

**PREVALENCIA DE VIOLENCIA DOMESTICA EN GESTANTES QUE ASISTEN  
AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD  
“NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA” DE CHACHAGUI EN EL PRIMER  
TRIMESTRE DEL AÑO 2013**

**ACHICANOY LARRAÑAGA JENNIFERT CONSTANZA  
CERON DELGADO JESSICA PAOLA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN  
FACULTAD DE MEDICINA  
SAN JUAN DE PASTO  
2013**

**PREVALENCIA DE VIOLENCIA DOMESTICA EN GESTANTES QUE ASISTEN  
AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD  
“NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA” DE CHACHAGUI EN EL PRIMER  
TRIMESTRE DEL AÑO 2013**

**ACHICANOY LARRAÑAGA JENNIFERT CONSTANZA  
CERON DELGADO JESSICA PAOLA**

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar el Título de Médico general

Asesores:

Dra. JULIE BENAVIDES  
Bsc. Epidemióloga Clínica

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN  
FACULTAD DE MEDICINA  
SAN JUAN DE PASTO**

**2013**

## **DEDICATORIA**

A Dios,

gracias porque es su mano la que me guía siempre por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante, enseñándome a vencer las adversidades que se presentaban, permitiéndome lograr mis metas día a día.

A mi Padre,

Porque por él, es que hoy soy quien soy, por creer siempre en mí y mis sueños, por ser mi compañía y mi fortaleza, por su apoyo incondicional de siempre, por sus consejos, dedicación y compañía, pero sobre todo por su amor infinito. Te amo.

A mi madre QEPD.

A mi hermana,

Por su amistad y por ser mi cómplice en cada uno de mis pasos. Te quiero mucho.

A mi compañera y amiga Jennifert,

Porque con el apoyo y paciencia mutua, a pesar de todas las dificultades logramos sacar este proyecto adelante.

**¡Gracias!**

***Jessica Paola Cerón Delgado***

## **DEDICATORIA**

Una etapa culmina, un paso más que me acerca a la meta; sentimientos de satisfacción y alegría que me llevan a dedicar este logro primordialmente a Dios por bendecirme en cada momento y llenarme de la sabiduría y fortaleza necesaria para continuar; a mis padres que a diario me demostraron su amor y apoyo incondicional, porque cada oración, cada regaño han sido las bases para superar cada obstáculo presente en este proceso; a mi hermana mayor por confiar en mí y apoyarme pero sobre todo por ser mi ejemplo digno a seguir.

Por último pero no menos importante dedico este logro a los motores de mi vida; mi hermanita por su amor y paciencia; y mi pequeña sobrina por su alegría y ternura, porque diariamente me recordaron que el tiempo que se comparte no es lo más importante, lo que realmente vale es tener la razón correcta para luchar por un sueño. Simplemente a mi amada familia, razón de mi sueño, este logro es para ustedes.

***Jennifert. C. Achicanoy.L***

## **AGRADECIMIENTOS**

Al centro de salud “Nuestra señora de Fátima” del municipio de Chachagüi, por abrirnos las puertas de su institución, para la realización de este trabajo de investigación, al personal por su apoyo y colaboración, indispensable para llevar a cabo su elaboración. Muchas gracias.

## CONTENIDO

Pág.

### INTRODUCCION

#### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

##### 1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

##### 1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

#### 2. JUSTIFICACION

#### 3. MARCO REFERENCIAL

##### 3.1 MARCO CONTEXTUAL O HISTORICO

##### 3.2 MARCO TEORICO

###### 3.2.1 Definición de violencia

###### 3.2.2 Tipos de violencia y su clasificación

###### 3.2.2.1 Violencia física

###### 3.2.2.2 Violencia sexual

###### 3.2.2.3 Violencia psicológica

###### 3.2.3 Violencia contra la mujer

###### 3.2.4 Violencia contra las mujeres gestantes

###### 3.2.5 Violencia de pareja

##### 3.3 MARCO CONCEPTUAL

##### 3.4 MARCO LEGAL

#### 4. OBJETIVOS

##### 4.1 Objetivo general

##### 4.2 Objetivos específicos

#### 5. METODOLOGIA

##### 5.1 ENFOQUE

##### 5.2 TIPO DE ESTUDIO

### 5.3 POBLACION

### 5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### 5.4.1 Criterios de inclusión

#### 5.4.2 Criterios de exclusión

### 5.5 VARIABLES

#### 5.5.1 Variables socio-demográficas

#### 5.5.2 Variables psicosociales

### 5.6. FUENTES DE RECOLECCION DE INFORMACION

#### 5.6.1. Fuentes primarias

#### 5.6.2. Fuentes secundarias

### 5.7 TÉCNICAS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

### 5.8 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

### 5.9 RECOLECCION DE DATOS

#### 5.9.1 Procedimiento

#### 5.9.2 Plan de análisis estadístico

### 5.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

## 6. ANALISIS DE RESULTADOS

### 6.1 ANALISIS UNIVARIADO

### 6.2 ANALISIS BIVARIADO

## 7. DISCUSION

## CONCLUSIONES

## RECOMENDACIONES

## LIMITACIONES

## PERSPECTIVAS

## BIBLIOGRAFIA

## ANEXOS

## LISTA DE FIGURAS

**Pág.**

Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

## LISTA DE TABLAS

**Pág.**

Tabla 1. Características socio-demográficas de las mujeres gestantes que asisten al programa de control prenatal

Tabla 2. Características psicosociales de las mujeres gestantes que asisten al programa de control prenatal

Tabla 3. Tipo de maltrato y su clasificación en la población estudio

## LISTA DE GRAFICOS

**Pág.**

- Grafica 1. Tipo de violencia
- Grafica 2. Tipo de maltrato psicológico
- Grafica 3. Periodicidad de maltrato psicológico
- Grafica 4. Quien la ha maltratado psicológicamente?
- Grafica 5. Tipo de maltrato físico
- Grafica 6. Periodicidad del maltrato físico
- Grafica 7. Quien la ha maltratado físicamente?
- Grafica 8. Tipo de maltrato sexual
- Grafica 9. Periodicidad del maltrato sexual
- Grafica 10. Quien la ha maltratado sexualmente?
- Grafica 11. Ha recibido maltrato
- Grafica 12. Ha recibido maltrato vs edad
- Grafica 13. Ha recibido maltrato vs estado civil
- Grafica 14. Ha recibido maltrato vs controles prenatales
- Grafica15. Ha recibido maltrato vs semanas de gestación
- Grafica16. Ha recibido maltrato vs relación con el padre de la gestación
- Grafica17. Ha recibido maltrato vs reacción del padre de la gestación
- Grafica18. Ha recibido maltrato/ sentimientos frente a la gestación
- Grafica19. Ha recibido maltrato vs embarazo planeado

## LISTA DE ANEXOS

**Pág.**

Anexo A. Validación del contenido de la encuesta

Anexo B. Encuesta del estudio “Violencia domestica en gestantes en el hospital central Antonio María Pineda” UCLA – decanato de medicina.

Anexo C. Encuesta modificada

Anexo D. Carta de consentimiento informado

Anexo E. Artículo

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

**Presidente del jurado**

---

**Jurado**

---

**Jurado**

San Juan de Pasto, Mayo de 2013

## INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas (1993) definen la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia basada en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”. Esta definición abarca una amplia gama de actos dañinos dirigidos a las mujeres y utiliza el término “basada en género” (1, 2). La violencia consiste no solo en el uso de la fuerza física y acciones como agresiones verbales e intimidación sino también las restricciones a la libertad o la privación de medios para la subsistencia y el desarrollo personal de la mujer (3). La violencia más frecuente, ejercida contra la mujer es la violencia doméstica, considerada como un acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato, o mantenga o haya mantenido una relación de hecho (3). Diversos estudios han establecido que la mujer que se encuentra en estado de embarazo no está exenta de padecer esta problemática si no que por el contrario, se intensifica, por la presión que genera la llegada de nuevos cambios en la familia (4,5,6,).

A nivel mundial y específicamente en Colombia, la violencia contra la mujer tiene una incidencia y mortalidad relativamente alta (2). Esto se puede evidenciar en el país con las cifras de violencia registradas en el año 2011, donde se presentaron 76.693 casos de violencia intrafamiliar de los cuales 53.141 corresponden a mujeres, que en su mayoría son maltratadas por su pareja actual en el 65% de los casos (7); al compararse dichos datos con las cifras registradas hace una década, donde se reportaron 38.406 muertes por causas violentas, de

las cuales el 12% de las víctimas eran mujeres entre los 15 y 44 años, se puede inferir que esta problemática social ha ido en aumento y demuestra que la violencia intrafamiliar es la primera causa de muerte en este grupo poblacional (2).

La violencia física en la mujer embarazada tiene consecuencias directas sobre la morbilidad y la mortalidad perinatales y maternas. Webster, en 1996, dio seguimiento a 1014 mujeres que respondieron un cuestionario sobre violencia durante su embarazo; y encontró mayor incidencia de abortos, embarazos interrumpidos y muerte fetal en víctimas de violencia (8).

Según la Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo, en México, para el año 2008 se estimó una prevalencia de violencia intrafamiliar de 17% en embarazadas, cuyas consecuencias son problemas físicos, emocionales y sociales que dificultan la atención de la mujer al neonato, y pueden llevar a complicaciones e incluso muerte materno-perinatal (9). De acuerdo a esto la guía, recomienda que los profesionales de la salud, estén alertas ante síntomas de violencia intrafamiliar; y den la oportunidad de denunciar dicho acto, así como propiciar un ambiente donde las pacientes se sientan seguras y en caso necesario referirlas a centros de apoyo emocional (9). Aun así se considera, que se requiere mayor número de investigaciones para establecer el tamiz de violencia intrafamiliar, más apropiado para su detección durante el control prenatal (9).

Es por esto que se considera importante la asistencia de las mujeres gestantes al control prenatal y la atención integral de estas pacientes, que garantiza un control adecuado de la salud tanto física, como psicológica y sexual de la madre, que permite detectar de forma precoz cualquier forma de violencia en su contra. Debido a que esta problemática puede afectar en gran medida el bienestar tanto de las mujeres gestantes como de sus hijos, el presente estudio se basa en la necesidad de investigar el tema más profundamente para detectar el

grupo poblacional de mayor riesgo entre las gestantes que acuden al programa de control prenatal del Centro de salud "Nuestra Señora de Fátima" durante el primer trimestre del año 2013, con el fin de realizar un diagnóstico situacional que proporcione información útil para la toma de decisiones en cuanto a la prevención de esta forma de violencia por parte de las instituciones pertinentes.

# 1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

## 1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La violencia en general y la violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja en particular, es un fenómeno histórico presente en gran parte de las culturas humanas sin límite de edad, clase social, raza, ideologías o religión; sin embargo, desde hace algunas décadas las distintas expresiones de este tipo de violencia comenzaron a ser concebidas como una violación a los derechos humanos <sup>(10)</sup>. La violencia intrafamiliar durante el embarazo, en sus diferentes formas, está siendo reconocida como un problema de salud pública a nivel mundial, según la resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud <sup>(5),(11)</sup>, y se ha comparado con todas las complicaciones médicas por las que son evaluadas rutinariamente: eclampsia, placenta previa, etc.<sup>(12)</sup>

El rol fundamental que debe jugar el Estado en la erradicación de la violencia responde a compromisos internacionales en esta materia, que surgen en la década del '70 a nivel mundial, a partir de los primeros estudios e investigaciones que manifiestan la existencia y práctica de verdaderas culturas de violencia contra la mujer en todo el mundo<sup>(10)</sup>.

La violencia doméstica no conoce fronteras. Las mujeres sufren palizas mortales, violaciones, torturas físicas y psicológicas tanto en el África rural y en América Latina, como las urbes europeas o en las islas del Pacífico. Así lo revela un estudio multi-país sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, patrocinado por la Organización Mundial de la Salud, entre los años 2000 y 2003 que recopiló información de más de 24 000 mujeres procedentes de 10 países diferentes el cual pone de manifiesto que más del 30% de las agresiones

domésticas se producen durante el embarazo de la mujer y que el padre del futuro bebé es responsable del 90% de los ataques. De acuerdo al estudio la cifra más baja de violencia domestica contra la mujer embarazada se registró en Japón con un 1% y la cifra más alta en Perú con un 28%<sup>(13)</sup> <sup>(14)</sup>.

En México, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres del 2003, indica que el 5.3% de las mujeres fueron agredidas físicamente en algún momento de su vida y de éstas, el 48.6% sufrieron maltrato antes y durante alguno de sus embarazos <sup>(15)</sup>.

En Costa Rica se realizó un estudio acerca de la violencia durante el embarazo en el cual el 20 a 75% de las mujeres habían sufrido actos de violencia <sup>(16)</sup>. Igualmente en un meta-análisis realizado por Murphy et al (2003) se encontraron prevalencias de abuso durante el embarazo entre 5,6 y 16,6%<sup>(16)</sup>. La violencia física o sexual puede provocar, según el tiempo de gestación, la pérdida del feto, el parto prematuro o bajo peso en el recién nacido <sup>(16)</sup>.

En el país, según las cifras de violencia registradas en el año en el año 2011, se presentaron 76.693 casos de violencia intrafamiliar, de los cuales 53.141 corresponden a mujeres, que en su mayoría son maltratadas por la pareja actual <sup>(7)</sup>, esto indica un aumento de la problemática social al comparar dichas cifras, con las registradas en el año 2002, donde se reportaron 38.406 muertes por causas violentas encontrando que aproximadamente un 85.7 % de las víctimas fueron mujeres, con un promedio de edad de 14 años, de los cuales el 74% de los casos corresponde a menores de edad y el 6% de las menores de 17 años agredidas, resulta en estado de embarazo; y no menos importante que el 100% de las víctimas de violencia sexual perpetrada por el cónyuge son las mujeres en todos los grupos de edad. <sup>(17)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que en Colombia, el 19% de las mujeres embarazadas son violentadas en forma aislada o recurrente; además, se señala que la primera causa de mortalidad en mujeres embarazadas entre los 15 y 44 años de edad es la violencia intrafamiliar <sup>(2)</sup>. Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) en el año 2005 y 2006 el porcentaje de mujeres que sufrieron lesiones personales por maltrato de pareja fue de 91,2%, en 2007 fue de 90,3% y en 2008 de 89,1%, lo que demuestra que las diferentes acciones emprendidas en el país para prevenir la violencia intrafamiliar no han tenido un impacto significativo <sup>(18)</sup> <sup>(19)</sup>.

Según el boletín del centro de referencia nacional sobre violencia, en el departamento de Nariño para el año 2011 se reportaron 1224 casos de violencia intrafamiliar contra la mujer, además se reporta que la ciudad de Pasto, se encuentra entre las diez ciudades capitales, con mayor número de casos de violencia intrafamiliar, pese a esto del total de casos solo 1 es reportado en el municipio de Chachagüi. <sup>(7)</sup><sup>(20)</sup>

A nivel regional son los únicos datos estadísticos con los que se cuenta, ya que no se encuentra evidencia bibliográfica sobre el maltrato en las mujeres embarazadas.

La relación entre el embarazo y la violencia tiene diferentes facetas: las lesiones físicas y emocionales, la maternidad forzada en caso de abuso sexual, el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, etc <sup>(21)</sup>. Como consecuencia, la mujer maltratada desarrolla factores de riesgo que alteran su salud física, psicológica y sexual <sup>(21)</sup>. Ante este problema es urgente que se considere a la violencia doméstica como un problema de salud pública, el cual pone en peligro el bienestar y la vida de las mujeres maltratadas y de su producto <sup>(21)</sup>. La falta de información en las mujeres gestantes, así como el

desconocimiento de sus derechos como ser humano y el alto grado de temor bajo amenaza que sufren las mujeres, sumado a la falta de conocimiento en la identificación y manejo de este problema por los prestadores de servicios en general, y por el personal médico y paramédico en particular, así como la no denuncia, y el no registro de casos impide evaluar la prevalencia, incidencia, magnitud e impacto de la violencia intrafamiliar en nuestro país, y por consiguiente ha dificultado que sea reconocida como un aspecto fundamental a evaluar como factor de riesgo obstétrico en la atención integral durante el embarazo (21).

El propósito del presente estudio es fomentar la creación de programas preventivos, que inicien desde el control prenatal, con el fin de contrarrestar el maltrato y evitar sus complicaciones en la gestante y el neonato.

## **1.2 FORMULACION DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la prevalencia de la violencia domestica y sus tipos, en las gestantes que asisten al programa de control prenatal del Centro de salud “Nuestra Señora de Fátima” del municipio de Chachagüi, en el primer trimestre del año 2013?

## 2. JUSTIFICACION

La violencia contra las mujeres, particularmente la que se viven a manos de sus parejas, constituye un grave problema de violación de los Derechos Humanos a nivel mundial, representando un obstáculo para el desarrollo de las sociedades democráticas <sup>(10)</sup>. Se estima que las desigualdades de género y su expresión más dramática, la violencia de género, son unas de las últimas barreras que la humanidad deberá derribar para avanzar hacia la equidad y la paz. <sup>(22)</sup>

Las mujeres embarazadas hospitalizadas por un incidente de violencia interpersonal tienen un riesgo significativamente mayor de resultados adversos maternos y fetales, dadas las consecuencias en la salud que pueden tener a largo plazo las mujeres gestantes violentadas; una mayor prioridad debe ser dirigida a la prevención primaria de la violencia contra las mujeres embarazadas y la atención prestada a estas mujeres a raíz de un incidente de violencia <sup>(17,23)</sup>

La OMS recomienda que los proveedores de servicios de planificación familiar, integren las cuestiones relativas a la violencia doméstica en rutina de la historia clínica y ofrezcan apoyo emocional a aquellos que experimentan la violencia doméstica, dando inicio a conversaciones acerca de la violencia antes del embarazo, ya sea en las visitas de servicio de planificación familiar o las visitas de rutina de la salud de las mujeres, lo que hace probable una mayor detección de mujeres que se encuentran en un riesgo de sufrir violencia durante el embarazo y la prevención de esta. <sup>(24)</sup>

Los hallazgos indican que los programas de prevención deberían centrarse en las mujeres jóvenes embarazadas y en la prevención de la violencia de la pareja. Es imperativa la aplicación apropiada de los programas de intervención para

reducir la alta tasa de violencia contra las mujeres embarazadas, para que reciban atención adecuada y se les realice el seguimiento después de la exposición a la violencia (23). Lograr este cambio incluye la transformación de actitudes y prácticas en todas las sociedades y para todas las personas. Por lo que enfrentar la violencia de género, y particularmente la intrafamiliar, a lo menos requiere del diseño de Políticas Públicas que garanticen la atención y rehabilitación de las víctimas (10).

Análisis sobre el maltrato y sus efectos colaterales en gestantes proporcionan apoyo e información a los entes encargados de la gestión, para redoblar los esfuerzos en reducir los niveles de violencia doméstica a través de canales como la educación pública, la reforma legal, y la acción comunitaria, como medios para reducir la morbilidad y la mortalidad entre la población expuesta (10,24)

La información que proporcionan los investigadores internacionales sobre la prevalencia de la violencia basada en género ayuda a respaldar los esfuerzos por mejorar la respuesta de los servicios de salud, pero es de mayor utilidad para los programas de salud identificar la información existente tanto a nivel nacional como local, aunque ésta no haya sido publicada. Ese tipo de información local es más relevante para los administradores de salud que la información proveniente de fuentes internacionales. (25)

Por tanto, el presente estudio busca establecer la prevalencia de la violencia doméstica según el perfil socio demográfico, identificando los tipos de violencia en esta población para realizar un diagnóstico situacional que pueda servir de apoyo para la toma de decisiones al centro de salud “Nuestra Señora de Fátima” u otras instituciones pertinentes, o como guía para futuras investigaciones.

### 3. MARCO REFERENCIAL

#### 3.1 MARCO CONTEXTUAL O HISTÓRICO

Esta investigación se realizara en COLOMBIA: país ubicado en la zona noroccidental de América del sur, su superficie es de 2 070 408 km<sup>2</sup>, de los cuales 1 141 748 km<sup>2</sup> corresponden a su territorio continental y los restantes 928 660 km<sup>2</sup> a su extensión marítima, limita al este con Venezuela y Brasil, al sur con Perú y Ecuador y al noroeste con Panamá; en cuanto a límites marítimos, colinda con Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, Jamaica, Haití, República Dominicana y Venezuela en el mar Caribe, y con Panamá, Costa Rica y Ecuador en el océano Pacífico. Consta de 33 departamentos, de los cuales Nariño está ubicado al suroeste del país, en la frontera con Ecuador y el océano Pacífico. (Figura 1)

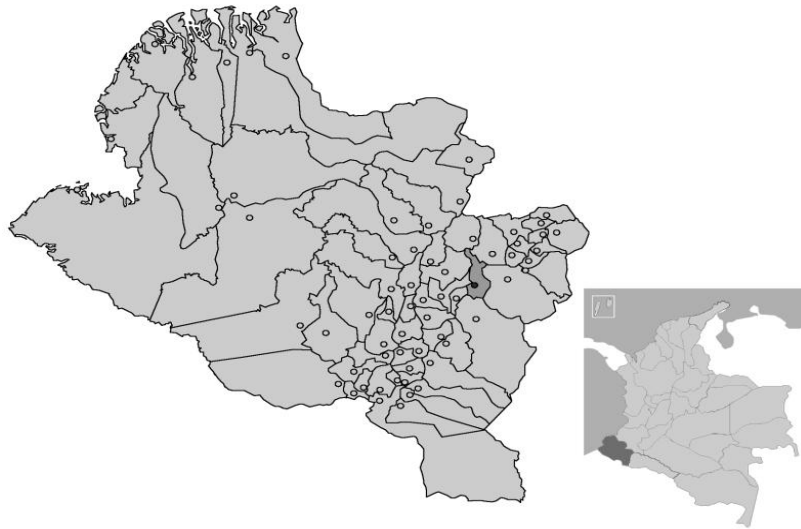


Figura1. Mapa de Colombia, Con ubicación del departamento de Nariño.

Fuente. [www.chchagui-narino.gov.co](http://www.chchagui-narino.gov.co)

Nariño se compone de 64 municipios, entre los cuales se encuentra Chachagüí; ubicado entre las coordenadas 1°21'36.72" Norte, 77°17'03.01" Oeste, tiene una altura promedio de 1.950 m.s.n.m., una temperatura media de 20 grados centígrados. La cabecera está localizada a una distancia de 28 kilómetros de la ciudad de San Juan de Pasto. Tiene una extensión de 152 km<sup>2</sup> y está conformado por la cabecera municipal y 6 corregimientos (Figura 2). Limita al norte con los municipios de Taminango y San Lorenzo, por el sur con el municipio de Pasto, por el oriente con el municipio de Buesaco y al occidente con los municipios del Tambo y la Florida. (26)



Figura 2. Mapa del municipio de Chachagüí.

Fuente: [www.eschachagui.gov.com](http://www.eschachagui.gov.com)

Por el municipio de Chachagüí atraviesa la carretera Panamericana donde se encuentra ubicado el Centro de salud “Nuestra Señora de Fátima” localizado en la cabecera municipal sobre la carrera 9 no 2-40 barrio Panamericano. (Figura 3) El Centro de Salud Señora de Fátima” E.S.E del Municipio de Chachagüí es una entidad pública, descentralizada, del orden municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Se crea mediante Acuerdo Numero

010 de mayo de 2006, emanado por el Concejo Municipal de Chachagüí; es una entidad encargada de satisfacer las necesidades de salud de los diferentes sectores de la población, brindando servicios de salud de primer nivel de atención, enmarcada en los principios de eficiencia, eficacia, calidez y desarrollo humano, con énfasis en la rentabilidad social y económica, dotada de autonomía administrativa y financiera necesarias para mantenerse en condición de equilibrio, garantizando la supervivencia y la realización de sus aspiraciones; haciendo énfasis en la promoción de condiciones y estilos de vida saludables y la prevención de los principales factores de riesgo para la salud, encaminados al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del Municipio de Chachagüí.

(27)

El centro de salud Nuestra Señora de Fátima cuenta con muchos servicios de atención entre ellos las actividades de promoción y prevención, consulta médica de planificación familiar y alteraciones en el embarazo.



Figura 3. Centro de salud nuestra señora de Fátima.

Fuente [www.eschachagui.gov.com](http://www.eschachagui.gov.com)

## **3.2 MARCO TEÓRICO**

### **3.2.1 Definición de violencia**

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones <sup>(1, 29)</sup>

Según la organización de las naciones unidas la violencia domestica se define como la agresión o maltrato en la relación de pareja y dentro del núcleo familiar que se expresa en forma física, verbal, psicológica, sexual y mixta <sup>(29)</sup>.

Se puede definir violencia domestica como todo acto cometido por algún integrante de su familia, que perjudique su vida su cuerpo su integridad psicológica y su libertad <sup>(35)</sup>.

### **3.2.2 Tipos de violencia y su clasificación.**

Partiendo de la definición de la ONU, "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada" <sup>(35)</sup>. Existe coincidencia en la mayoría de la literatura sobre el tema en señalar que la violencia contra las mujeres adopta tres formas principales violencia física, psicológica y sexual.

**3.2.2.1. Violencia física:** Toda acción realizada voluntariamente que provoque o pueda provocar daños o lesiones físicas en las mujeres que la padecen. Incluye el uso de la fuerza física o de objetos para atentar contra su integridad física y/o su vida (empujones, tirones de pelo, bofetadas, golpes, patadas, pellizcos, mordiscos, mutilación genital, tortura, asesinato) (17, 28,39)

**3.2.2.2. Violencia sexual:** Cualquier atentado contra la libertad sexual de la mujer por el que se la obliga contra su voluntad a soportar actos de naturaleza sexual o a realizarlos, prevaleciendo de una situación de poder, empleando engaños, coacciones, amenazas o el uso de la fuerza(1,39). Incluye cualquier acto o expresión sexual realizado contra su voluntad que atente contra su integridad física o afectiva como bromas, expresiones groseras, comentarios desagradables, llamadas telefónicas obscenas, propuestas sexuales indeseables, forzarla a ver pornografía, cualquier acto o relación sexual no consentida por la mujer (acoso, violación incesto), cualquier relación o acto sexual que la mujer considere humillante o doloroso o la obligación de prostituirse. (17, 28)

**3.2.2.3 Violencia psicológica:** Acción, normalmente de carácter verbal o económico, que provoca o puede provocar daño psicológico en las mujeres actuando sobre su capacidad de decisión. Incluye el empleo de mecanismos de control y comunicación que atentan contra su integridad psicológica, su bienestar, su autoestima o su consideración, tanto pública como privada, ante las demás personas (17) , como podrían ser: denigrarla; despreciar lo que hace; hacer que se sienta culpable; tratarla como si fuera una esclava; hacer comentarios desatentos sobre su físico; humillarla en público o en privado; crearle una mala reputación; obligarla a rendir cuentas sobre sus relaciones o contactos con otras personas; obligarla a romper sus amistades; prohibirle hablar con personas del otro sexo; mostrar celos de las amistades de ella; limitar su espacio vital o no respetarlo; bromas y chistes machistas o de contenido denigrante; infravaloración de sus

aportaciones o ejecuciones; insultos públicos o privados; las amenazas y la intimidación; el chantaje emocional; las amenazas de suicidio de la pareja si manifiesta su deseo de separarse (36, 37).

### **3.2.3 Violencia contra la mujer**

Todos aquellos actos que ponen en peligro la vida, el cuerpo, la integridad personal y/o la libertad de las mujeres, y que se producen y sirven tanto por sus intenciones como por sus efectos para manifestar el poder y el control masculino (38). Debido a que el factor de riesgo en esta forma de violencia lo constituye la pertenencia al género femenino y a que es perpetrada por el género masculino en los ámbitos privado y público, se le denomina también *violencia de género* (39).

La violencia contra las mujeres es un tema complejo. No sólo por sus múltiples expresiones –desde formas sutiles del lenguaje hasta el asesinato y la sistemática represión estatal, como en el caso de Afganistán bajo el gobierno de los talibanes–, sino también porque cada una de ellas posee diferentes grados de significación personal y cultural (22). Por otra parte, al ser un fenómeno reciente en su análisis, no así en su existencia, requiere de los aportes de varias disciplinas científicas para su mejor comprensión (psicología, derecho, sociología, antropología); afecta al funcionamiento de diversas instituciones sociales (familia, legislación, sistema educativo, sistema de salud); cuestiona arraigadas creencias y tradiciones sobre los roles femeninos y masculinos y representa la forma más cruel de dominio de los hombres sobre las mujeres (38)(39).

### **3.2.4 Violencia contra las mujeres gestantes**

Poco a poco la violencia doméstica está siendo considerada como una de las amenazas más serias a la salud de la mujer. Sin embargo, todavía hay que

dividir la totalidad de mujeres afectadas por la violencia en grupos más pequeños para entender la multiplicidad de las causas que la ocasionan. Las mujeres embarazadas víctimas de la violencia constituyen un grupo importante dentro de este tema.

Como definición encontramos “Violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada” (32). Una encuesta de hogares mostró que hay una probabilidad del 60,6% que una mujer embarazada sea agredida que una mujer que no lo está. Se cita a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que a la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria (30).

Lamentablemente, una mujer embarazada tiene más probabilidades de ser víctima de un homicidio que de morir de cualquier otra causa y los homicidios y otros delitos violentos son la principal causa de muerte en mujeres en edad reproductiva. Por otra parte, un caso tras otro ha demostrado que los maridos o novios son a menudo los perpetradores de la violencia asociada con el embarazo y que esta violencia es a menudo dirigida al feto o la intención de finalizar o poner en peligro el embarazo (31).

El porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados. La cifra más baja se registró en Japón (1%) y la más alta en el entorno provincial de Perú (28%). Entre el 25% y el 50% de las mujeres que habían sufrido maltrato físico durante el embarazo había recibido patadas y puñetazos en el abdomen. En todos los entornos estudiados, salvo en uno, entre el 11% y el 44% de las mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia declaró haberlo sido durante el embarazo, con la excepción de Japón, donde la cifra se situó en el 8%. En todos

los entornos, más del 90% de las mujeres había sido víctima de violencia infligida por el padre biológico del hijo en gestación. En casi todos los casos, el padre biológico vivía con la mujer en el momento de la agresión (33).

Aunque la mayoría de las mujeres que habían sido golpeadas durante el embarazo había sido víctima de violencia física anteriormente, entre el 13% (Etiopía) y aproximadamente el 50% (el entorno urbano de Brasil y Serbia y Montenegro) afirmó haber sido golpeada por primera vez durante el embarazo (33).

La mayoría de las mujeres que habían sido víctimas de violencia antes y durante el embarazo en todos los entornos declararon que, en el último embarazo durante el cual sufrieron malos tratos, el grado de violencia fue igual, menor o menos frecuente que antes del embarazo. Los resultados confirman las conclusiones obtenidas tanto en los países en desarrollo como en los industrializados de que el embarazo constituye con frecuencia un estado que protege contra la violencia, aunque esta conclusión no se aplica a todas las culturas (34).

### **3.2.5 Violencia de pareja**

Una de las formas más comunes de violencia contra la mujer es la infligida por su marido o pareja masculina. Esto contrasta sobremanera con la situación de los hombres, mucho más expuestos a sufrir agresiones de extraños o de conocidos que de personas de su círculo íntimo (28). Violencia infligida por la pareja es todo comportamiento que, en una relación de pareja, causa daño físico, sexual o psicológico, incluidos los actos de agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y los comportamientos dominantes. Esta definición abarca la violencia infligida por los cónyuges y los compañeros actuales y anteriores (29, 39).

Este comportamiento incluye:

- Agresiones físicas: por ejemplo, abofetear, golpear con los puños, patear.
- Maltrato psíquico: por ejemplo, mediante intimidación, denigración y humillación constantes.
- Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual.
- Diversos comportamientos dominantes: por ejemplo, aislar a una persona de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia.

En Monterrey (México), 52% de las mujeres agredidas físicamente también habían sido maltratadas sexualmente por su pareja. Sobre la dinámica de la violencia en la pareja, parecería haber al menos dos modalidades:

- Modalidad grave (llamado maltrato físico) se caracteriza diversas formas de maltrato, amedrentamiento y amenazas, aunadas a una conducta posesiva y un comportamiento dominante por parte del agresor.
- Forma moderada de violencia (denominada violencia común de pareja) en las relaciones íntimas, en que la frustración y la ira continuas ocasionalmente estallan en forma de agresión física.

En este trabajo se empleara sin distinción los términos violencia y maltrato definidos como cualquier comportamiento de una persona (familiar o no familiar) que tiene la intención de causar o causa directamente un daño físico y/o emocional a la mujer

### 3.5 MARCO CONCEPTUAL.

**PREVALENCIA:** Corresponde al número de casos existentes de una enfermedad o condición en una población determinada. Es por tanto una medición puntual en el tiempo, que en el eje temporal se corresponde con una medición transversal <sup>(40)</sup>. La prevalencia puntual representa la medición en un momento definido (una instantánea del problema) y la prevalencia lápsica o de periodo, que recoge los casos detectados en un periodo más extendido de tiempo. Si ese periodo corresponde a la vida completa, la prevalencia calculada es la llamada prevalencia de vida. En estos tres casos no se hace distinción acerca de si los casos corresponden a casos nuevos o caso preexistentes al momento de la evaluación <sup>(41)</sup>.

Esta medida de frecuencia suele utilizarse en la determinación de enfermedades crónicas, caracterizadas por su prolongada duración. Su expresión requiere precisar adecuadamente el lugar, el periodo de observación y su correspondiente amplificador si fuera el caso. En estricto rigor, la prevalencia es una proporción y no una tasa, al no estar incorporada en ella el concepto de cambio por unidad de tiempo. La prevalencia no aspira a representar la dinámica de aparición de un problema de salud, dado que en el denominador no está incorporado el intervalo de tiempo (inicio y término) en el cual aparecen los casos detectados. En estricto rigor, sólo da cuenta de la proporción de una población o muestra poblacional afectada por un problema de salud. <sup>(40,41)</sup>

**MALTRATO:** Es una agresión intencional e indebida que acarrea un daño. Una agresión se convierte en maltrato en el momento en que aparece en una relación en la que los participantes se deben cuidado y protección. Entonces decimos que ha habido un trato indebido. Y es intencional, porque no es algo que ocurra de manera accidental. <sup>(42)</sup>

**VIOLENCIA:** 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 definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca igualmente innumerables consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. (30)

**VIOLENCIA DOMESTICA:** Hace alusión al contexto donde se producen las agresiones. Este contexto es el propio hogar, un lugar que se define como seguro. Así, violencia doméstica hace referencia a las agresiones que se producen en contextos considerados seguros, como son los lugares o las relaciones en las que esperamos encontrarnos a salvo: las relaciones de pareja. (42)

**VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO:** Esta situación es un patrón de coacción y control, que incluye la agresión física, sexual, emocional o combinación de ellos y amenazas contra una mujer, por su pareja o ex –pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo. (15)

**EMBARAZO:** Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la

duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario)  
(43,44)

**CONTROL PRENATAL:** cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto. Esta actividad debe ser una responsabilidad de carácter institucional, a través de un grupo pequeño y estable de profesionales de la salud, adecuadamente capacitado, que le preste una atención directa a la gestante; que permita integrar la atención brindada antes del embarazo con la actual, durante la gestación, y luego con el parto y el posparto. (45)

### **3.4. MARCO LEGAL**

A continuación se registran los principales antecedentes legales contemplados en la Constitución Política de Colombia de 1991, la ley 100 de 1993, la Resolución 412 de 2000 y Ley 1257 de 2008.

#### **Constitución Política de Colombia de 1991**

Donde según el artículo 48 toda persona tiene derecho a la seguridad social ya que es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. El estado se encarga de la atención de la salud y el saneamiento ambiental, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Por ende también, está encargado de establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades

privadas, y de ejercer su vigilancia y control lo cual se legaliza según el artículo 49 (46).

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley, así lo refiere el artículo 42 de la presente constitución (46).

### **Resolución numero 412 DE 2000 (Febrero 25) Ministerio de Salud**

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la constitución política de Colombia, donde dice que toda persona tiene derecho a la seguridad social, como un servicio público obligatorio, la resolución 412 de 2000 establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, donde se incluye la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo (47).

#### **CAPÍTULO II. Artículo 9. Para le Detección temprana.**

Adoptan las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación:

- a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)
- b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo**
- d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)
- e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- f. Detección temprana del cáncer de seno
- g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

## **PARAGRAFO**

Los contenidos de las normas técnicas de detección temprana serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país y el desarrollo científico y la normatividad vigente (2).

## **Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo.**

El objetivo de la norma técnica es identificar e intervenir tempranamente a la mujer y su familia, los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, mediante el control prenatal, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo <sup>(48)</sup>. Es por esto que el control prenatal es considerado como un medio para realizar el enfoque de riesgo de las mujeres gestantes, basado en el riesgo bio-psicosocial que incluye la violencia intrafamiliar <sup>(48)</sup>.

De acuerdo a lo anterior, el fin de la guía técnica, es lograr la reducción de la mortalidad materna y perinatal, haciendo necesario el establecimiento de

parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal; este objetivo está apoyado por la Política nacional de salud sexual y reproductiva (2003-2007) y el Plan de acción aprobado por la Asamblea General de la ONU de 2002 sobre Niñez y Adolescencia, suscrito por Colombia, los cuales buscan reducir la mortalidad materna en 50% en este período y 75% para el año 2015; y buscan también aumentar la cobertura y calidad del parto institucional en 95%, además de fortalecer la vigilancia y prevención de la mortalidad materna y perinatal en el país <sup>(48)</sup>.

La primera consulta prenatal deberá ser realizada por un médico y tiene por objeto evaluar el estado de salud de la gestante, identificar sus factores de riesgo bio-psicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación, y establecer un plan de acción para su intervención integral; así como educar a la mujer, compañero o familia, al respecto <sup>(48)</sup>.

**La elaboración de la historia clínica e identificación del perfil de riesgo incluye:**

- **Identificación de la gestante:** nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbano, rural), dirección y teléfono
- **Anamnesis**
- **Antecedentes personales.**
- **Hábitos.**
- **Valoración de condiciones sicosociales:** tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, **violencia doméstica**, embarazo deseado o programado.
- **Antecedentes obstétricos y ginecológicos.**

- **Antecedentes laborales**

## **LEY 204 DE 1996**

En cuanto al marco general de la violencia, numerosos estudios han establecido que este hecho violento es más común en la mujer y que la violencia más frecuente, ejercida contra la mujer es la violencia doméstica, la cual es ejercida por algún miembro de la familia en relación de poder (4, 5, 6). En base a esto el **artículo 40**, define que toda persona que dentro de su contexto familiar sea víctima de daño físico, psíquico, o daño a su integridad sexual, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar, podrá pedir, sin perjuicio de las denuncias penales a que hubiere lugar, al comisario de familia del lugar donde ocurrieren los hechos y a falta de este, al Juez Civil Municipal o Promiscuo Municipal, una medida de protección inmediata que ponga fin a la violencia, maltrato o agresión o evite que esta se realice cuando fuere inminente (49). Esta ley incluye, la política de protección de la familia que mediante el Artículo 28 brinda el poder al Instituto Colombiano de Bienestar para diseñar políticas, planes y programas para prevenir y erradicar la violencia intrafamiliar (49).

## **LEY 1257 DE 2008.**

Según el Artículo 2o. de la ley 1257, se define violencia contra la mujer: como cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado (50, 51).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar la prevalencia de la violencia domestica y sus tipos en las gestantes que asisten al programa de control prenatal del Centro de Salud “Nuestra Señora de Fátima” en el año 2013.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Establecer la prevalencia de violencia domestica en la población estudio.
- ✓ Determinar el tipo de violencia domestica que sufren las gestantes.
- ✓ Identificar las características socio-demográficas de la población estudio.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. ENFOQUE**

La investigación responde a un enfoque de tipo Cuantitativo ya que las variables analizadas en la muestra, generan valores numéricos susceptibles de ser analizados con el fin de lograr la generalización y objetivación de los resultados, haciendo posible su inferencia a la población.

### **5.2. TIPO DE ESTUDIO**

La investigación corresponde a un tipo de estudio Observacional Descriptivo debido a que tiene un carácter estadístico y demográfico, y sus investigadores no realizan intervención alguna en el, ya que solo se limitan a hacer una medición de las variables de estudio. Permite describir detalladamente las características del fenómeno a estudio, en base a las variables definidas, analizando tendencias en la población a estudio y brindando una imagen objetiva de la realidad.

Además es un estudio de corte Transversal ya que se realiza tomando información de la población, en un punto determinado en el tiempo y a la vez permite medir la prevalencia de exposición y su magnitud en dicha población.

### **5.3 POBLACIÓN**

Dado que las mujeres gestantes cubiertas por el sistema de seguridad social que asisten al programa de control prenatal del Centro de salud “Nuestra Señora

de Fátima” durante el primer periodo del año 2013, y que cumplen con los criterios de inclusión, son menos de 100, se trabajó con el universo.

## **5.4 CRITERIOS DE SELECCION**

### **5.4.1 Criterios de inclusión**

- Mujeres gestantes afiliadas en el Sistema de Seguridad Social Subsidiado y Contributivo procedentes de la cabecera municipal de Chachagüi.
- Mujeres gestantes que asisten al Programa de control prenatal del Centro de salud “Nuestra Señora de Fátima” durante el trabajo de campo

### **5.4.2 Criterios de exclusión**

- Gestante que no firman el consentimiento informado para participar en la investigación.
- Gestantes que tengan una patología psiquiátrica previamente diagnosticada.

## **5.5 VARIABLES**

### **5.5.1 Variables socio-demográficas**

Incluyen datos de identificación y referencia de la gestante como nombre, edad, lugar de residencia, estado civil, (solteras, casadas, viuda, divorciadas, en

unión libre), número de gestaciones, nivel educativo, (primaria/ secundaria/ técnico/ tecnólogo/ profesional), si trabaja o no, número de controles realizados durante la gestación.

### **5.5.2 Variables psicosociales**

Durante el embarazo ha recibido maltrato, edad gestacional, personas que conforman su grupo familiar, relación con las personas de su núcleo familiar, reacción de su núcleo familiar frente a su gestación, relación y reacción del padre frente a la gestación actual, Sentimientos frente a la gestación actual, si el embarazo fue planeado, durante el embarazo que tipo de maltrato ha recibido, periodicidad del maltrato, y por parte de quien ha recibido maltrato.

## **5.6. FUENTES DE RECOLECCION DE INFORMACION**

### **5.6.1. Fuentes primarias**

Todas las gestantes atendidas en Centro de Salud “Nuestra Señora de Fátima” del municipio de Chachagüí a quienes se les aplicó la encuesta “Violencia doméstica en gestantes”.

### **5.6.2. Fuentes secundarias**

Hoja de registro de las gestantes inscritas en el programa de control prenatal del Centro de Salud “Nuestra Señora de Fátima” del municipio de Chachagüí, durante el primer periodo del año 2013.

## **5.7 TÉCNICAS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

**Encuesta:** este instrumento fue previamente validado por el psicólogo Carlos Obando (Anexo A), el cual tuvo en cuenta las variables socio demográficas y psicosociales, relacionadas con el maltrato, la encuesta consta de preguntas abiertas y cerradas; y se encuentra dividida en tres secciones: datos personales, entorno psicosocial en el que se desarrolla la gestación, si la gestantes es o no víctima de violencia domestica, y que tipo de violencia recibe (si es psicológico, físico o sexual). El cuestionario empleado se basa en el desarrollo de preguntas de selección múltiple con única respuesta (Anexo C). Encuesta Modificada de Dra. Rosmery Vásquez, 2006 (Anexo B). <sup>(52)</sup>

## **5.8 CONTROL DE ERRORES Y SEGOS**

Se encontró que la mayoría de la población, no tiene clara la definición de violencia y/o maltrato ni sus diferentes formas, lo que pudo representar un sesgo, al momento de responder la encuesta; por lo que los sesgos de información se corrigieron mediante una corta explicación a las gestantes de cada una de las secciones que evaluó la encuesta para la recolección de datos, así como información sobre la temática a tratar, haciendo énfasis en la definición de violencia y sus diferentes representaciones.

## **5.9 RECOLECCION DE DATOS**

### **5.9.1 Procedimiento**

De acuerdo con el protocolo, fueron enviadas las cartas de autorización, a la oficina de Gerencia del Centro de Salud “Nuestra Señora de Fátima”, para

poder acceder a la información de registro de las gestantes que asisten al programa de control prenatal de dicha institución. Una vez recibido el consentimiento por parte de los entes competentes, se accedió a las gestantes que cumplían con los criterios de inclusión establecidos, quienes a través del consentimiento informado (Anexo D), dieron su val para la utilización de la información suministrada.

Posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento de investigación (encuesta), previa explicación del tema a estudio, objetivo y consideraciones éticas; mediante la encuesta, se pudo determinar la prevalencia de violencia doméstica, sus tipos y las características socio-demográficas en las gestantes que asisten al programa de control prenatal del centro de salud de Chachagüi.

### **5.9.2 Plan de análisis estadístico**

La información obtenida, se recopiló en una base de datos, a través del programa Microsoft Office Excel 2007 y fue analizada de forma univariada y bivariada, mediante su complemento XI-Stat y Statgraphics, para la generación de gráficas, que permitieron representar mejor la problemática encontrada y las variables asociadas

### **5.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Las participantes se reclutaron a partir de bases de datos suministradas por el área de pre consulta del programa de control prenatal del Centro de salud “Nuestra Señora de Fátima”, durante el primer periodo del año 2013, previa información sobre el objetivo del estudio realizado y con libre decisión de acogencia al mismo.

El estudio no se realizó con ningún fin lucrativo, ni ningún otro, diferente al ámbito académico, por lo que esta investigación no representa ningún riesgo para la población a estudio, ya que no se va a experimentar con ellos, así como tampoco se hará uso de la información personal suministrada, ya que esta es confidencial, y ninguna otra persona tendrá acceso a dicha información.

Además, la investigación se basa en los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, que garantiza que la información recogida durante el trabajo de campo, solo está destinada a servir como referencia de análisis, para las instituciones académicas o de salud pertinentes

## 6. RESULTADOS

### 6.1 ANALISIS UNIVARIADO

Tabla 1. Características socio-demográficas de las mujeres gestantes que asisten al control prenatal

TABLA 1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS MUJERES GESTANTES					
EDAD	16-20	<b>21-25</b>	<b>26-30</b>	31-35	36-40
	11 (20%)	<b>20 (36%)</b>	<b>21 (38%)</b>	0	3 (6%)
ESTADO CIVIL	<b>SOLTERA</b>	CASADA	UNION LIBRE	VIUDA	DIVORCIADA
	<b>25 (45%)</b>	16 (29%)	14 (25%)	0	0
NUMERO DE GESTACIONES	1	2	3	4	5
	<b>25 (45%)</b>	14 (25%)	12 (22%)	3 (6%)	1 (2%)
NIVEL EDUCATIVO	<b>PRIMARIA</b>	<b>SECUNDARIA</b>	TECNICO	TECNOLOGO	PROFESIONAL
	<b>21 (38,2%)</b>	<b>20 (36,4%)</b>	14 (25,4%)	0	0
No DE CONTROLES PRENATALES	0-2	3-5	<b>6-8</b>		
	<b>22 (40%)</b>	12 (22%)	<b>21 (38%)</b>		
SEMANAS DE GESTACION	1-12	13-26	<b>27-40</b>		
	3 (6%)	15 (27%)	<b>37 (67%)</b>		

Fuente: este estudio

En el total de la población sometida a este estudio, las características sociodemográficas que prevalecieron fueron: edad entre los 21 y 30 años, representada con un porcentaje del 74%, estado civil soltero representado por un 46%, y que la mayor parte de la población tenían un nivel educativo básico primaria, representada por un porcentaje del 38,2%.

La presente tabla indica que del total de la población sometida a este estudio, el 45% han tenido una sola gestación, y en menor prevalencia las que han tenido 4 y 5 gestaciones con un porcentaje de 6% y 2% respectivamente; se encontró que la mayoría de gestantes realizaron entre 0 y 2 controles prenatales con mayor prevalencia, representado por un porcentaje del 40%, seguido del intervalo entre los seis y ocho controles prenatales con un porcentaje de 38%.

En la población estudio las semanas de gestación, con mayor prevalencia fueron las comprendidas entre las 27 a 40 semanas correspondientes al tercer trimestre del embarazo representado con un porcentaje del 67%.

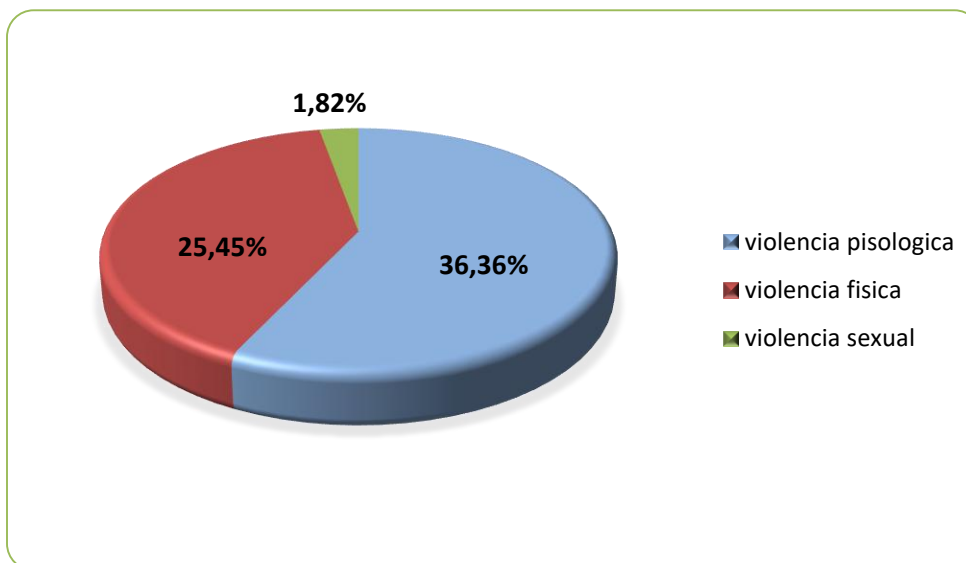
**Tabla 2. Características psicosociales de las mujeres gestantes que asisten al control prenatal**

TABLA 2. VARIABLES PSICOSOCIALES DE LAS MUJERES GESTANTES					
<b>RELACION CON EL PADRE</b>	BUENA	REGULAR	MALA		
	<b>35 (64%)</b>	6 (11%)	11 (20%)		
<b>REACCION DEL PADRE</b>	<b>APOYO</b>	RECHAZO	INDIFERENCIA		
	<b>38 (69%)</b>	11 (20%)	6 (11%)		
<b>SENTIMIENTOS FRENTE A LA GESTACION</b>	<b>ALEGRIA</b>	DECEPCION	<b>TEMOR</b>	<b>TRISTEZA</b>	VERGUENZA
	<b>18 (32,7%)</b>	3 (5,45%)	<b>16 (29,1%)</b>	<b>15 (27,2%)</b>	3 (5,45%)
<b>EMBARAZO PLANEADO</b>	<b>SI</b>	NO			
	12 (21,8%)	43 (78,2%)			

**Fuente:** este estudio

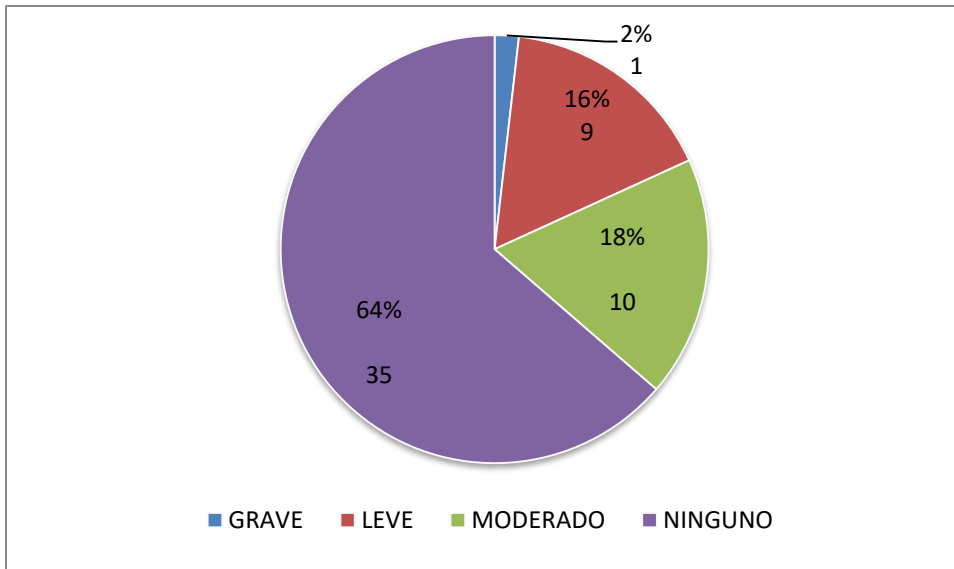
Del total de la población sometida a este estudio, se encontró que el 64% de las gestantes consideran tener una buena relación con el padre de la gestación actual; se estableció que la reacción más común frente a la gestación por parte del padre fue apoyo a la gestante con un porcentaje de 69%; dentro de la población los sentimientos más comunes frente a la gestación actual, fueron la alegría y el temor, con un porcentaje de 32,7% y 29,1% respectivamente, contra un 27,2% referido como tristeza y que en el 78,1% de la población encuestada el embarazo no fue planeado.

**Grafica 1. Tipo de violencia**



Esta grafica permite establecer que el tipo de violencia con mayor prevalencia es el maltrato psicológico con un porcentaje del 36,36%, seguido de la violencia física con un porcentaje de 25,45% y en menor prevalencia la violencia sexual con 1,82%.

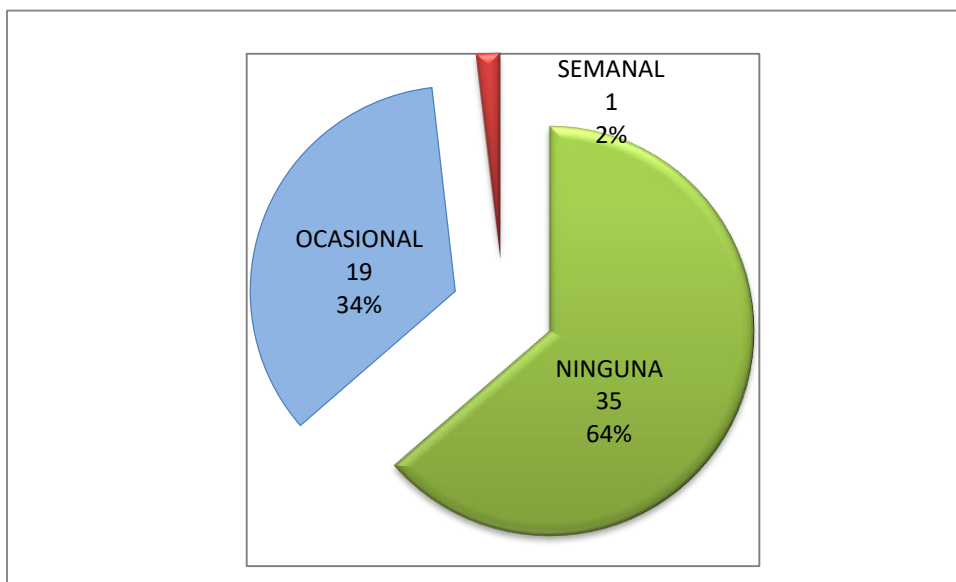
**Grafica 2. Tipo de maltrato psicológico**



Fuente: este estudio

Del total de la población sometida a este estudio, se encontró que el 64% de las gestantes no sufren ningún tipo de maltrato psicológico, y que de las gestantes maltratadas psicológicamente, aproximadamente el 34% sufre maltrato entre leve y moderado y el 2% restante sufre maltrato psicológico grave.

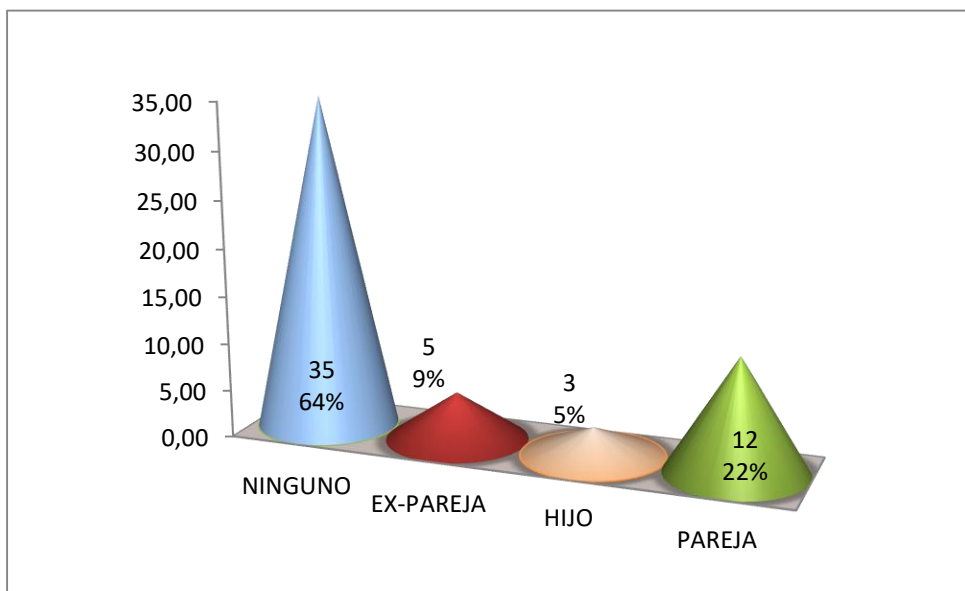
**Grafica 3. Periodicidad de maltrato psicológico**



Fuente: este estudio

Según esta grafica del total de la población maltratada psicológicamente, el 34% de las gestantes reciben maltrato ocasionalmente y el 2% de la población reciben este tipo de maltrato de forma semanal.

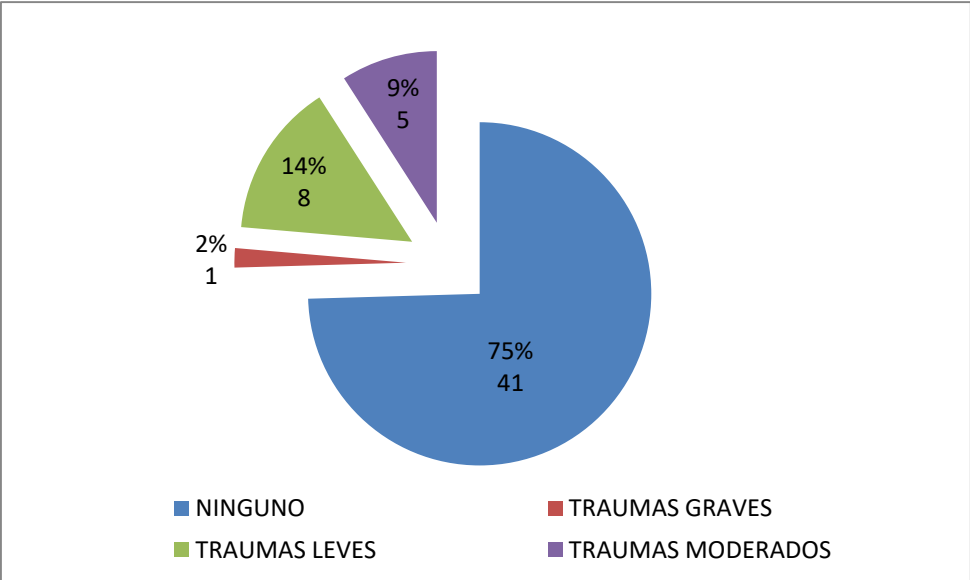
**Grafica 4. Quien la ha maltratado psicológicamente?**



Fuente: este estudio

Según esta grafica, en el total de la población maltratada psicológicamente, el mayor porcentaje de maltrato es perpetuado por la pareja con un 22% y en menor porcentaje por el hijo lo que corresponde al 5%.

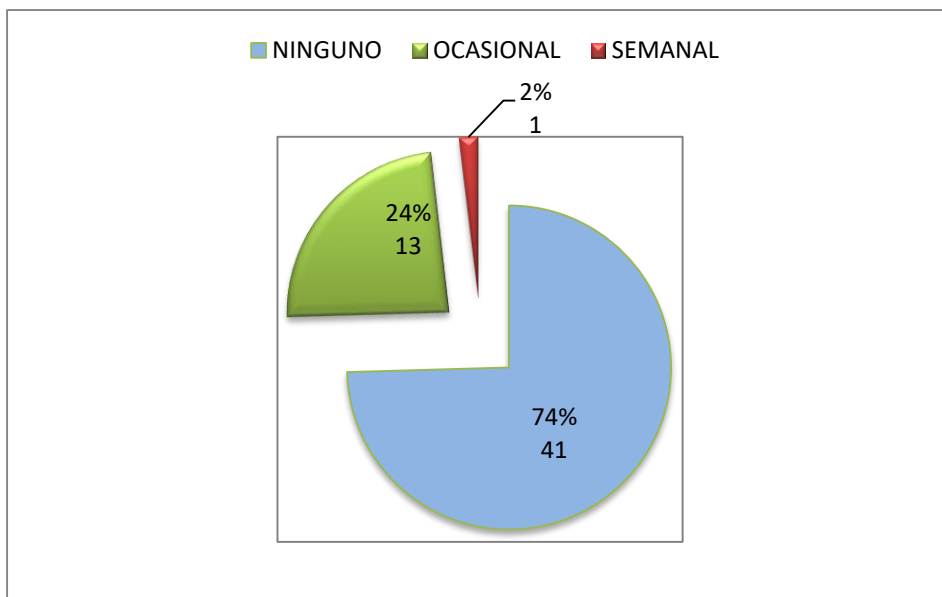
**Grafica 5. Tipo de maltrato físico**



Fuente: este estudio

La presente grafica permite determinar, que del total de las gestantes encuestadas, el 75% no recibe ningún tipo de maltrato físico, y que del 25% restante, el 14% han recibido traumas leves, el 9% traumas moderados y el 2% traumas graves.

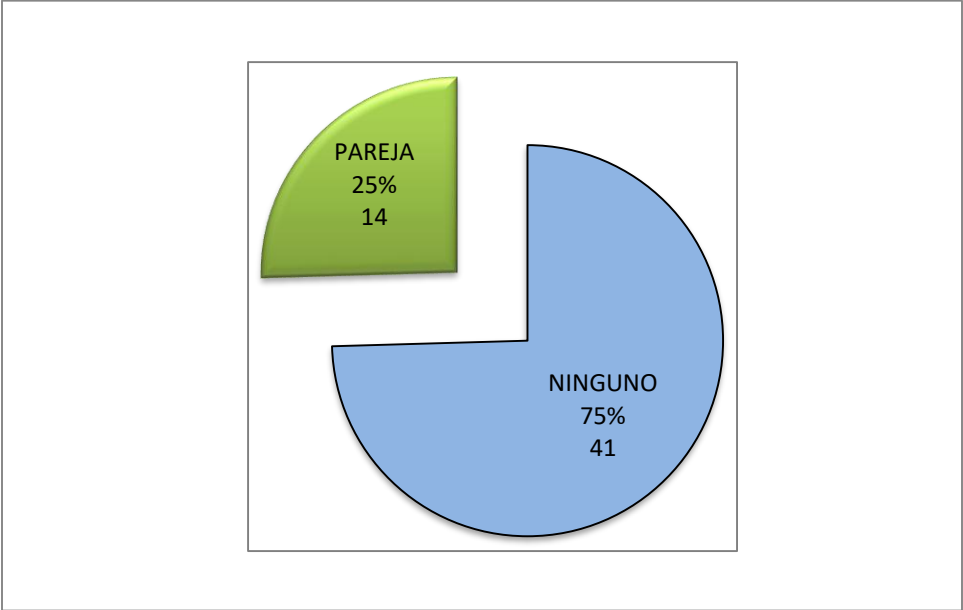
**Grafica 6. Periodicidad del maltrato físico**



Fuente: este estudio

Según el estudio realizado, del total de gestantes que han recibido maltrato físico, el 24% de ellas, reciben este tipo de maltrato de forma ocasional y el 2% lo reciben semanalmente.

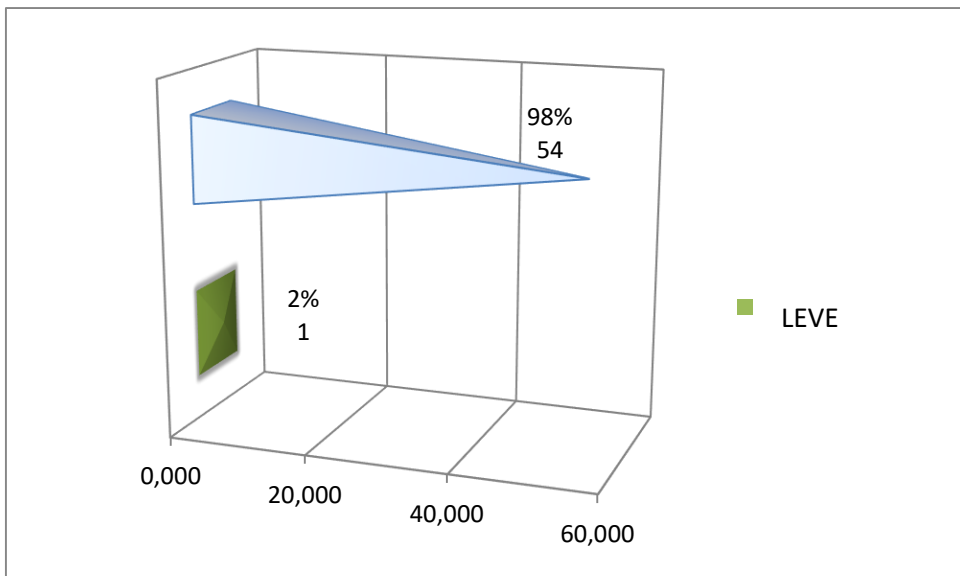
**Gráfica 7. Quien la ha maltratado físicamente?**



Fuente: este estudio

Según la presente gráfica, encontramos que en el total de la población maltratada físicamente, quien lleva a cabo el mayor porcentaje de agresiones es la pareja, representado con un 25%.

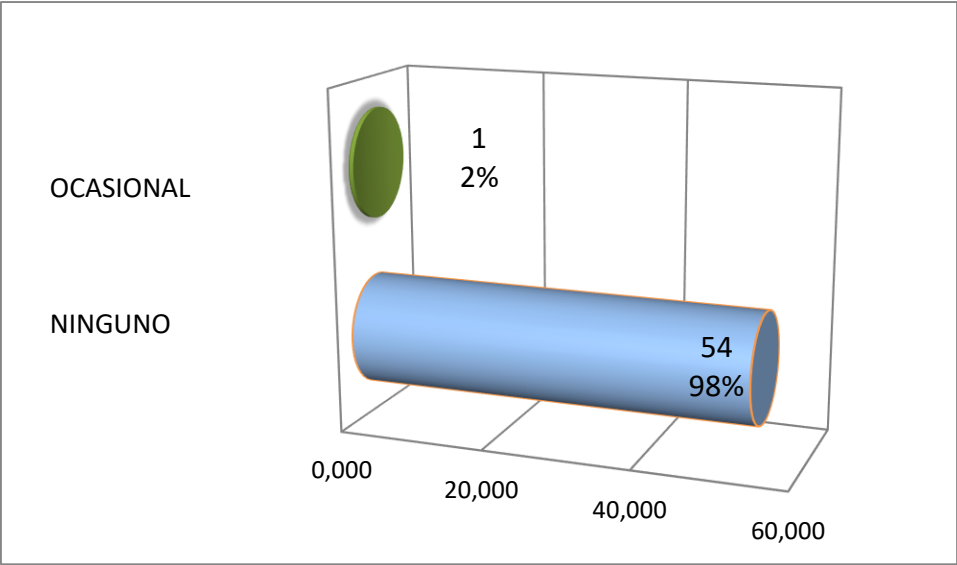
**Grafica 8. Tipo de maltrato sexual**



Fuente: este estudio

De acuerdo al estudio realizado, la presente grafica permite determinar el porcentaje de la población sometida a maltrato sexual leve, corresponde al 2% del total de las mujeres encuestadas.

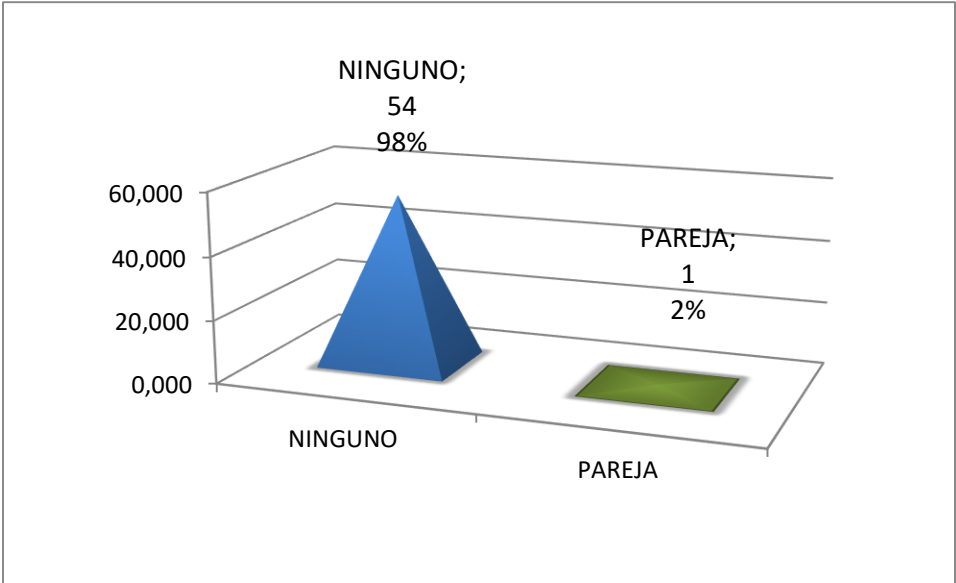
**Grafica 9. Periodicidad del maltrato sexual**



Fuente: este estudio

De acuerdo a la presente gráfica, encontramos que del total de la población que sufre maltrato sexual, el 2% de las gestantes, recibe este tipo de maltrato, de forma ocasional.

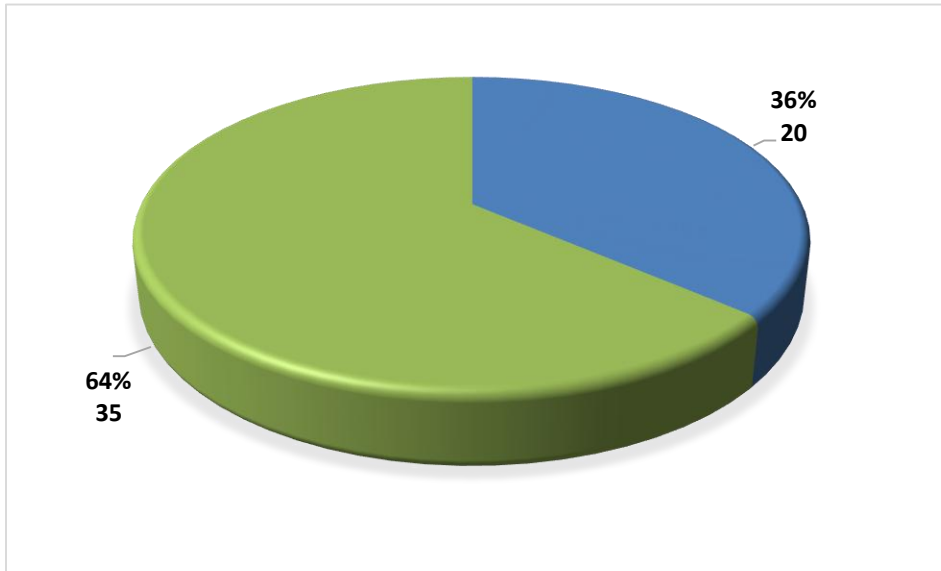
**Grafica 10. Quien la ha maltratado sexualmente?**



Fuente: este estudio

Según la encuesta realizada, el total de la población maltratada sexualmente, recibe este tipo de maltrato por parte de su pareja lo que corresponde al 2%.

**Grafica 11. Ha recibido maltrato**

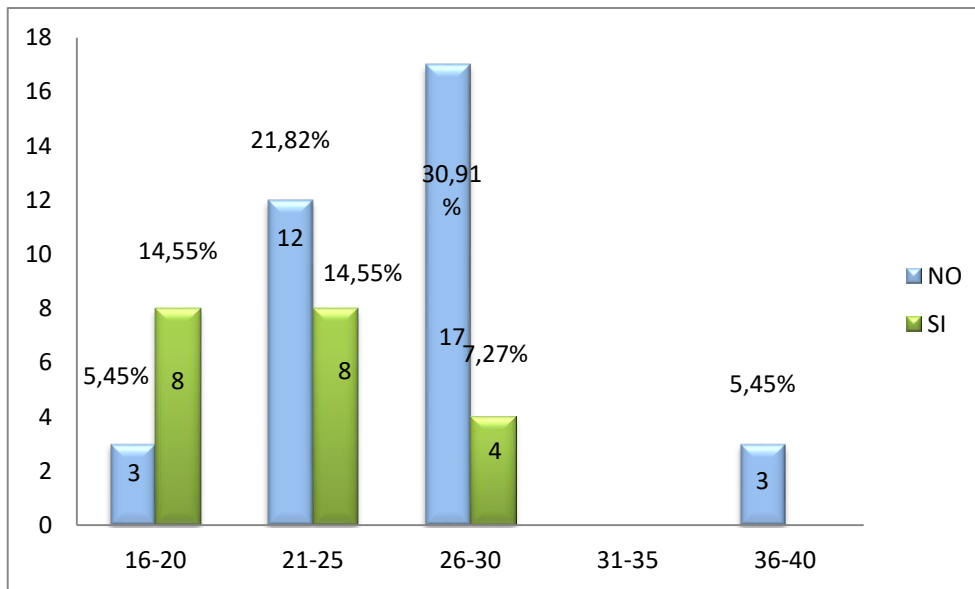


Fuente: este estudio

Del total de la población sometida a este estudio, se encontró que las gestantes que han recibido maltrato tienen una prevalencia del 36% y las que no sufrieron ningún tipo de violencia tienen una mayor prevalencia representada con un 64%.

## 6.2. ANALISIS BIVARIADO

**Grafica 12. Ha recibido maltrato vs edad**

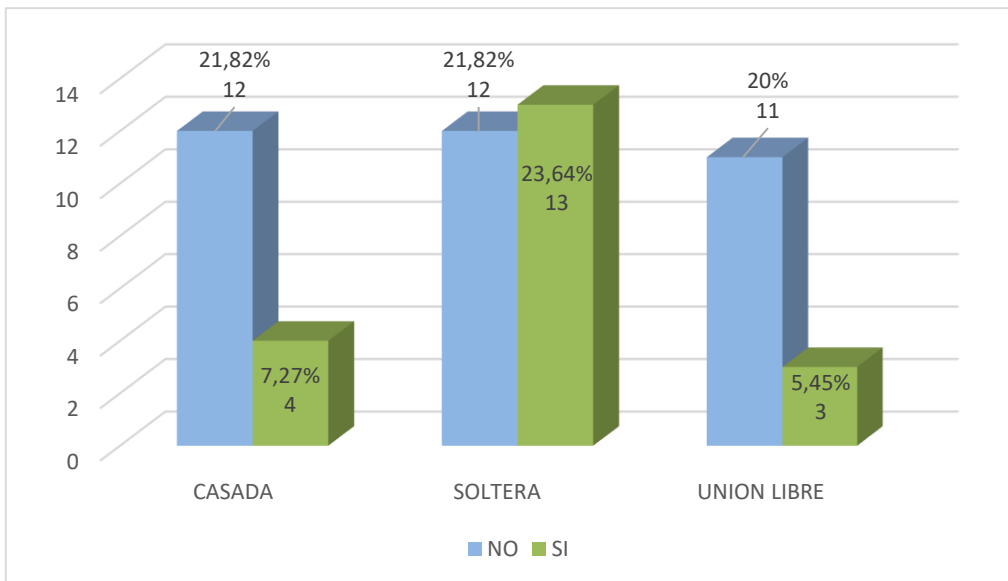


Fuente: este estudio

Dentro de las mujeres encuestadas que han recibido maltrato, las edades con mayor frecuencia se encuentran entre los intervalos 16 a 20 años y los 21 a 25 años con 14,55% para cada rango. En menor prevalencia se encuentran las mujeres con edades entre los 31 y 35 años donde no se reporta ningún caso. Esto es posible deducirlo pues el grado de asociación entre estas variables es estadísticamente significativo.

	Estadístico	Gl	Valor-P
<b>Prueba Chi-Cuadrada</b>	35,554	10	0,0001

**Grafica 13. Ha recibido maltrato vs estado civil**



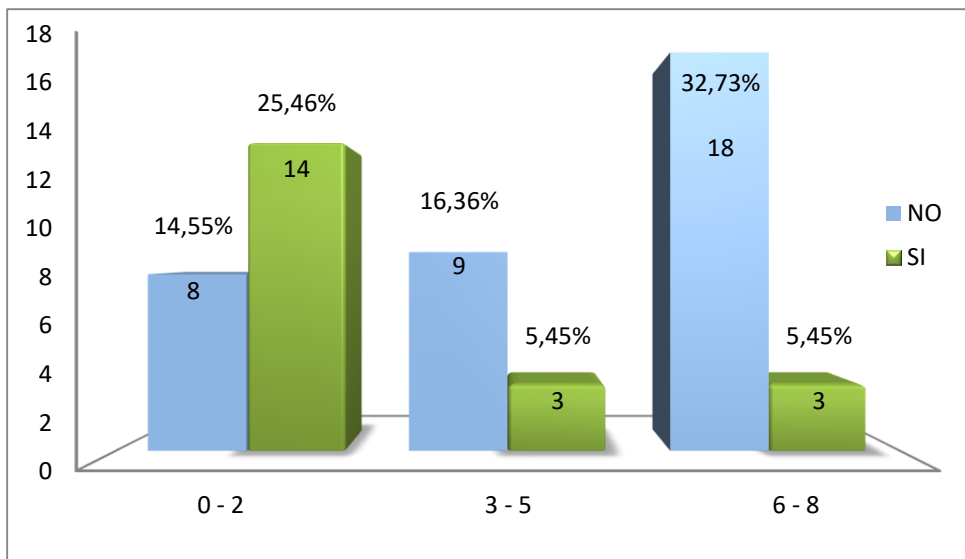
Fuente:

este estudio

En el total de las mujeres gestantes que recibieron maltrato, el estado civil que prevaleció fue el de soltera representado por un 23,64%. Esto es posible deducirlo pues el grado de asociación entre estas variables es estadísticamente significativo.

Prueba Chi-Cuadrada	Estadístico	Gl	Valor-P
	4,884	2	0,000

**Grafica 14. Ha recibido maltrato vs controles prenatales**

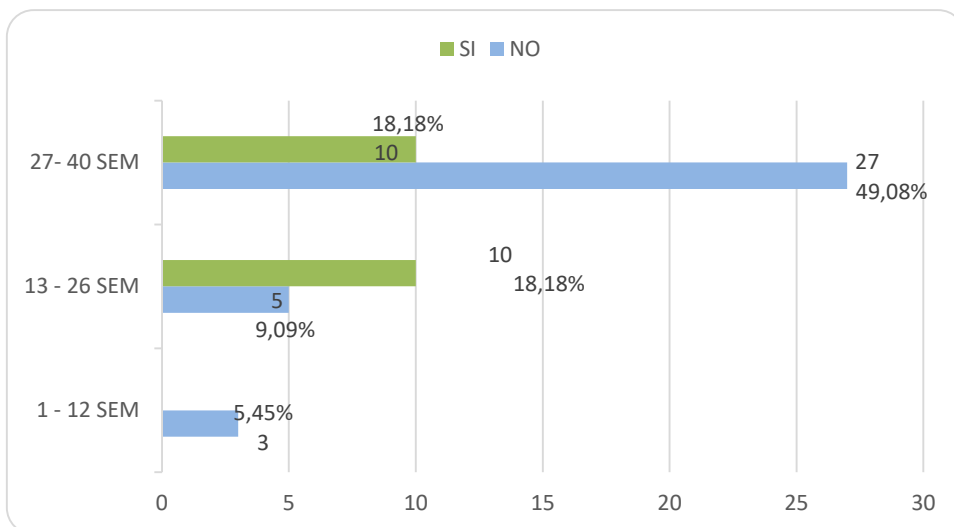


Fuente: este estudio

De acuerdo al número de controles prenatales, en el primer intervalo se afirma que la gestante que no ha tenido ningún o hasta 2 controles prenatales sufre maltrato en mayor prevalencia representado por un 25,46%. Esto es posible deducirlo pues el grado de asociación entre estas variables es estadísticamente significativo.

Prueba	Estadístico	GI	Valor-P
Chi-Cuadrada	51,759	8	0,0000

**Grafica15. Ha recibido maltrato vs semanas de gestación**

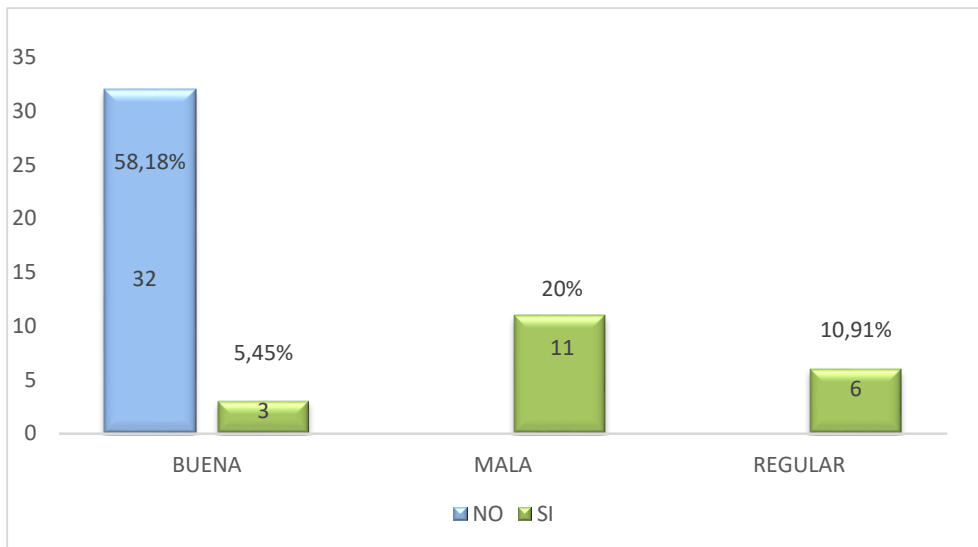


Fuente: este estudio

Respecto a las semanas de gestación se encuentra que el maltrato se presenta con mayor frecuencia entre las 13 y 40 semanas de gestación lo que corresponde al segundo y tercer trimestre con un porcentaje del 18,18% para cada uno. Esto es posible deducirlo pues el grado de asociación entre estas variables es estadísticamente significativo.

Prueba Chi-Cuadrada	Estadístico	Gl	Valor-P
	43,116	10	0,0000

**Grafica16. Ha recibido maltrato vs relación con el padre**

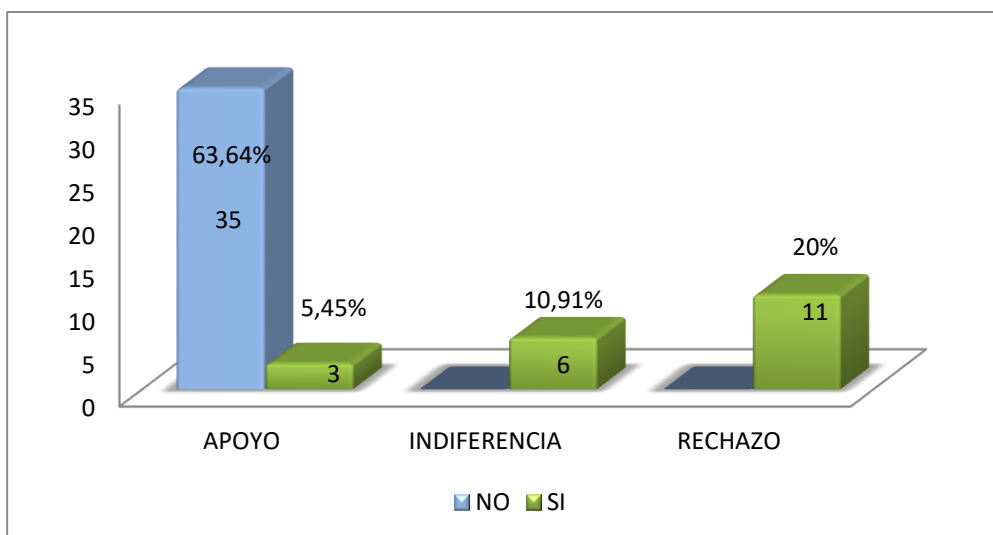


Fuente: este estudio

Dentro de las gestantes que sufren maltrato, existe mayor prevalencia en las que expresan tener una mala relación con el padre de la gestación actual en un 20%. Esto es posible deducirlo pues el grado de asociación entre estas variables es estadísticamente significativo.

Prueba	Estadístico	GI	Valor-P
Chi-Cuadrada	43,147	3	0,0000

**Grafica17. Ha recibido maltrato vs reacción del padre de la gestación.**

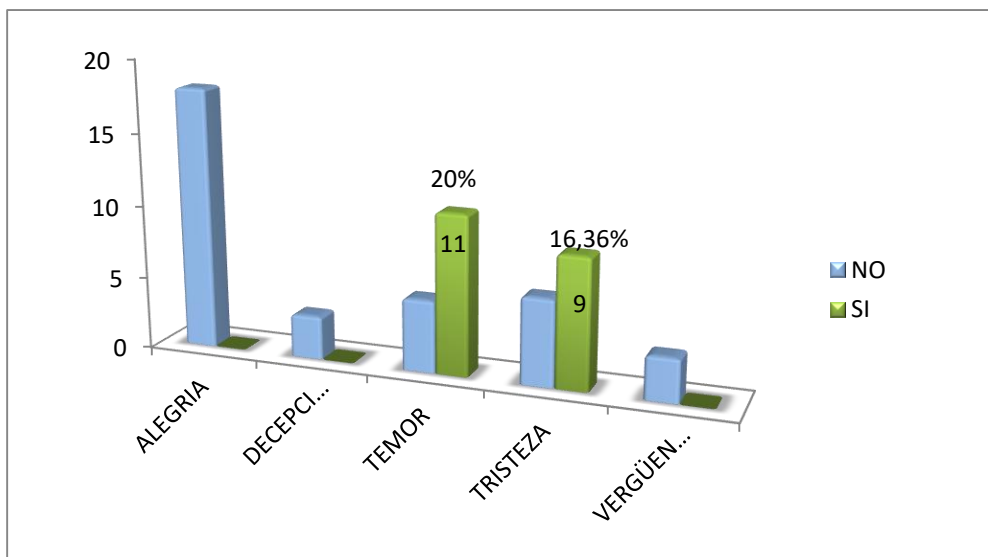


Fuente: este estudio

Respecto a la reacción del padre frente a la gestación se encuentra que las mujeres más maltratadas son aquellas que consideran recibir rechazo por parte del padre, representado por un 20%; seguido de indiferencia con un 10,91%. Esto es posible deducirlo pues el grado de asociación entre estas variables estadísticamente significativo.

Prueba	Estadístico	Gl	Valor-P
<b>Chi-Cuadrada</b>	34,059	2	0,0000

**Grafica18. Ha recibido maltrato vs sentimientos frente a la gestación**

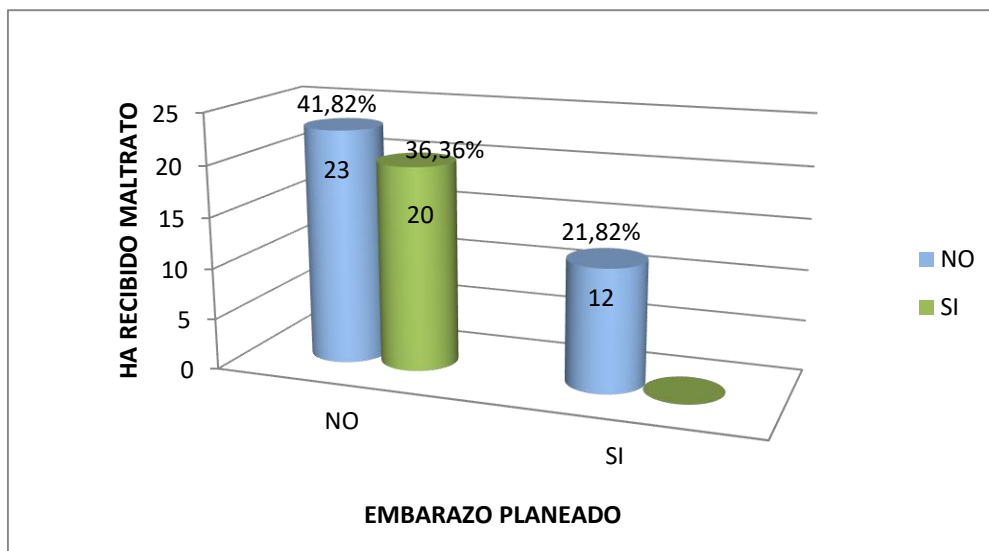


Fuente: este estudio

Respecto a los sentimientos frente a la gestación en las mujeres encuestadas que sufren cualquier tipo de maltrato se encuentra con mayor prevalencia el temor con un 20%, seguido de la tristeza que corresponde al 16,36%. Esto es posible deducirlo pues el grado de asociación entre estas variables es estadísticamente significativo.

Prueba	Estadístico	Gl	Valor-P
<b>Chi-Cuadrada</b>	24,588	4	0,0001

**Grafica19. Ha recibido maltrato vs embarazo planeado**



Fuente: este estudio

Se encontro que las mujeres gestantes que no planearon su embarazo sufrieron maltrato con mayor frecuencia que aquellas que si planearon su embarazo, representado por un 36,36%. Esto es posible deducirlo pues el grado de asociación entre estas variables es estadísticamente significativo.

Prueba	Estadístico	Gl	Valor-P
Chi-Cuadrada	8,771	1	0,0031

**Tabla3. Tipo de maltrato y su clasificación en la población estudio**

MALTRATO		QUIEN LA HA MALTRATADO			Total por Fila
		EXPAREJA	HIJO	PAREJA	
PSICOLOGICO 36,36%	GRAVE	0	0	1	1
				1,82%	1,82%
	MODERADO	5	0	5	10
		9,09%		9,09%	<b>18,18%</b>
	LEVE	0	3	6	9
			5,45%	10,91%	16,36%
	NINGUNO	0	0	0	35
					63,64%
Total por Columna	5	3	12	55	
	9,09%	5,45%	<b>21,82%</b>	100%	
FISICO 25,45%	TRAUMAS GRAVES	0	0	1	1
				1,82%	1,82%
	TRAUMAS MODERADOS	0	0	5	5
				9,09%	9,09%
	TRAUMAS LEVES	0	0	8	8
				14,55%	<b>14,55%</b>
	NINGUNO	0	0	0	41
					74,55%
Total por Columna	0	0	14	55	
			<b>25,45%</b>	100%	
SEXUAL 1,82%	LEVE	0	0	1	1
				1,82%	<b>1,82%</b>
	NINGUNO	0	0	0	54
				0,00%	98,18%
	Total por Columna			1	55
		0	0	<b>1,82%</b>	100%

Fuente: este estudio

De acuerdo a los resultados, el porcentaje de gestantes que reciben maltrato en su mayoría lo reciben de forma psicológica, lo que corresponde al 36,36% del total de la población, encontrando una mayor prevalencia de maltrato de tipo moderado correspondiente al 18,18%.

Del total de la población e 25% recibe maltrato físico, que en su mayoría corresponden a traumas leves representado por un 14,55%.

El menor porcentaje lo representa el maltrato sexual con un 1,82% del total de la población y se caracteriza por ser leve en la totalidad de los casos.

También se encontró que en los tres tipos de maltrato el principal agresor fue la pareja que corresponde al 21,82%. Esto es posible deducirlo pues el grado de asociación entre estas variables es estadísticamente significativo, la prueba que se utilizó para ver esa asociación fue Chi cuadrado 0.0000

## 7. DISCUSION

Según el estudio “Magnitud y características de la violencia doméstica en mujeres embarazadas”, que se realizó en Valdivia, Chile en el año 2008, el perfil socio-demográfico de las mujeres que han sido víctimas de algún tipo de violencia durante el embarazo, muestra que la edad promedio correspondió a 27 años, con mayor frecuencia la escolaridad media completa con un 48,3% y estado conyugal conviviente con un 32,3% <sup>(55)</sup>, lo que concuerda con lo encontrado en el presente estudio donde la edad promedio de las mujeres maltratadas es de 23 años, nivel educativo básico primaria y estado civil soltera en el 23,64%.

En el presente estudio el perfil socio-demográfico de las mujeres víctimas de maltrato, demuestra que las gestantes que sufren más maltrato son las que tienen una educación básica primaria, y aquellas que tuvieron un embarazo no planeado lo que corresponde al 21,82% y 36,36% respectivamente; datos similares se reportan en el estudio “Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas” realizado en México, donde se aprecia que las mujeres que no completaron los seis años de educación primaria y el hecho de que el embarazo no haya sido planeado tienen un riesgo mayor de sufrir violencia durante el embarazo, dado por un porcentaje de 6,4% y 45,22% respectivamente <sup>(56)</sup>.

De acuerdo al estudio “Complicaciones obstétricas en mujeres embarazadas víctimas de violencia domestica” realizado en el estado de Lara, Venezuela , se reportan datos aproximados, donde los porcentajes para la violencia domestica, son 67%, 25% y 7% respectivamente <sup>(52)</sup>, mientras que en nuestro estudio se determinó que en las gestantes víctimas de violencia doméstica, se presentó con mayor frecuencia el maltrato psicológico con un

porcentaje de 36%, seguido de maltrato físico en un 25% y maltrato sexual en un 2% de los casos.

Según el estudio “Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto” realizado en Colima, México; el 15% de las mujeres de Lima, Perú y el 28% en Cusco, han sufrido violencia física durante el embarazo, donde el agresor fue principalmente el padre del producto <sup>(56)</sup>, lo que puede compararse con el resultado encontrado en el presente estudio donde el maltrato físico se presenta en el 25% del total de la población, y la agresión es perpetuada en el 100% de los casos por parte del padre de la gestación.

Según el estudio “Physical Violence by Partner during Pregnancy and Use of Prenatal Care in Rural India” prevalencia de violencia durante el embarazo entre las gestantes de India, es del 18% y las estimaciones de esta problemática en los EE.UU. y otras naciones occidentales es de aproximadamente el 20% <sup>(53)</sup>. Datos contrarios se encontraron en el presente estudio donde la prevalencia de violencia domestica durante el embarazo fué de un 36%.

Según la investigación “Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada” realizado en Colombia, en el año 2005, el 38.6% de las mujeres encuestadas reportaban maltratos durante la gestación <sup>(54)</sup>, porcentaje similar se encontraron en el presente estudio, en el cual se encontró que la prevalencia de violencia domestica durante el embarazo fue de un 36%, de acuerdo con lo anterior, y en comparación con el estudio “Magnitud y características de la violencia doméstica en mujeres embarazadas”, que se realizo en Valdivia, Chile en el año 2008, donde se obtuvo una prevalencia de violencia domestica durante el embarazo de un 13,2% podemos resaltar el mayor índice de violencia domestica encontrada en nuestro país <sup>(55)</sup>.

## **CONCLUSIONES**

La prevalencia de violencia domestica en las mujeres gestantes corresponde al 36% del total de la población presentándose con mayor frecuencia el maltrato psicológico.

Se estableció también que en los tres tipos de maltrato el principal agresor fue la pareja.

El maltrato se dio con mayor frecuencia entre los 16 y 25 años, en las gestantes con nivel educativo básico primario, estado civil soltera y cuando el embarazo no fue planeado.

Con respecto a si la violencia está asociada al número de controles prenatales realizados por las gestantes, se pudo determinar que las gestantes quienes realizaron de 0 a 2 controles prenatales fueron quienes más sufrieron violencia domestica y que dicha problemática se presento con mayor frecuencia entre el segundo y tercer trimestre de gestación.

## **LIMITACIONES**

Desde el punto de vista subjetivo de los investigadores, se analizó que la mayor parte de la población no reconoce la violencia doméstica como un problema de salud, así como tampoco reconocen sus manifestaciones

Se encontró limitación para acceder a la totalidad de mujeres gestantes inscritas en el programa de control prenatal del centro de salud puesto que algunas de ellas viven en áreas rurales del municipio.

## **RECOMENDACIONES**

Sensibilizar a las autoridades competentes, al personal de salud y a la comunidad en general, sobre la violencia doméstica en las gestantes y sus consecuencias, para que se ejerza un mayor control de esta problemática y se garantice la protección de la población vulnerable, de acuerdo a las leyes establecidas.

Concienciar al personal de salud sobre la importancia del uso del instrumento rápido de identificación de violencia presente en la historia de control prenatal.

Realizar investigaciones más amplias sobre la violencia doméstica y sus diferentes contextos de marginación relacionados con el embarazo que permitan evaluar cuáles son las prácticas más eficaces para prevenir y enfrentar la violencia contra la mujer durante el embarazo.

## **PERSPECTIVAS.**

Se espera que los resultados obtenidos en el presente estudio sirvan como una herramienta para el beneficio tanto de las mujeres gestantes usuarias del programa de control prenatal, como de las instituciones de salud, estableciendo nuevas estrategias que permitan la intervención oportuna de la población en riesgo de violencia doméstica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C., 2002.
2. Informe presentado ante la comisión interamericana de derechos humanos. Las violencias contra las mujeres en Colombia. Sesión 118 de octubre de 2003.
3. Gonzales, Abraham. Glosario de términos sobre la violencia contra la mujer. Comisión nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. México D.F. Primera edición. 2010.
4. Ceballos, Álvarez G. Cuidados prenatales y violencia domestica durante el embarazo en la ciudad de Tijuana, B. C. México. 2010.
5. OMS/OPS. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario (pág. 5). Junio 1998
6. Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, 2003.[http://www.inmujer.df.gob.mx/wb/inmujeres/datos\\_de\\_los\\_principales\\_sondeos\\_relativos\\_a\\_la\\_vi#\\_ftnref7](http://www.inmujer.df.gob.mx/wb/inmujeres/datos_de_los_principales_sondeos_relativos_a_la_vi#_ftnref7)
7. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). Boletín estadístico mensual. Enero 2011.
8. Cepeda, Silva A. y cols. Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. Volumen 25, Número 2 pp 81-87. Abril-Junio, 2011
9. Secretaria de salud. Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con enfoque de Riesgo. México: 2008.
10. Pérez, Díaz Cecilia. La violencia intrafamiliar y su incidencia en el desarrollo de niños y niñas. XIX congreso panamericano del niño. Octubre 2004
11. Castillo, María. Velasco, Juez. Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. Matronas Prof; 2008.

12. Alzamora. de los Godos Luis. Violencia contra la mujer y violencia en gestantes. Violence against the woman and violence in pregnant. 2009. <http://www.inppares.org/revistas/Revista%20VI%202009/5.%20Violencia%20Mujer.htm>
13. García, Carmen Yolanda y Dorrego, Leal Ma. Violencia de género durante el embarazo: prevalencia, riesgos y prevención. Pag.6
14. OMS. Estudio pionero sobre la violencia domestica. Ginebra/ Londres. 25 noviembre, 2005. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/es/>
15. Pérez, Rodríguez MR y cols. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta Pediátrica de México. Volumen 29, Núm. 5, septiembre-octubre, 2008.
16. Núñez-Rivas et al. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo y el bajo peso al nacer en Costa Rica. *Revista Panamericana de la Salud Publica /Pan Am J Public Health 14(2), 2003.*
17. MINISTERIO DE SALUD, Dirección general de promoción y prevención. Guía de Atención de la Mujer Maltratada. 2003.
18. Niño, Lucy y Núñez, Lida. Colombia: violencia contra las mujeres y las tecnologías de información y comunicación. ¿Superando el patriarcado?. Octubre 2009.
19. Meza Diana P y cols. Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. Pág. 11. 2005
20. Pedro A. Carreño Samaniego. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá, D.C., Colombia 2011
21. Pérez, Valenzuela S. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto. Colima, Col. Noviembre de 2004.
22. Vílchez, Nidia. Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015. Ministerio de la salud y desarrollo social. Fondo de población de las naciones unidas. (UNFPA-Peru) 2010

23. Meuleners, Lynn B Andy Lee, H. Janssen, Patti A and Fraser, Michelle L. Maternal and fetal outcomes among pregnant women hospitalized due to interpersonal violence: a population based study in Western Australia, 2002-2008. BMC pregnancy- childbirth. 2011
24. Koski, Alissa D. Stephenson, Rob and Koenig, Michael R. Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India. J Health Popul Nutr 2011 Jun; 29 (3): 245-254
25. Bott, Sarah. Guedes, Alessandra. Claramunt, María C y Guezmes, Ana. Fortaleciendo las respuestas del sector de la salud a la violencia basada en género. Manuel de referencia. International Planned Parenthood Federation. Regional del hemisferio Occidental. IPPF/RHO herramientas 2010
26. Sitio oficial de Chachagüí en Nariño, Colombia. [www.chachagui-narino.gov.co](http://www.chachagui-narino.gov.co)
27. Centro de Salud, "Nuestra Señora de Fátima. E.S.E. Centro de atención. [http://www.eschachagui.gov.co/?page\\_id=40](http://www.eschachagui.gov.co/?page_id=40)
28. Butchart, Alexander. García-Moreno, Claudia y Mikton, Christopher. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. 2010
29. Saavedra Castillo, Alfredo. Violencia y Salud Mental. Acta Medica Peruana, Vol XXI. 2004
30. Doyle, Donna M. Roberts, Liz. Bath, Janet. Battering and Pregnancy. Massachusetts Department of public Health. Bureau of Family and Community Health. 1995
31. Burke, Denise M. Pregnant woman's protection act "updated". Model legislation & policy guide for the 2011 legislative year. Americans United for Life. 2011
32. Phillips McLean, Enrique Lagos. Organización de Estados Americanos (OEA) (1994), Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)
33. Khurram, Nasir. Hyder, Adnan A.. Violence against pregnant womwn in developing conuntries. European Journal of Public Health Nasir-105-7. 2003

34. Johnson, J.K. Haider, F. K. Ellis, D.M. Lindow, Hay, S.W. The prevalence of domestic violence in pregnant women. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology March 2003, Vol. 110, pp. 272–275
35. ONU. “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” (Resolución de la Asamblea General 48/104. 1994)
36. Ferrer, Victoria. Tipos de violencia contra las mujeres y su intensidad. Curso de “Máster en Igualdad y Género en el ámbito público y privado”. Inter universitario internacional. 2007/2009
37. Gottlieb, Amy S.M. Intimate Partner Violence During Pregnancy, A Guide for Clinician. CDC. Srm-e journal. 2008
38. Murguialday, Clara y Vázquez, Norma. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. Universidad del país Vasco. HEGOIA 2005-2006
39. García-Moreno, Claudia. A, F Henrica. Watts, Charlotte. Ellsberg, Mary y Heise, Lori. Organización Mundial de la Salud. Estudio multi-país de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. 2005
40. Rada, Gabriel. Indicadores de riesgo epidemiológico, tasas, medidas de frecuencia de enfermedad. Universidad católica de Chile. Revisado Tomás Merino. 2007
41. Tapia, Granados José A.. Medidas de prevalencia y relación incidencia-prevalencia. Organización panamericana de la salud (OPS/OMS). 1995
42. Consolación Guiote Suárez, Roxana Fernández Galán. Web info-maltrato. España 2010. <http://www.infomaltrato.com>
43. McGraw-Hill Interamericana. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. 1994. 108-154.
44. Diccionario medico. [www.diccionario-medico.com](http://www.diccionario-medico.com)
45. Parra, Mario Orlando. Control prenatal. Universidad nacional de Colombia. The Cochrane library, Issue 2, 2009
46. Constitución política de Colombia de 1991, artículo 42, 48 y 49. [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion\\_politica\\_1991\\_pr001.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/cp/constitucion_politica_1991_pr001.html)

47. Ministerio de salud. Resolución 412 del 2000. Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, donde se incluye la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo.
48. Ministerio de la Protección Social. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS.
49. Congreso de Colombia. Ley 294 de 1996. Diario Oficial 42.836. El Abedul
50. Congreso de la república de Colombia. Ley 1257 de 2008. Diario Oficial No. 47.193 de 4 de diciembre de 2008.
51. Ramírez, Cardona C. Corporación Sisma Mujer y Red Nacional de Mujeres. Ley 1257 de 2008. Sobre las no violencias contra las mujeres.
52. Vásquez, Barquisimeto R. Complicaciones obstétricas en mujeres embarazadas víctimas de violencia domestica. Departamento de obstetricia y ginecología. Hospital Central Universitario Dr. "Antonio María Pineda". 2006.
53. Alissa D. Koski, Rob Stephenson, and Michael R. Koenig. Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India. J Health Popul. 2011
54. Medina, D. Martínez, J. Suarez, J. Castro, I y Obando, Muriel. Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. Antioquia- Colombia. 2005.
55. Bohle, Urrutia Ximena V. Magnitud y características de la violencia doméstica en mujeres embarazadas. Valdivia- Chile. 2008
56. Castro, Roberto y Ruiz, Agustín. Prevalencia y severidad de la violencia contra las mujeres embarazadas, México. Rev. Salud Pública 2004.

## **Anexo A. Validación del contenido de la encuesta**

Procedimiento: Juicio de expertos

NOMBRE Y APELLIDO:  
PROFESION:  
LUGAR DE TRABAJO:  
CARGO:

Mediante la presente nos dirigimos a usted, con la finalidad de solicitar su valiosa participación en la validación del instrumento que será utilizado por nuestro grupo de investigación para la recolección de los datos en el proyecto titulado: "Prevalencia de Violencia doméstica y sus tipos en las gestantes que asisten al programa de control prenatal del centro de salud Nuestra Señora de Fátima del municipio de Chachagüí, en el primer periodo del año 2013".

Dicho instrumento consta de tres secciones, las cuales deben ser evaluadas según: su claridad en la redacción, congruencia con los objetivos y título de la investigación y la tendenciosidad de las preguntas formuladas.

Agradeciendo su receptividad y participación; atentamente,

JENNIFERT C ACHICANOY L  
Estudiante Medicina FUSM

JESSICA CERON DELGADO  
Estudiante Medicina FUSM

Anexo. Instrumento

## **Anexo B. Encuesta del estudio “Violencia domestica en gestantes en el hospital central ANTONIO MARIA PINEDA” UCLA – Decanato de medicina**

### SECCION 1. DATOS PERSONALES

1.1 EDAD \_\_\_\_\_ años

1.2 TRABAJA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

1.3 ESTADO CIVIL

Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_ Union Libre \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_

1.4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Universitaria \_\_\_\_\_ T.S.U \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_

Alfabeta \_\_\_\_\_ Analfabeta \_\_\_\_\_

### SECCION 2. COMPLICACION OBSTETRICA Y ATENCION

2.1. Durante el embarazo ha recibido maltrato? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2.2. Ha necesitado atención medica cuando ha sido maltratada? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2.3. Tipo de atención médica cuando ha sido maltratada? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2.4. Edad Gestacional (FUR) \_\_\_\_\_

2.5. Complicación Obstetrica presentada:

Amenaza de parto pretermino \_\_\_\_\_ Parto pre- termino \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_

Amenaza de aborto \_\_\_\_\_ Desprendimiento prematuro de placenta \_\_\_\_\_

Ruptura prematura de membranas \_\_\_\_\_ Infecciones (corioamnionitis) \_\_\_\_\_

Muerte fetal \_\_\_\_\_

### SECCION 3. TIPO DE MALTRATO Y AGRESOR

A. MALTRATO PSICOLOGICO

3.1. Durante el embarazo ha recibido? :

Leve: Gritos, insultos o groserías \_\_\_\_\_

Moderado: Humillacion, amenazas \_\_\_\_\_

Grave: Encierro, amenazas con objetos o armas \_\_\_\_\_

3.2. Periodicidad del maltrato?

Diario \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Ocasional \_\_\_\_\_

3.3. Quien la ha maltratado?

Pareja \_\_\_\_\_ Ex – Pareja \_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

B. MALTRATO FISICO

3.1 Durante el embarazo ha recibido?

Traumatismos Leves: Empujones, cachetadas, golpes \_\_\_\_\_

Traumatismos Moderados: Mordiscos, palizas, quemaduras, patadas en abdomen  
\_\_\_\_\_

Traumatismos Graves: Cortadas en la cabeza o en el abdomen, heridas con armas  
\_\_\_\_\_

3.2. Periodicidad del maltrato?

Diario \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Ocasional \_\_\_\_\_

3.3. Quien la ha maltratado?

Pareja \_\_\_\_\_ Ex – Pareja \_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

C. MALTRATO SEXUAL

3.1. Durante el embarazo ha recibido?

Leve: Burlas, criticas de su cuerpo o groserías sexuales \_\_\_\_\_

Moderado: Acusaciones de infidelidad sin motivo, han ignorado sus necesidades sexuales \_\_\_\_\_

3.2. Periodicidad del maltrato?

Diario \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Ocasional \_\_\_\_\_

3.3. Quien la ha maltratado?

Pareja \_\_\_\_\_ Ex – Pareja \_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

## Anexo C. Encuesta modificada

### PREVELANCIA DE VIOLENCIA DOMESTICA Y SUS TIPOS EN LAS GESTANTES QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL CENTRO DE SALUD "NUESTRA SEÑORA DE FATIMA" DE CHACHAGUI FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN MEDICINA

#### SECCION 1. DATOS PERSONALES

- 1.1 Nombre \_\_\_\_\_
- 1.2 Edad \_\_\_\_\_ años
- 1.3 Lugar de residencia \_\_\_\_\_
- 1.4 Estado civil  
Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_
- 1.5 Numero de gestaciones \_\_\_\_\_
- 1.6 Nivel educativo  
Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_\_ Tecnólogo \_\_\_\_\_ Profesional \_\_\_\_\_
- 1.7 Trabaja? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 1.8 Número de controles prenatales \_\_\_\_\_
- 1.9 Semanas de gestación \_\_\_\_\_

#### SECCION 2. ENTORNO PSICOSOCIAL

- 3.2 Personas que conforman su grupo familiar?  
Padres \_\_\_\_ Hermanos \_\_\_\_ Pareja \_\_\_\_ Hijos \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_  
Cuales? \_\_\_\_\_
- 3.3 Relación con las personas de su núcleo familiar  
Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_
- 3.4 Reacción de su núcleo familiar frente a la gestación  
Apoyo \_\_\_\_\_ Rechazo \_\_\_\_\_ Indiferencia \_\_\_\_\_
- 3.6 Relación con el padre de la gestación actual  
Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_
- 3.5 Reacción del padre frente a la gestación actual  
Apoyo \_\_\_\_\_ Rechazo \_\_\_\_\_ Indiferencia \_\_\_\_\_
- 3.8 Sentimientos frente a la gestación actual  
Temor \_\_\_\_\_ Vergüenza \_\_\_\_\_ Alegría \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
Cual? \_\_\_\_\_
- 3.9 Embarazo Planeado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### SECCION 3. TIPO DE MALTRATO

3.1. Durante el embarazo ha recibido maltrato? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(Si la respuesta es NO, no continuar con la encuesta)

#### A. MALTRATO PSICOLOGICO

3.2. Durante el embarazo ha recibido? :

**Leve:** Gritos, insultos o groserías \_\_\_\_\_

**Moderado:** Humillación, amenazas \_\_\_\_\_

**Grave:** Encierro, amenazas con objetos o armas \_\_\_\_\_

3.3. Periodicidad del maltrato?

Diario \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Ocasional \_\_\_\_\_

3.4. Quien la ha maltratado?

Pareja \_\_\_\_\_ Ex – Pareja \_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

#### B. MALTRATO FISICO

3.5. Durante el embarazo ha recibido?

**Traumas Leves:** Empujones, cachetadas, golpes \_\_\_\_\_

**Traumas Moderados:** Mordiscos, palizas, quemaduras, patadas en abdomen \_\_\_\_\_

**Traumas Graves:** Cortadas en la cabeza o en el abdomen, heridas con armas \_\_\_\_\_

3.6. Periodicidad del maltrato?

Diario \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Ocasional \_\_\_\_\_

3.7. Quien la ha maltratado?

Pareja \_\_\_\_\_ Ex – Pareja \_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

#### C. MALTRATO SEXUAL

3.8. Durante el embarazo ha recibido?

**Leve:** Burlas, críticas de su cuerpo o groserías sexuales \_\_\_\_\_

**Moderado:** Acusaciones de infidelidad sin motivo, han ignorado sus necesidades sexuales \_\_\_\_\_

**Grave:** La han obligado a desnudarse, la han tocado sexualmente sin su consentimiento o la han obligado a tener relaciones sexuales \_\_\_\_\_

3.9. Periodicidad del maltrato?

Diario \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_ Ocasional \_\_\_\_\_

3.10. Quien la ha maltratado?

Pareja \_\_\_\_\_ Ex – Pareja \_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**Anexo D: Carta de consentimiento informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, titular de la C.C:  
\_\_\_\_\_, en calidad de paciente expreso mi consentimiento para participar en la investigación titulada: “Prevalencia de violencia doméstica y sus tipos en gestantes que asisten al programa de control prenatal del centro de salud “Nuestra Señora de Fátima”, a efectuarse en esta institución previa información y explicación de los objetos de la misma siempre y cuando la información obtenida sea de carácter confidencial.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: