mayor parte de los casos de violencia familiar los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estas se dirigen a los senos, abdomen y genitales. El agresor justifica el acto violento argumentando que el embarazo representa una carga económica, o que fue provocado por otro hombre, o que recibe menos atención, además de que percibe a la mujer más vulnerable o indefensa y menos capaz de tomar represalias o defenderse. Se ha reportado que después de los accidentes vehiculares, la violencia física es la segunda causa de trauma en el embarazo ⁽¹⁴⁾.

En un estudio de la OMS sobre la violencia contra la mujer infligida por la pareja y la violencia doméstica, realizada en 10 países, se encontró entre 15% (Japón) y 71% (Etiopía y Perú) de mujeres que habían reportado haber sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja, y entre 0.3 y 11.5% que refirieron haber sufrido de

violencia sexual por parte de alguien que no era su pareja. Las conductas violentas pueden ser (a) activas, que consisten en el uso de la fuerza física o psicológica que, por su intensidad y frecuencia, provocan daños; y/o palabras cuyos contenidos humillan, denigran, rechazan, amenazan sistemáticamente o expresan un control que afecta la autonomía de la otra persona; o (b) pasivas, por omisión o conductas de evitación a través de las cuales se trata de ignorar la existencia de la otra persona ⁽²⁾.

Una de las consecuencias de la violencia durante el embarazo a menudo pasada por alto es la muerte materna. En entornos tan diversos como Bangladesh, la India y los Estados Unidos, la violencia infligida por la pareja es la causa de una proporción considerable de defunciones de embarazadas. Por ejemplo, un estudio en 400 poblaciones de zonas rurales de la India encontró que 16% de las defunciones de mujeres durante el embarazo eran resultado de la violencia infligida por la pareja y el femicidio era la principal causa de muerte asociada con el embarazo en el estado de Maryland, Estados Unidos, entre 1993 y 1998. En el Reino Unido, más de 14% de las defunciones maternas corresponden a mujeres que han dicho a los profesionales de salud que las asisten que están involucradas en una relación de maltrato ⁽¹⁸⁾.

Las consecuencias físicas de la violencia durante el embarazo pueden ser: aumento de peso insuficiente, bajo peso al nacer, infección uterina, infecciones vaginales, cervicales o renales, hemorragia, sangrado vaginal, trauma abdominal, exacerbación de enfermedades crónicas, complicaciones durante el parto, retraso en el cuidado prenatal, aborto espontáneo, ruptura prematura de membranas, placenta previa, magulladuras del feto, hematomas, fracturas, y en casos extremos, la muerte ⁽⁶⁾.

La violencia también puede afectar el embarazo a través de mecanismos directos e indirectos; un golpe en el abdomen a una mujer embarazada puede causar daño o muerte fetal y trabajo de parto pretérmino. Mecanismos indirectos pueden inducir

riesgos como estrés psicológico y social, que actuaría como un factor subyacente intermediario de resultados obstétricos y neonatales adversos. Respuestas endocrinas a estrés psicosocial producen desbalances del sistema nervioso autónomo y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal ⁽¹⁴⁾.

Se han desarrollado propuestas y realizado estudios epidemiológicos que sugieren que la situación psicosocial interviene como factor condicionante inespecífico, que facilita o inhibe la expresión de distintos factores de riesgo. Esta situación psicosocial tiene dos componentes: a) El estrés psicosocial, que es el resultado de la relación entre la persona y su ambiente en el contexto de un proceso multivariado con específicas consecuencias en el proceso de salud y enfermedad (el factor estresante está representado por las situaciones familiares, laborales, económicas, sociales y culturales que demandan y exceden los recursos personales del individuo, de tal modo que significan amenaza, desafío o daño), b) El apoyo psicosocial (se refiere a la satisfacción que obtiene la persona ante sus necesidades afectivas, económicas, de reconocimiento social y de comunicación, de los integrantes de su red social) ⁽¹⁹⁾.

En el mundo de las neurociencias, la noción de estrés es objeto de una cierta postura reduccionista que supedita la reacción del organismo a las modificaciones del medio (interior y exterior) según tres modos principales:

- 1) La reacción de estrés está controlada en sus componentes emocionales, conductuales y fisiológicos por la hormona liberadora de corticotropina (CRH). El conocimiento de la organización del sistema CRH (la CRH y los péptidos relacionados, las proteínas ligadas a la CRH, los receptores de la CRH) en el cerebro debería permitir una mejor comprensión de la fisiología y la fisiopatología de la reacción al estrés.

- 2) La reacción del eje hipotálamo-hipófiso-córticosuprarrenal (eje HPA o corticotrópico) al estrés está modulado en su intensidad y su duración por el feedback de los glucocorticoides al nivel del hipocampo. Siendo las neuronas hipocámpicas muy sensibles al exceso o a la insuficiencia de glucocorticoides, la variación de la eficacia de este sistema de freno debería dar cuenta de las diferencias individuales de reactividad al estrés.

- 3) La reciprocidad de las interacciones entre el sistema inmunitario y el sistema nervioso central, a través de la combinación citoquinas-glucocorticoides, constituye otro elemento regulador cuyo funcionamiento alterado puede estar en el origen de la patología (ej. las enfermedades autoinmunes) ⁽²⁰⁾.

Ante una situación concreta de estrés, en el sistema cardiovascular se producen una serie de cambios químicos característicos, mediados por la activación del sistema nervioso simpático. Estos cambios incluyen el incremento de la frecuencia cardíaca y la constricción de las arterias principales (envueltas en pequeñísimos músculos circulares inervados por esta rama del sistema nervioso autónomo), lo que provoca un inevitable aumento de la presión arterial. En particular, las arterias del sistema mesentérico que canalizan la sangre al tracto digestivo, así como las que suministran sangre a los riñones y a la piel, se constriñen, lo que facilita el aporte sanguíneo a la musculatura y al cerebro. Por otra parte, la vasopresina u hormona antidiurética secretada por el hipotálamo vía hipófisis posterior, hace que los riñones frenen la formación de orina, lo cual provoca una disminución de la eliminación de agua, efecto que aumenta el volumen sanguíneo y también la presión arterial. En resumen, en el aparato cardiovascular el estrés determina un incremento del gasto cardíaco por aumento

de la frecuencia cardíaca. No se producen cambios en las resistencias periféricas totales, aunque sí en los flujos regionales, con aumento de la perfusión en el sistema muscular esquelético, corazón y cerebro, y descenso en las áreas esplácnica y renal. El aumento observado en la frecuencia cardíaca (FC) se acompaña de un incremento significativo y paralelo de adrenalina y noradrenalina. También hay datos que demuestran que el estrés provoca la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, así como aumentos de la ACTH, cortisol y vasopresina. Estas respuestas hormonales pueden contribuir al aumento de las cifras de presión arterial (PA) inducido por estrés. Finalmente, también el sistema nervioso central y el periférico han sido implicados en la cascada de acontecimientos que determinan el aumento de la PA ante situaciones de estrés ⁽²¹⁾.

El concepto de un factor de estrés psicosocial abarca las experiencias de vida, incluyendo los cambios en la vida personal, la situación laboral, vivienda y violencia. Las experiencias maternas de estrés durante y después del embarazo puede oscilar entre graves y agudos (por ejemplo, trauma) o crónicos como por ejemplo, la experiencia de los problemas cotidianos ⁽⁵⁾.

Sánchez encontró que al comparar aquellas mujeres no expuestas a violencia, las que habían sido víctimas de violencia por el compañero sexual durante el embarazo tuvieron 2,74 mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia ⁽²²⁾.

La Preeclampsia (PE) se define como la presencia de hipertensión arterial evidenciada con dos lecturas de presión arterial $\geq 140/90$ (presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg), y proteinuria superior a 0,3 g/día después de la vigésima semana de embarazo en pacientes anteriormente normotensas. Aún se desconoce la verdadera causa de la PE, algunas teorías indican que la combinación de varios factores ambientales, genéticos e inmunológicos puede

aumentar la susceptibilidad de padecerla. La PE afecta de 3-5% de todas las gestantes, con una incidencia de 3-7% en nulíparas y 1-3% multíparas, por lo que es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo y es también una de las principales causas de partos prematuros en el mundo. A nivel mundial, los trastornos hipertensivos del embarazo son responsables de hasta 50.000 muertes de mujeres maternas y 900.000 muertes perinatales anuales ⁽²³⁾.

En la literatura mundial, se ha identificado varios factores asociados al desarrollo de preeclampsia, los cuales son: Primigravidez, cambio de paternidad, preeclampsia previa, historia familiar de preeclampsia, raza negra, hipertensión crónica, edad materna joven (< 20 años), edad avanzada (> 35 años), índice de masa corporal aumentado, embarazo múltiple, diabetes mellitus pregestacional, hiperhomocisteína, resistencia a la insulina, tabaquismo: efecto protector, reproducción asistida ⁽²²⁾.

La probabilidad de preeclampsia con manifestaciones severas aumenta de manera sustancial en mujeres con historia de preeclampsia, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, síndrome de anticuerpos anti fosfolípidos, obesidad, hipertensión crónica o embarazo múltiple. La preeclampsia usualmente es más frecuente en primigrávidas. Es probable que por un mecanismo inmune, la futura madre ‘aprenda’ a tolerar los antígenos paternos presentes en el líquido seminal; la exposición limitada al esperma contribuiría como factor de riesgo para que la paciente desarrolle preeclampsia. Ello explicaría por qué las mujeres con exposición limitada al esperma (primer coito y embarazo, embarazo tras inseminación artificial, multíparas que cambian de pareja) presenten mayor riesgo de preeclampsia. Los varones que han engendrado un embarazo complicado con

preeclampsia constituyen factores de riesgo para que una nueva pareja desarrolle preeclampsia en una futura gestación (genética paterna) ⁽²⁴⁾.

La PE también se puede presentar de forma atípica, en algunos casos con hipertensión asociada a síntomas sistémicos, alteraciones de las pruebas hematológicas o de las enzimas hepáticas sin proteinuria. Otras formas atípicas incluyen los casos que se producen antes de las 20 semanas de gestación por lo general asociada con la enfermedad trofoblástica gestacional y aquellas que se manifiestan pasadas las 48 horas después del parto ⁽²³⁾.

La mortalidad materna debida a preeclampsia es alta, variando desde 1,5% hasta 2,9%, siendo las principales causas la hemorragia posparto, desprendimiento prematuro de placenta, coagulopatía, insuficiencia renal, encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracerebral, síndrome HELLP y rotura del hematoma hepático. En el Perú, la hipertensión inducida por el embarazo se ha encontrado entre las tres causas más importantes de mortalidad maternal desde la década de los 90 (Ludmir 1995). En esa década, la mortalidad debida a preeclampsia representaba 15,8% de todas las muertes maternas en el Perú. La mortalidad materna específica debida a preeclampsia ha sido 237/10 000 recién nacidos. Pacheco, halló una mortalidad materna en 18,9% de los casos cuando se complicaba con eclampsia. Durante el periodo 2002-2011, la razón de mortalidad materna atribuida a preeclampsia fue 24,6/100 000 nacidos vivos, ocupando el segundo lugar como causa de mortalidad materna en el Perú. Sin embargo, a nivel urbano, la preeclampsia superó a la hemorragia durante ese periodo como principal causa de mortalidad materna. Del mismo modo, la mortalidad perinatal es alta, y las principales causas son prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino y peso bajo al nacer. En el Perú, la mortalidad perinatal ha ocurrido

en 1% y 7% de los recién nacidos de madres con preeclampsia leve y severa, respectivamente. Pacheco, halló que la preeclampsia fue la tercera causa de muerte y fue responsable del 13% de los casos de muerte fetal. Los desórdenes hipertensivos ocuparon el segundo lugar como causa de mortalidad perinatal (23,6%) en el Perú y en otros 5 países en vías de desarrollo ⁽²²⁾.

El embarazo complicado por la hipertensión arterial constituye la principal causa de enfermedad y muerte materno-perinatal en el mundo. En el Perú, la preeclampsia es la segunda causa de muerte materna, representando el 32% de muertes, según ENDES 2012; es la primera causa de muerte materna en los hospitales de EsSalud del país y en Lima Ciudad, se relaciona con el 17 a 25% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento fetal intrauterino ⁽⁵⁾.

Un aspecto que ha contribuido significativamente a la persistencia de la enfermedad, con patrones epidemiológicos de frecuencia y distribución prácticamente inalterables durante décadas, es el desconocimiento de su entramado causal. No existe una explicación aceptada universalmente acerca del origen de la enfermedad ⁽¹⁹⁾.

Se postula que la preeclampsia, sobre todo la de inicio temprano en el embarazo, se desarrolla en dos estadios. El primer estadio (antes de las 20 semanas) involucra una pobre invasión placentaria en el miometrio y la vasculatura uterina; en este estadio no hay manifestaciones clínicas. El segundo estadio se manifiesta por las consecuencias de la pobre placentación, provocado por la relativa hipoxia placentaria y la hipoxia de reperfusión, lo cual resulta en daño al sincitiotrofoblasto y restricción del crecimiento fetal. En lo que respecta al primer estadio, uno de los mecanismos principales en la patogenia de la preeclampsia es

el de la insuficiencia placentaria debida a una remodelación deficiente de la vasculatura materna de perfusión en el espacio intervelloso. En un embarazo normal, el citotrofoblasto fetal invade las arterias uterinas espirales maternas reemplazando el endotelio, y las células se diferencian en citotrofoblastos ‘endotelioides’. Este proceso complejo resulta en la transformación de vasos sanguíneos de pequeño diámetro y alta resistencia vascular en vasos de baja resistencia y alta capacitancia, asegurando así una distribución adecuada de la sangre materna a la unidad útero-placentaria en desarrollo. En la paciente predestinada a desarrollar preeclampsia, defectos en este proceso de transformación vascular aún no del todo comprendidos conducen a una entrega inadecuada de sangre a la unidad útero-placentaria en desarrollo e incrementa el grado de hipoxemia y estrés oxidativo y del retículo endoplásmico. En el segundo estadio, El endotelio vascular materno en la paciente predestinada a desarrollar preeclampsia es objeto de variados factores que se generan como consecuencia de hipoxia e isquemia placentaria. El endotelio vascular tiene roles importantes, incluyendo el control del tono de la capa de músculo liso a través de la liberación de factores vasoconstrictivos y vasodilatadores, así como la liberación de diferentes factores solubles que regulan la anticoagulación, y funciones antiplaquetarias y fibrinolíticas ⁽²⁴⁾. Este desbalance de sustancias vasoactivas, junto a una mayor sensibilidad a la angiotensina II, determinan un estado de vasoconstricción, produciéndose un aumento de la resistencia vascular periférica, y así un aumento de la presión arterial. ⁽²⁵⁾.

La detección de gestantes en riesgo se basa en los antecedentes obstétricos, médicos y familiares. Factores de riesgo como historia médica de hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes, obesidad, edad >35 años y características del

embarazo, como embarazo gemelar o embarazo molar, episodios previos de preeclampsia o anomalía congénita fetal, aumentan el riesgo de sufrir PE. Aquellas pacientes con diagnóstico previo de PE tienen un 60% de riesgo de padecerla nuevamente. El problema es particularmente grave en la primigesta, en la cual no siempre se detectan factores de riesgo por lo que no se benefician de programas de control y prevención de accidentes vasculares útero-placentarios. Otro factor que se ha visto asociado a la incidencia de preeclampsia es la altura sobre el nivel del mar relacionado con el mayor grado de hipoxia placentaria ⁽²³⁾.

Según el Colegio Americano de Gineco-obstetricia (ACOG) en su publicación “*Hypertension in pregnancy*” el año 2013, clasifica a la preeclampsia como: sin criterios de severidad que es aquella que solo presenta hipertensión mayor o igual a 140/90 mmHg pero menor de 160/110 mmHg, sin ninguna disfunción hematológica, renal, hepática, pulmonar o neurológica y sin signos de compromiso fetal (26). Proteinuria mayor o igual a 300 mg en orina de 24 horas, razón proteína/creatinina mayor o igual a 0.3 (cada medida en mg/dL), lectura de tira reactiva 1+ (utilizado solo si no se dispone de otros métodos cuantitativos).

Cualquiera de los siguientes hallazgos son indicadores de preeclampsia con signos de severidad: a) Hipertensión: sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 110 en dos ocasiones por lo menos 4 horas de diferencia con la paciente en reposo (salvo que se inicie el tratamiento antihipertensivo antes de este tiempo) b) Trombocitopenia (recuento de plaquetas <100.000). c) Insuficiencia hepática (niveles sanguíneos elevados de las transaminasas hepáticas a dos veces la concentración normal), dolor severo persistente en cuadrante superior derecho o en epigastrio que no responde a la medicación y que no se explica por diagnósticos alternativos, o ambos. d) Nuevo desarrollo de insuficiencia renal (creatinina sérica elevada

mayor que 1,1 mg / dL, o duplicación de la creatinina en suero en ausencia de otra enfermedad renal). e) Edema pulmonar. f) Trastornos cerebrales o visuales de nueva aparición ⁽²⁷⁾.

Las pruebas clínicas y de laboratorio son de gran utilidad para definir y determinar la severidad de la PE ⁽²³⁾. La preeclampsia con criterios de severidad evoluciona hacia complicaciones graves como edema agudo de pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, desprendimiento prematuro de placenta, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, síndrome HELLP, que pueden llevar a la muerte de la gestante y del feto o recién nacido ⁽²⁶⁾. El feto debe ser evaluado por electrocardiografía y a la madre deben realizarse como pruebas de laboratorio hemograma completo, haptoglobina, lactato deshidrogenasa, bilirrubina, enzimas hepáticas para identificar un posible síndrome de HELLP; electrolitos, urea y creatinina permiten evaluar la función renal. Otros exámenes incluyen ultrasonido fetal con doppler del cordón umbilical y arterias uterinas, la estimación del peso fetal y el examen de la placenta ⁽²³⁾.

Es interés de este estudio identificar las diferentes características del problema, dándole un énfasis principal a la violencia que se asocia a la aparición de preeclampsia. De encontrarse tal asociación en la práctica, contribuiría al diseño de una propuesta que fortalezca las estrategias de manejo de la violencia doméstica de la pareja. Con la presente investigación se espera asimismo, lograr un importante alcance social que permita contemplar a la preeclampsia desde una perspectiva más amplia, en la que una situación psicosocial desfavorable, como lo es la violencia, incrementa la vulnerabilidad de la gestante. Este estudio ayudará a futuras investigaciones del tema a complementar si la violencia doméstica de la

pareja tiene o no gran influencia en la preeclampsia y de cómo esta puede ser una manifestación clave para presentar este trastorno hipertensivo. Es también fin de este estudio, disminuir la incidencia y prevalencia de la violencia doméstica que actualmente constituye un problema de salud pública. Se espera que al conseguir todo ello, haya una disminución en la aparición de preeclampsia y de las posibles complicaciones que puedan surgir durante el embarazo que comprometan la salud materna y neonatal en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Por todo lo expresado, y debido a la alarmante cifra de casos de violencia en nuestra sociedad que expone a toda gestante a complicaciones del embarazo y parto como es la preeclampsia, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre la violencia doméstica de la pareja y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015?

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar la relación entre la violencia doméstica de la pareja, y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.

Objetivos específicos:

- Conocer la relación entre la violencia física y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.
- Conocer la relación entre la violencia psicológica y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.

- Conocer la relación entre la violencia sexual y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.

HIPÓTESIS

Hipótesis general

- *Hipótesis Nula:* No existe relación significativa entre la violencia doméstica de la pareja y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.
- *Hipótesis Investigación:* Existe relación significativa entre la violencia doméstica de la pareja y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.

Hipótesis específicas

- *Hipótesis Nula 1:* No existe relación significativa entre la violencia doméstica física de la pareja y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.
- *Hipótesis Investigación 1:* Existe relación significativa entre la violencia doméstica física de la pareja y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.
- *Hipótesis Nula 2:* No existe relación significativa entre la violencia doméstica psicológica de la pareja y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.

- *Hipótesis Investigación 2:* Existe relación significativa entre la violencia domestica psicológica de la pareja y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.
- *Hipótesis Nula 3:* No existe relación significativa entre la violencia domestica sexual de la pareja y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.
- *Hipótesis Investigación 3:* Existe relación significativa entre la violencia domestica sexual de la pareja y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **VIOLENCIA FÍSICA DURANTE EL EMBARAZO**

Toda conducta que directa o indirectamente esté dirigida a ocasionar daño físico sobre la mujer embarazada o cualquier otro tipo de maltrato que afecte la integridad física de esta o del producto ⁽²⁸⁾.

- **VIOLENCIA PSICOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO**

Toda conducta que ocasione un daño emocional, disminuya la autoestima, perturbe o utilice estrategias más complejas que busquen la dominación y sumisión mediante presiones emocionales y agresivas en la mujer embarazada⁽²⁸⁾.

- **VIOLENCIA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO**

Toda conducta que amenace el derecho de la mujer embarazada a decidir voluntariamente sobre su sexualidad, ya sea acto o contacto sexual ⁽²⁸⁾.

- **PREECLAMPSIA**

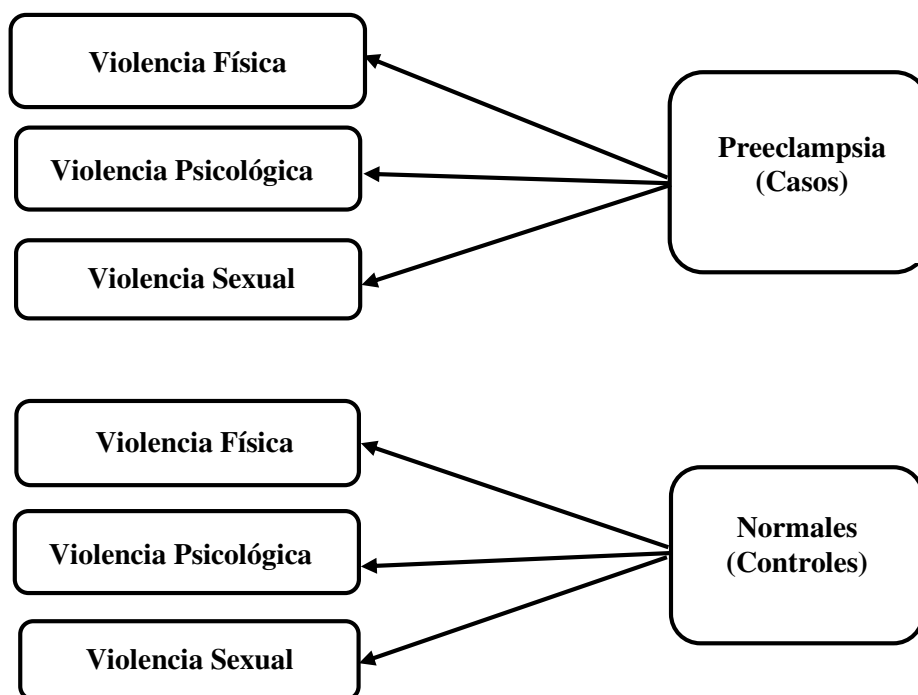
Aparición de hipertensión arterial luego de la semana 20 de edad gestacional acompañada de proteinuria ⁽²⁹⁾.

2. METODOLOGÍA

2.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio observacional, analítico, casos y controles donde el grupo caso fueron 40 gestantes con diagnóstico de preeclampsia y el grupo control 40 gestantes normales. En ambos grupos se midió el tipo de violencia con la finalidad de comparar los resultados entre los casos y los controles. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial con un nivel de significación estadístico $p < 0.05$, asimismo se aplicó OR con sus intervalos de confianza al 95%.

Esquema de investigación:



2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Gestantes atendidas en el servicio de hospitalización de obstetricia en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo enero a julio del año 2015.

2.2.1. Selección de la muestra

Unidad de análisis: Gestantes

Criterios de selección

- **Criterios de Inclusión**

Grupo Caso

- Gestantes con diagnóstico de preeclampsia
- Gestantes que acepten participar de la investigación
- Gestantes con educación primaria como mínimo

Grupo Control

- Gestantes normotensas
- Gestantes que acepten participar de la investigación
- Gestantes con educación primaria como mínimo

- **Criterios de exclusión para los casos y controles**

- Antecedente de hipertensión inducida por el embarazo
- Hipertensión arterial crónica
- Enfermedad renal
- Embarazo múltiple
- Obesidad gestacional

2.2.2. Tamaño de la muestra

El estudio de Ku Carbonell (2009) determinó que en las gestantes víctimas de violencia, alrededor del 19% ($p_1 = 0,19$) presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo. Para el presente estudio con una confianza del 95% y una potencia del 80%, aplicando la prevalencia

máxima para los controles ($p_2=0.50$), se obtuvo el siguiente tamaño de muestra según las fórmulas:

$$n = \frac{[Z_{\alpha}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n_{ajustado} = n \frac{1}{1-R}$$

Confianza (Z)	95%	1,96
Poder (1 - beta)	80%	0,80
p1 de los casos	19%	0,19
p2 de los controles	50%	0,50
Promedio p		0,35
Pérdidas (R)	10%	0.10
Muestra mínima según:		
Casos		40
Controles		40
Tamaño de muestra total		80

De esta forma se obtuvo un total de 80 participantes, 40 casos y 40 controles

2.2.3. Tipo de muestreo

Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia

2.3. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

Variable Independiente

Violencia doméstica de la pareja

- Violencia física
- Violencia psicológica
- Violencia sexual

Variable Dependiente

Preeclampsia

Variables Intervinientes

- Datos generales: Edad, grado de instrucción, ocupación, procedencia de nacimiento, estado civil, religión, cohabitación sexual.
- Datos reproductivos: Inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales.
- Datos obstétricos: Número de gestaciones, número de abortos, número de nacidos pretérmino, número de nacidos a término, número de cesárea, periodo intergenésico, edad gestacional, número de atenciones prenatales.

2.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó la técnica de observación estructurada para la revisión de historias clínicas (Anexo 3) y la técnica de cuestionario estructurado y formulario preestructurado (Anexo 2, 4), el cual se le entregó a cada participante.

Instrumentos de recolección de datos

- **Consentimiento informado (Anexo 1).** Corresponde al formato de consentimiento, el cual explica los principios éticos de la investigación.
- **Formulario de datos generales, reproductivos y obstétricos (Anexo 2).** Corresponde a la determinación de los datos generales (7 ítems) todas con respuestas cerradas, datos reproductivos (2 ítems) y datos obstétricos (8 ítems) todas con respuestas abiertas.

- **Formulario de datos de la preeclampsia (Anexo 3).** Corresponde a la determinación de los datos de la preeclampsia según la observación de las historias clínicas.
- **Test que evalúa violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico y sexual en la mujer embarazada (Anexo 4).** Se aplicó una encuesta estructurada de un instrumento validado que tiene como autor a Morales Apale, Marcela. Este instrumento fue diseñado con 100 mujeres embarazadas de la delegación Veracruz Sur del Estado de México. Los resultados del proceso de validación realizados demostraron la solidez de este instrumento de evaluación, tanto por su formato, contenido, comprensibilidad sobre todo su confiabilidad que corresponde a 0.87. El test mide la violencia intrafamiliar por parte del padre, hermano, esposo, pareja o ex pareja hacia la mujer embarazada. En este estudio se adaptó el cuestionario solo para la pareja (conviviente, casada o separada). Este instrumento consta de 45 preguntas con respuestas en escala tipo Likert con puntajes que van desde 1 (Nunca) hasta 5 (Siempre). Las preguntas del 1 al 15 detectan violencia física; las preguntas 16 al 30, violencia psicológica, y las preguntas 31 al 45, violencia sexual. Con fines didácticos se dividió el cuestionario en tres partes según los tipos de violencia mencionados (*Anexo 4*)⁽²⁸⁾.

2.5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Procesamiento de datos

Toda la información recolectada se digitó en una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 21.0 para Windows.

Presentación y análisis de datos

Se aplicó estadísticas descriptivas, distribución de frecuencias y proporciones las cuales se presentan en tablas univariadas y bivariadas en las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se aplicó medidas de tendencia central, promedios y desviaciones estándar las cuales se presentan en tablas.

Para las inferencias estadísticas se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado para la determinación de asociaciones en las variables cualitativas. Para la determinación de las relaciones se aplicó la razón de productos cruzados (OR) con sus intervalos de confianza al 95%, finalmente se aplicó regresión logística binaria bajo el método condicional. Asimismo, se aplicó la Regresión de Cox y Snell para la determinación de la correspondencia del modelo hacia la variable dependiente y la prueba de Hosmer y Lemeshow para la validación del modelo, considerándose adecuado cuando el $p > 0.05$.

2.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Respetando el principio de no maleficencia, la investigación se realizará sin efectuar alguna intervención que pueda afectar la salud de nuestras participantes a corto, mediano o largo plazo. Asimismo, se tendrá en cuenta la confidencialidad de la información brindada mediante el resguardo del anonimato de cada una de ellas.

Teniendo en cuenta la autonomía como uno de los principios fundamentales de la ética médica se ha previsto la elaboración de un consentimiento informado (*Anexo 1*) el cual apela a la más absoluta libertad de colaboración de la población a ser evaluada asegurando la veracidad de los datos que se pretenden obtener. Para asegurar un adecuado proceso de consentimiento informado se

brindará toda la información pertinente en relación a la investigación, considerando riesgos y beneficios de la misma, así como también se procederá a absolver cualquier duda que presente alguna de las participantes.

En el caso de que se detecte violencia, se comunicará de manera indirecta a la obstetra responsable del servicio para que pueda realizar la interconsulta con el psicólogo y la trabajadora social.

3. RESULTADOS

3.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los datos se presentan en 2 áreas. En la primera se presentan las frecuencias y porcentajes de los tipos de violencia en las pacientes con y sin preeclampsia. En la siguiente área se presenta la relación entre la violencia y la preeclampsia.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VIOLENCIA FÍSICA SEGÚN CASO (PREECLAMPSIA) Y CONTROL (NO PREECLAMPSIA). HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO. ENERO – JULIO, 2015.

		Caso		Control		P
		n	%	n	%	
Él amenaza con golpearme	Nunca	32	80.0	36	90.0	0.237
	Alguna vez	6	15.0	3	7.5	
	Varias veces	0	.0	1	2.5	
	Siempre	2	5.0	0	.0	
Rompe mis cosas	Nunca	32	80.0	38	95.0	0.211
	Alguna vez	6	15.0	2	5.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	
Si algo no le agrada me sujeta con fuerza hasta lastimarme	Nunca	34	85.0	37	92.5	0.443
	Alguna vez	5	12.5	3	7.5	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	
Cuando se enoja rompe o tira cosas de la casa	Nunca	32	80.0	36	90.0	0.358
	Alguna vez	7	17.5	4	10.0	
	Varias veces	1	2.5	0	.0	
Me arroja objetos con intención de golpearme	Nunca	37	92.5	39	97.5	0.500
	Alguna vez	2	5.0	1	2.5	
	Varias veces	1	2.5	0	.0	
Me golpea con la mano	Nunca	35	87.5	38	95.0	0.313
	Alguna vez	3	7.5	2	5.0	
	Varias veces	2	5.0	0	.0	
Me empuja o da empujones	Nunca	34	85.0	38	95.0	0.285
	Alguna vez	5	12.5	2	5.0	
	Varias veces	1	2.5	0	.0	
Me jala del cabello	Nunca	35	87.5	39	97.5	
	Alguna vez	3	7.5	1	2.5	

	Varias veces	1	2.5	0	.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	0.359
Me da nalgadas	Nunca	33	82.5	37	92.5	
	Alguna vez	5	12.5	2	5.0	
	Varias veces	1	2.5	1	2.5	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	0.473
Me pellizca	Nunca	31	77.5	39	97.5	
	Alguna vez	7	17.5	1	2.5	
	Varias veces	1	2.5	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	0.060
Me ha roto o quebrado algún hueso	Nunca	38	95.0	40	100.0	
	Alguna vez	2	5.0	0	.0	0.152
Me ha dejado moretones en los brazos y piernas	Nunca	36	90.0	39	97.5	
	Alguna vez	3	7.5	1	2.5	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	0.346
Me ha dejado heridas en el cuerpo con navajas, cuchillos o tijeras	Nunca	38	95.0	40	100.0	
	Alguna vez	2	5.0	0	.0	0.152
He sangrado después de recibir golpes	Nunca	37	92.5	40	100.0	
	Alguna vez	3	7.5	0	.0	0.077
Después de que me ha golpeado he estado a punto de abortar o he iniciado trabajo de parto	Nunca	37	92.5	40	100.0	
	Alguna vez	1	2.5	0	.0	
	Varias veces	2	5.0	0	.0	0.210
Total		40	100.0	40	100.0	

No hubo diferencias significativas en los ítems de violencia física en el embarazo en ambos grupos de pacientes. El ítem “me pellizca” representó el mayor porcentaje de violencia (22.5%) para los casos de preeclampsia a diferencia de las pacientes que no tuvieron preeclampsia cuyo ítem con mayor porcentaje (10%) fue “Él amenaza con golpearme” y “Cuando se enoja rompe o tira cosas de la casa” (Tabla 1).

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA SEGÚN CASO (PREECLAMPسيا) Y CONTROL (NO PREECLAMPسيا). HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO. ENERO – JULIO, 2015.

		Caso		Control		p
		n	%	n	%	
Se burla de mí, dice que estoy gorda y critica como me visto	Nunca	24	60.0	33	82.5	
	Alguna vez	12	30.0	7	17.5	

	Varias veces	2	5.0	0	.0	
	Siempre	2	5.0	0	.0	0.081
Me compara con animales	Nunca	35	87.5	40	100.0	
	Alguna vez	3	7.5	0	.0	
	Varias veces	2	5.0	0	.0	0.069
Me ignora	Nunca	24	60.0	37	92.5	
	Alguna vez	11	27.5	3	7.5	
	Varias veces	3	7.5	0	.0	
	Muchas veces	2	5.0	0	.0	0.006
No se interesa por mi embarazo	Nunca	25	62.5	38	95.0	
	Alguna vez	8	20.0	1	2.5	
	Varias veces	3	7.5	1	2.5	
	Muchas veces	3	7.5	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	0.011
Me exige obediencia a sus caprichos	Nunca	27	67.5	38	95.0	
	Alguna vez	7	17.5	2	5.0	
	Varias veces	3	7.5	0	.0	
	Muchas veces	3	7.5	0	.0	0.014
Me impide trabajar	Nunca	23	57.5	33	82.5	
	Alguna vez	9	22.5	7	17.5	
	Varias veces	4	10.0	0	.0	
	Muchas veces	3	7.5	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	0.040
Le disgusta que hable o visite a mi familia	Nunca	23	57.5	34	85.0	
	Alguna vez	10	25.0	6	15.0	
	Varias veces	4	10.0	0	.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	
	Siempre	2	5.0	0	.0	0.038
Se enoja fácilmente conmigo	Nunca	19	47.5	27	67.5	
	Alguna vez	15	37.5	11	27.5	
	Varias veces	4	10.0	1	2.5	
	Siempre	2	5.0	1	2.5	0.247
Se enoja si tengo la razón en algún problema	Nunca	20	50.0	29	72.5	
	Alguna vez	11	27.5	11	27.5	
	Varias veces	7	17.5	0	.0	
	Siempre	2	5.0	0	.0	0.014
Me considera fea por estar embarazada	Nunca	32	80.0	40	100.0	
	Alguna vez	4	10.0	0	.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	
	Siempre	3	7.5	0	.0	0.031
Les habla mal de mí a mis hijos	Nunca	36	90.0	40	100.0	
	Alguna vez	2	5.0	0	.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	

	Siempre	1	2.5	0	.0	0.240
Él amenaza con enviarme a un hospital mental	Nunca	37	92.5	39	97.5	
	Alguna vez	1	2.5	1	2.5	
	Varias veces	2	5.0	0	.0	0.358
	Siempre	1	2.5	0	.0	
Me amenaza con quitarme a mis hijos	Nunca	32	80.0	39	97.5	
	Alguna vez	3	7.5	1	2.5	
	Varias veces	2	5.0	0	.0	
	Muchas veces	2	5.0	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	0.153
Él toma represalias cuando no estoy de acuerdo con él	Nunca	32	80.0	35	87.5	
	Alguna vez	3	7.5	5	12.5	
	Varias veces	2	5.0	0	.0	
	Muchas veces	2	5.0	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	0.228
No me lleva a pasear o a reuniones	Nunca	20	50.0	28	70.0	
	Alguna vez	12	30.0	10	25.0	
	Varias veces	6	15.0	0	.0	
	Muchas veces	1	2.5	1	2.5	
	Siempre	1	2.5	1	2.5	0.111
Total		40	100.0	40	100.0	

Para la violencia psicológica, el ítem “se enoja fácilmente conmigo” representó el mayor porcentaje para ambos grupos, 52.5% en los casos de preeclampsia y 32.5% en las pacientes que no tuvieron preeclampsia. Se encontraron diferencias significativas para 7 ítems, $p < 0.05$ (Tabla 2).

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VIOLENCIA SEXUAL SEGÚN CASO (PREECLAMPSIA) Y CONTROL (NO PREECLAMPSIA). HOSPITAL SAN JUAN LURIGANCHO. ENERO – JULIO, 2015.

		Caso		Control		p
		n	%	n	%	
Me trata como si fuese una sexo servidora	Nunca	36	90.0	39	97.5	
	Alguna vez	2	5.0	1	2.5	
	Varias veces	1	2.5	0	.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	0.484
Él tiene relaciones conmigo solo para satisfacer sus necesidades	Nunca	29	72.5	37	92.5	
	Alguna vez	9	22.5	3	7.5	
	Muchas veces	2	5.0	0	.0	0.051

Me dice que soy mala para tener relaciones sexuales	Nunca	34	85.0	39	97.5	0.362
	Alguna vez	3	7.5	1	2.5	
	Varias veces	1	2.5	0	.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	
Me ha amenazado con irse con otras mujeres si no accedo a tener relaciones sexuales	Nunca	30	75.0	40	100.0	0.010
	Alguna vez	6	15.0	0	.0	
	Varias veces	3	7.5	0	.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	
Me ha hecho comentarios desagradables sobre mi cuerpo o parte de él	Nunca	35	87.5	38	95.0	0.409
	Alguna vez	4	10.0	2	5.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	
Me obliga a tener relaciones con él aunque yo no quiera	Nunca	35	87.5	40	100.0	0.149
	Alguna vez	3	7.5	0	.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	
Me toma fotos cuando estoy desnuda sin mi consentimiento	Nunca	38	95.0	40	100.0	0.359
	Alguna vez	1	2.5	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	
Me graba vídeo cuando estoy desnuda sin mi consentimiento	Nunca	37	92.5	40	100.0	0.374
	Alguna vez	1	2.5	0	.0	
	Varias veces	1	2.5	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	
Me obliga a tener sexo oral o anal	Nunca	37	92.5	40	100.0	0.210
	Varias veces	2	5.0	0	.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	
Me ha obligado a tener relaciones aunque me sienta mal	Nunca	36	90.0	39	97.5	0.538
	Alguna vez	1	2.5	1	2.5	
	Varias veces	1	2.5	0	.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	
Me obliga a tener relaciones sexuales sin protección, sin importarle el riesgo de transmitirme alguna infección	Nunca	36	90.0	40	100.0	0.240
	Alguna vez	2	5.0	0	.0	
	Varias veces	1	2.5	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	
Me obliga a tener relaciones sexuales sin importarle poner en riesgo mi embarazo	Nunca	35	87.5	39	97.5	0.359
	Alguna vez	3	7.5	1	2.5	
	Varias veces	1	2.5	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	
Ha utilizado la fuerza, me golpea o usa algún arma para obligarme a tener sexo oral o anal	Nunca	37	92.5	40	100.0	0.077
	Muchas veces	3	7.5	0	.0	

	Nunca	35	87.5	39	97.5	
He sangrado por mi vagina posterior a que me forzó a tener relaciones sexuales	Alguna vez	2	5.0	1	2.5	
	Varias veces	1	2.5	0	.0	
	Siempre	2	5.0	0	.0	0.314
He tenido riesgo de perder a mi bebe debido a que me obligó a tener relaciones sexuales	Nunca	37	92.5	40	100.0	
	Alguna vez	1	2.5	0	.0	
	Muchas veces	1	2.5	0	.0	
	Siempre	1	2.5	0	.0	0.374
Total		40	100.0	40	100.0	

El ítem “él tiene relaciones conmigo solo para satisfacer sus necesidades” representó el mayor porcentaje de violencia sexual para ambos grupos, 27.5% en los casos de preeclampsia y 7.5% en las pacientes que no tuvieron preeclampsia. Se encontró diferencia significativa para el ítem “Me ha amenazado con irse con otras mujeres si no accedo a tener relaciones sexuales”. No se encontró diferencia significativa para el ítem “Me ha amenazado con irse con otras mujeres si no accedo a tener relaciones sexuales” (Tabla 3).

TABLA 4. ASOCIACIÓN ENTRE LOS TIPOS DE VIOLENCIA Y LA PREECLAMPSIA. HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO. ENERO - JULIO, 2015.

		Preeclampsia				Total	X ²	p	OR	IC 95%
		Si		No						
		n	%	n	%					
Violencia Física	Si	21	52.5	11	27.5	40.0	5.208	0.022	2.10	(0.706 - 6.253)
	No	19	47.5	29	72.5	60.0				
Violencia Psicológica	Si	33	82.5	26	65.0	73.75	3.164	0.075	1.11	(0.314 - 3.890)
	No	7	17.5	14	35.0	26.25				
Violencia Sexual	Si	18	45.0	7	17.5	68.75	7.040	0.008	2.97	(0.966 - 9.155)
	No	22	55.0	33	82.5	31.25				
Total		40	100.0	40	100.0	100.0				

Existe una probabilidad de más de dos veces en tener Preeclampsia cuando se presenta violencia física (OR: 2.1; IC95% 0.706-6.253) y casi tres veces más cuando se presenta

violencia sexual (OR: 2.97; IC95% 0.966-9.155). Estos datos fueron estadísticamente significativos a diferencia de la violencia psicológica (Tabla 4).

TABLA 5. ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA Y PREECLAMPSIA. HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO. ENERO - JULIO, 2015.

		Caso		Control		Total	X ²	p	OR	IC 95%
		n	%	n	%	%				
Violencia	Si	33	82.5	26	65.0	73.75	3.16	0.075	2.54	(0.895 - 7.202)
	No	7	17.5	14	35.0	26.25				
Total		40	100.0	40	100.0	100.0				

Existe una probabilidad de 2.5 veces más en tener Preeclampsia cuando se presenta la violencia (OR: 2.54; IC95% 0.895-7.202). Es decir, la violencia aumenta el riesgo para desarrollar Preeclampsia, aunque estos datos no fueron significativos (Tabla 5).

Contrastación de hipótesis específicas

Enunciados

- Hipótesis Investigación 1: Existe relación significativa entre la violencia domestica física de la pareja y la preeclampsia.
- Hipótesis Investigación 2: Existe relación significativa entre la violencia domestica psicológica de la pareja y la preeclampsia.
- Hipótesis Investigación 3: Existe relación significativa entre la violencia domestica sexual de la pareja y la preeclampsia.

Hipótesis estadísticas

Hi1: Pvf ≠ Ppe

Ho1: Pvf = Ppe

Pvf: Violencia física

Ppe: Preeclampsia

Hi2: Pvp \neq Ppe
 Ho2: Pvp = Ppe

Pvp: Violencia psicológica
 Ppe: Preeclampsia

Hi3: Pvs \neq Ppe
 Ho3: Pvs = Ppe

Pvs: Violencia sexual
 Ppe: Preeclampsia

Prueba estadística

Prueba de Chi-Cuadrado

Rango de decisión

$p < 0.05$

Resultados

X^2 Violencia Física = 5.21 gl = 1 Valor p = 0.022

X^2 Violencia Psicológica = 3.16 gl = 1 Valor p = 0.075

X^2 Violencia Sexual = 7.04 gl = 1 Valor p = 0.008

Presentación de la prueba de hipótesis

Según las hipótesis planteadas se puede concluir que la hipótesis nula N° 1 es falsa por lo que no se rechaza en esta investigación la hipótesis alterna N° 1 ya que la violencia física se relaciona significativamente con la preeclampsia, $p = 0.022$.

Según las hipótesis planteadas se puede concluir que la hipótesis nula N° 2 es verdadera por lo que se rechaza en esta investigación la hipótesis alterna N° 2 ya que la violencia psicológica no se relacionó significativamente con la preeclampsia, $p = 0.075$.

Según las hipótesis planteadas se puede concluir que la hipótesis nula N° 3 es falsa por lo que no se rechaza en esta investigación la hipótesis alterna N° 3 ya que la violencia sexual se relaciona significativamente con la preeclampsia, $p = 0.008$.

4. DISCUSIÓN

La violencia contra la pareja es un fenómeno universal que persiste en todos los países del mundo. La relación entre este acto y la mala salud de las mujeres como consecuencia de las lesiones, se ha convertido en un problema de salud pública. Durante el embarazo puede asociarse con numerosas consecuencias negativas, tales como la hiperémesis, amenaza de aborto, aborto, preeclampsia y bajo peso del niño al nacer, entre las principales. Es por ello que el embarazo no constituye un factor protector contra la violencia.

Según el ENDES 2014, el 72.4% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero. Entre las formas de violencia destaca la violencia psicológica y/o verbal (69,4%), la violencia física (32,3%) y la violencia sexual (7,9%) ⁽³⁰⁾.

Castro y Ruiz realizaron una investigación en un grupo de 468 mujeres embarazadas y encontraron que la prevalencia de la violencia física y sexual (15% y cerca del 12%, respectivamente) fue menor que la violencia emocional durante el embarazo (28%) ⁽³¹⁾. Saravia JC. et al, encontraron en su estudio una prevalencia de violencia física durante el embarazo de 10.7% y de ellas el 48% indicó que ésta había sido ejercida por el esposo ⁽²⁾. Cepeda SA., obtuvo como resultado en su estudio con 250 mujeres embarazadas que el 27% sufrió de violencia física y el 56% de violencia psicológica ⁽³²⁾. En la presente investigación se encontró que el 40% de las mujeres embarazadas fueron víctimas de violencia física, el 73.75% y el 68.75% fueron víctimas de violencia psicológica y violencia sexual, respectivamente.

Sánchez y col. en un estudio realizado en Perú encontraron que la violencia física en la gestante se asociaba a 2 veces mayor posibilidad de desarrollar preeclampsia y la violencia emocional se relacionaba a 3 veces mayor posibilidad de desarrollarla. Ku Carbonell obtuvo en su investigación que el 11% de gestantes que sufrieron violencia física presentaron trastorno hipertensivo del embarazo comparado con el 8% de mujeres con violencia psicológica que manifestaron también dicho trastorno ⁽⁶⁾. López CM. en su estudio sobre violencia intrafamiliar obtuvo que el 4.2% de preeclámpticas como normotensas sufrieron de violencia física (OR=1; IC95% 0.3-3.5). Respecto al abuso sexual el 2.5% de preeclámpticas refirió haber sido forzada a tener relaciones sexuales en comparación al 1.7% de pacientes normotensas (OR=1.5 IC95% 0.3-9.2). Ambos resultados no fueron estadísticamente significativos. Asimismo, el 42.5% de pacientes preeclámpticas refirió haber sido abusada emocional o físicamente por su pareja o alguien importante para ella, en comparación con el 40.8% de pacientes normotensas (OR: 1.07 IC95% 0.64-1.79), lo que no muestra una relación estadísticamente significativa ⁽⁵⁾. Elia Ku, demostró que la violencia física incrementa en 2.32 veces la posibilidad de desarrollar preeclampsia (IC95% 1.02–5.27), la violencia psicológica y la violencia sexual incrementa el riesgo en 2.07 (IC95% 0,36-11,76) y 2.11 (IC95% 0,31 - 30,73) veces para padecer este trastorno hipertensivo, aunque estos últimos resultados no fueron significativos⁽⁴⁾. En la presente investigación el 52.5% de preeclámpticas y el 27.5% de normotensas fueron víctimas de violencia física (OR: 2.1 IC95% 0.71-6.25). El 45% de preeclámpticas y el 17.5% de normotensas fueron víctimas de violencia sexual (OR: 2.97 IC95% 0.97-9.16), siendo estos resultados estadísticamente significativos. Asimismo, el 82.5% de preeclámpticas y el 65% de normotensas

fueron víctimas de violencia psicológica (OR: 1.11 IC95% 0.3-3.9), siendo estos resultados no significativos.

Ariño AR, demuestra en su investigación que las mujeres gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo presentan mayor prevalencia de violencia psicológica con un 63.6% violencia física un 2.9% y en un 33.5% en las mujeres gestantes sin violencia. Salas AA. en su estudio sobre los resultados maternos de la violencia intrafamiliar, encontró que el 8.6% de mujeres que sufrieron violencia, presentaron preeclampsia comparado con el 3.4% de mujeres violentadas que no presentaron preeclampsia. No se encontraron diferencias significativas para estos resultados ⁽¹⁾. En la presente investigación se determinó que el 82.5% de mujeres con preeclampsia fueron víctimas de violencia y el 65% de las mujeres normotensas fueron víctimas también de violencia, aunque estos datos no fueron estadísticamente significativos.

Muñoz P. en su investigación realizada sobre estresores psicosociales pudo constatar que existe asociación significativa ($p < 0,001$) entre la violencia en el hogar y la presencia de síndrome hipertensivo del embarazo ⁽³⁾. Elia Ku, en su estudio indica que la presencia de violencia en general (ya sea física, psicológica o sexual), resultó un factor de riesgo dos veces mayor para desarrollar preeclampsia (OR: 2.41; IC95% 1.08-5.38), datos estadísticamente significativos ⁽⁴⁾. En la presente investigación se pudo determinar que la violencia resultó un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia (OR: 2.54; IC95% 0.89-7.20), aunque estos datos no fueron estadísticamente significativos.

5. CONCLUSIONES

- La violencia doméstica de la pareja constituye un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en el periodo enero – julio 2015, aunque estos resultados no fueron estadísticamente significativos
- La violencia doméstica física de la pareja incrementa el riesgo de sufrir preeclampsia en más de dos veces (OR: 2.1; IC95% 0.706-6.253), siendo estadísticamente significativo este dato.
- La violencia doméstica psicológica de la pareja incrementa mínimamente el riesgo de sufrir preeclampsia (OR: 1.1; IC95% 0.314 - 3.890), siendo no estadísticamente significativo este dato.
- La violencia doméstica sexual de la pareja incrementa en casi tres veces el riesgo de sufrir preeclampsia (OR: 2.97; IC95% 0.966-9.155), siendo estadísticamente significativo este dato.

6. RECOMENDACIONES

- Reconocer a la violencia como un problema de salud pública en el que intervienen un conjunto de múltiples factores que inciden biopsicosocialmente en la salud de las gestantes. Con este concepto debemos ir más allá de la recuperación y el tratamiento y buscar intervenir a través de un manejo multidisciplinario en los vínculos sociales que establecen entre sí las gestantes que impactan en su salud y calidad de vida.
- La atención oportuna, integral y de calidad tiene un impacto positivo y significativo en el abordaje de las consecuencias y en la prevención de complicaciones de la violencia que afectan la calidad de vida de las gestantes. El primer contacto puede ser la única oportunidad para ayudar a la mujer violentada a enfrentar este difícil proceso. Es por ello que desde la primera atención prenatal se debe considerar siempre la salud mental de las gestantes a través del tamizaje de violencia.
- El personal de salud, además de las habilidades propias de sus profesiones, debe capacitarse en materia de derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y compenetrarse con ello para que actúen con mayor sensibilidad y empatía y de esta forma las mujeres reciban una atención integral de salud como se merecen.
- Trabajar desde el primer nivel de atención, potenciando y desarrollando habilidades y capacidades para alertar y proteger a la población contra la violencia y también contra los factores de riesgo. Asimismo, aplicar técnicas de enseñanza para adultos y con perspectiva de género, para promover el

autocontrol, la comunicación con la pareja y la resolución de conflictos de manera no violenta. Todo ello tendrá que adaptarse a la cultura y a la ideología de cada uno de los lugares y al tipo de problemas de violencia predominantes.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salas AA, Salvatierra AD. Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011-febrero 2012. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
2. Saravia J, Mejía M, Becerra S, Palomino A. Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados. Rev Peru Epidemiol. 2012;16(2):1-7.
3. Muñoz PM, Oliva MP. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009;74(5):281-5.
4. Ku E. Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. Rev Peru Epidemiol. 2014;18(1):e07.
5. López CM, Camacho AV. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo de preeclampsia en gestantes de 20 a 35 años atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo marzo 2012 - mayo del 2013. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
6. Ku CS. Violencia de género durante la gestación y su repercusión en el parto y el recién nacido. Hospital maría auxiliadora, marzo, 2009. Rev Per Obst Enf. 2009;5(1):29-44.
7. Shamsi U, Hatcher J, Shamsi A, Zuberi N, Qadri Z, Saleem S. A multicentre matched case control study of risk factors for Preeclampsia in healthy women in Pakistan. BMC women's health. 2010;10(14):1-7.

8. Morales RC. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. Rev Peru Epidemiol. 2011;15(2):97-101.
9. Córdor QM, Domínguez LD. Asociación entre el estrés crónico y la preeclampsia en mujeres de 20 a 34 años atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2013. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
10. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.
11. Minsa. Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género. Dirección General de Promoción de la Salud. Lima-Perú 2007. p. 40.
12. Alencar-Rodrigues R, Cantera L. Violencia de género en la pareja. Una revisión teórica. Psico. 2012;43(1):116-26.
13. Wikipedia Cd. Violencia de género: Wikipedia, La enciclopedia libre; [cited 2014 10 de diciembre del 2014]. Available from:
http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Violencia_de_g%C3%A9nero&oldid=78679561.
14. Vela AE. Influencia de la violencia basada en género en mujeres con parto pretérmino atendidas en el HONADOMANI San Bartolomé en el periodo octubre 2007-enero 2008. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
15. Flores VA. Violencia doméstica, una alternativa de intervención con las víctimas. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2011;14(1):273-300.
16. OPS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. Washington, DC: 2013.

17. Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. . Washington, DC: 2011.
18. OPS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Washington, DC: 2013.
19. Salvador MJ. La dimensión biopsicosocial de la preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico. *Ginecol Obstet Mex.* 2009;77(5):231-7.
20. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2010;48(4):307-18.
21. Molerio PO, Arce GM, Otero RI, Nieves AZ. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2005;43(1).
22. Sánchez SE. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. *Rev peru ginecol obstet.* 2014;60(4):309-20.
23. Jiménez CE, Martínez SL, Vargas GN, Agudelo VC, Ortiz TI. Preeclampsia: la evolución diagnóstica desde la genómica y la proteómica. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2013;78(2):148-53.
24. Gómez CL. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia. *Rev peru ginecol obstet.* 2014;60(4):321-31.
25. Rodríguez GM, Egaña UG, Márquez AR, Bachmann MM, Soto AA. Preeclampsia: mediadores moleculares del daño placentario. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(1):72-8.
26. Guevara RE, Meza SL. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev peru ginecol obstet.* 2014;60(4):385-93.

27. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2013;122(5):1122-31.
28. Morales AM. Validación de un test que evalúe violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico y sexual en la mujer embarazada. Orizaba-Veracruz: Universidad Veracruzana; 2010.
29. Sosa L, Guirado M. Estados hipertensivos del embarazo. *Rev Urug Cardiol*. 2013;28(2):285-98.
30. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES. Lima-Perú: 2014.
31. Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(1):62 - 70.
32. Cepeda SA, Morales CF, Henales AM, Mendez CS. Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de bajo peso. *Perinatol Reprod Hum*. 2011;25(2):81-7.

8. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada participante:

Soy estudiante de la UNMSM, EAP de Obstetricia y estoy llevando a cabo una investigación titulada: “*Violencia doméstica de la pareja y su relación con la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015*” con la finalidad de obtener el título profesional de “Licenciado en Obstetricia”

El objetivo del estudio es *Determinar la relación entre la violencia doméstica de la pareja y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015.*

Usted ha sido seleccionada para participar en esta investigación la cual consiste en *contestar una encuesta. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Asimismo, su participación no le generará ningún riesgo puesto que no se trabajará con ninguna intervención y procedimiento externo. Como participante, tiene la libertad de renunciar en la presente investigación cuando así lo desee. La participación en el estudio no le generará algún costo ni recibirá compensación por participar. La encuesta se realizará con la autorización del hospital y durante el tiempo en el cual se encuentre usted hospitalizada.*

Investigador:

MORALES CAMARGO, JOSÉ FERNANDO

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir que se me aplique una encuesta que evalúe la violencia intrafamiliar en los aspectos físico, psicológico y sexual en la mujer embarazada, el cual es un instrumento ya validado cuyos datos se manejarán de manera confidencial respetando mi privacidad.

Asimismo, he leído el procedimiento descrito arriba y el investigador me ha explicado el estudio y ha contestado a todas mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de JOSÉ FERNANDO MORALES CAMARGO sobre “*Violencia doméstica de la pareja y su relación con la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio, 2015*”

Firma de la participante

Fecha:



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ANEXO 2

**FORMULARIO DE DATOS GENERALES, REPRODUCTIVOS Y
 OBSTÉTRICOS**

N° DE FICHA:

FECHA:

I. DATOS GENERALES

- | | |
|--|--|
| 1. Edad: | b) Sierra
c) Selva |
| 2. Grado de instrucción | 5. Estado civil |
| a) Primaria incompleta
b) Primaria completa
c) Secundaria incompleta
d) Secundaria completa
e) Superior técnico
f) Superior universitario | a) Separada
b) Conviviente
c) Casada |
| 3. Ocupación | 6. Religión |
| a) Ama de casa
b) Estudiante
c) Profesional
d) Otros | a) Católica
b) Evangélica
c) Otros |
| 4. Procedencia de nacimiento | 7. Cohabitación sexual |
| a) Costa | a) < 12 meses
b) ≥ 12 meses |

II. DATOS REPRODUCTIVOS

1. Inicio de relaciones sexuales
2. N° de parejas sexuales

III. DATOS OBSTÉTRICOS

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1. N° Gestaciones | 5. N° Cesáreas |
| 2. N° Abortos | 6. Periodo intergenésico |
| 3. N° Nacidos pretérmino | 7. Edad gestacional |
| 4. N° Nacidos a término | 8. N° Atenciones prenatales |



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ANEXO 3

FORMULARIO DE DATOS DE LA PREECLAMPSIA

1. Presión arterial

SISTÓLICA	DIASTÓLICA

2. Proteinuria

PRUEBA ÁCIDO SULFOSALICÍLICO

3. Signos multisistémicos

SIGNOS PREMONITORIOS	SI	NO
TRASTORNOS CEREBRALES		
TRASTORNOS VISUALES		
EPIGASTRALGIA		
DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO		

RECuento DE PLAQUETAS	
TGP	
TGO	
CREATININA	
LDH	



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ANEXO 4

**TEST QUE EVALÚA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR LEVE, MODERADA
 Y SEVERA EN LOS ASPECTOS FÍSICO, PSICOLÓGICO Y SEXUAL EN
 LA MUJER EMBARAZADA**

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas que se presentan a continuación y marque con una **X** si su pareja ha tenido alguna de estas actitudes con usted durante su actual embarazo:

1. VIOLENCIA FÍSICA

Nº	PREGUNTA	NUNCA	ALGUNA VEZ	VARIAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1.	El amenaza con golpearme					
2.	Rompe mis cosas					
3.	Si algo no le agrada me sujeta con fuerza hasta lastimarme					
4.	Cuando se enoja rompe o tira cosas de la casa					
5.	Me arroja objetos con intención de golpearme					
6.	Me golpea con la mano					
7.	Me empuja o da empujones					
8.	Me jala del cabello					
9.	Me da nalgadas					
10.	Me pellizca					
11.	Me ha roto o quebrado algún hueso					
12.	Me ha dejado moretones en los brazos y piernas					
13.	Me ha dejado heridas en el cuerpo con navajas, cuchillos o tijeras					
14.	He sangrado después de recibir golpes					
15.	Después de que me golpea he estado a punto de abortar o he iniciado trabajo de parto					

2. VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Nº	PREGUNTA	NUNCA	ALGUNA VEZ	VARIAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1.	Se burla de mí, dice que estoy gorda y critica como me visto					
2.	Me compara con animales					
3.	Me ignora					
4.	No se interesa por mi embarazo					
5.	Me exige obediencia a sus caprichos					
6.	Me impide trabajar					
7.	Le disgusta que hable o visite a mi familia					
8.	Se enoja fácilmente conmigo					
9.	Se enoja si tengo la razón en algún problema					
10.	Me considera fea por estar embarazada					
11.	Les habla mal de mí a mis hijos					
12.	El amenaza con enviarme a un hospital mental					
13.	Me amenaza con quitarme a mis hijos					
14.	Él toma represalias cuando no estoy de acuerdo con él					
15.	No me lleva a pasear o a reuniones					

3. VIOLENCIA SEXUAL

Nº	PREGUNTA	NUNCA	ALGUNA VEZ	VARIAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1.	Me trata como si fuese una sexo servidora					
2.	Él tiene relaciones conmigo solo para satisfacer sus necesidades					
3.	Me dice que soy mala para tener relaciones sexuales					
4.	Me ha amenazado con irse con otras mujeres si no accedo a tener relaciones sexuales					
5.	Me ha hecho comentarios desagradables sobre mi cuerpo o parte de él					
6.	Me obliga a tener relaciones con él aunque yo no quiera					

7.	Me toma fotos cuando estoy desnuda sin mi consentimiento					
8.	Me graba video cuando estoy desnuda sin mi consentimiento					
9.	Me obliga a tener sexo oral o anal					
10.	Me ha obligado a tener relaciones aunque me sienta mal					
11.	Me obliga a tener relaciones sexuales sin protección, sin importarle el riesgo de transmitirme alguna infección					
12.	Me obliga a tener relaciones sexuales sin importarle poner en riesgo mi embarazo					
13.	Ha utilizado la fuerza, me golpea o usa algún arma para obligarme a tener sexo oral o anal					
14.	He sangrado por mi vagina posterior a que me forzó a tener relaciones sexuales					
15.	He tenido riesgo de perder a mi bebe debido a que me obligo a tener relaciones sexuales					

Fuente: Morales AM. Validación de un test que evalúa violencia intrafamiliar leve, moderada y severa en los aspectos físico, psicológico y sexual en la mujer embarazada. Orizaba-Veracruz, 2010.

ANEXO 5

TABLA 6. DATOS GENERALES DE LAS GESTANTES SEGÚN GRUPO CASO (PREECLAMPSIA) Y CONTROL (NO PREECLAMPSIA). HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO. ENERO – JULIO, 2015.

		Grupo				X ²	p
		Caso		Control			
		n	%	n	%		
Edad (años)	<= 19	5	12.5	5	12.5		
	20-35	25	62.5	32	80.0		
	>35	10	25.0	3	7.5	4.629	0.099
Grado de instrucción	Primaria incompleta	2	5.0	1	2.5		
	Primaria completa	2	5.0	6	15.0		
	Secundaria incompleta	6	15.0	7	17.5		
	Secundaria completa	29	72.5	23	57.5		
	Superior técnico	1	2.5	1	2.5		
	Superior universitario	0	.0	2	5.0	5.103	0.403
	Ama de casa	34	85.0	29	72.5		
	Estudiante	2	5.0	2	5.0		
	Profesional	0	.0	1	2.5		
Ocupación	Otros	4	10.0	8	20.0	2.730	0.435
	Costa	25	62.5	15	37.5		
	Sierra	13	32.5	16	40.0		
	Selva	2	5.0	9	22.5	7.265	0.026
Estado civil	Separada	7	17.5	2	5.0		
	Conviviente	29	72.5	32	80.0		
	Casada	4	10.0	6	15.0	3.325	0.190
Cohabitación sexual (meses)	< 12	17	42.5	3	7.5		
	>= 12	23	57.5	37	92.5	13.067	0.000
Total		40	100.0	40	100.0		

ANEXO 6

TABLA 7. DATOS REPRODUCTIVOS Y OBSTÉTRICOS DE LAS GESTANTES SEGÚN CASO (PREECLAMPSIA) Y CONTROL (NO PREECLAMPSIA). HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO ENERO - JULIO, 2015

	Caso	Control	K-S	p
	X ± S	X ± S		
Edad (años)	27.83 ± 8.31	27.35 ± 6.50	0.783	0.573
Inicio de relaciones sexuales (años)	17.58 ± 1.60	18.15 ± 3.17	0.894	0.400
N° de parejas sexuales	2.25 ± 0.67	1.78 ± 0.97	1.901	0.001
N° de gestaciones	2.23 ± 1.64	2.18 ± 1.20	0.559	0.913
N° de abortos	0.38 ± 0.70	0.30 ± 0.46	0.335	1.000
N° de nacidos a término	0.85 ± 1.37	0.80 ± 0.85	0.447	0.988
N° de cesáreas	0.18 ± 0.55	0.08 ± 0.35	0.335	1.000
Periodo intergenésico (años)	6.48 ± 4.93	4.56 ± 2.93	0.857	0.455
Edad gestacional (semanas)	37.25 ± 2.75	39.10 ± 1.50	1.901	0.001
N° de atenciones prenatales	6.48 ± 2.57	7.40 ± 2.44	1.453	0.029

ANEXO 7

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MANIFESTACIÓN DE SIGNOS CLÍNICOS EN LOS CASOS DE PREECLAMPSIA. HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO. ENERO – JULIO, 2015.

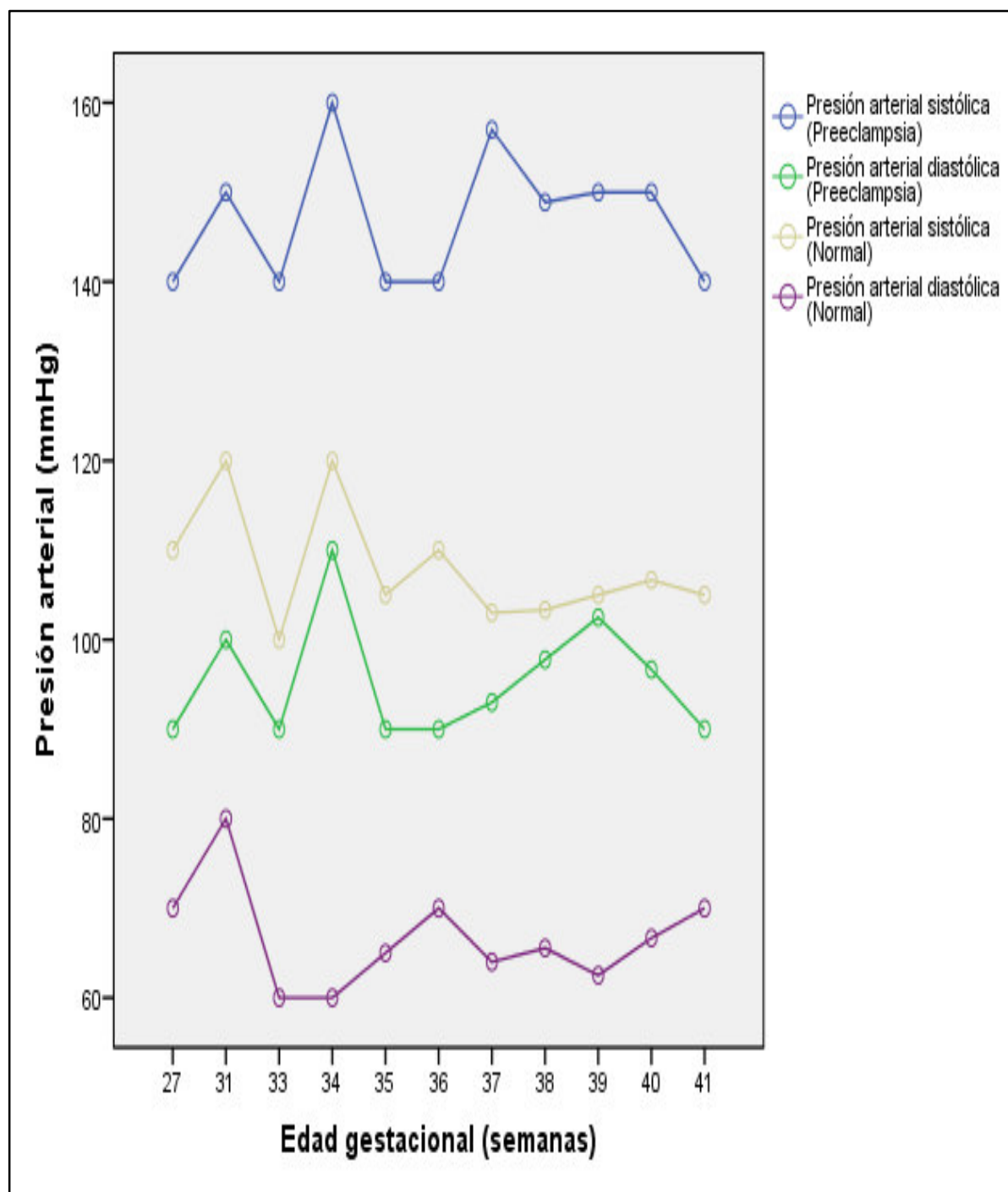
		n	%	X²	p
Trastornos cerebrales	Si	20	50.0	0.000	1.000
	No	20	50.0		
Trastornos visuales	Si	9	22.5	12.100	0.001
	No	31	77.5		
Epigastralgia	Si	2	5.0	32.400	0.000
	No	38	95.0		
Dolor en cuadrante superior derecho	Si	1	2.5	36.100	0.000
	No	39	97.5		
Total		40	100.0		

TABLA 9. DATOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO EN LOS CASOS DE PREECLAMPSIA. HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO. ENERO - JULIO, 2015.

	X ± S	W	p
Recuento de plaquetas	267000 ± 88346.056	0.978	0.621
TGP	24.45 ± 19.189	0.743	0.000
TGO	30.35 ± 19.63	0.780	0.000
Creatinina	0.86 ± 0.19	0.953	0.098
LDH	433.65 ± 141.81	0.960	0.167

ANEXO 8

FIGURA 1: MEDIA DE LAS PRESIONES ARTERIALES SEGÚN CASOS (PREECLAMPSIA) Y CONTROLES (NORMOTENSAS). HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO ENERO – JULIO, 2015.



ANEXO 9

FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PROTEINAS EN ORINA SEGÚN PRUEBA DE ÁCIDO SULFOSALICÍLICO EN LOS CASOS DE PREECLAMPSIA. HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO. ENERO – JULIO, 2015.

