



TÍTULO

**PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR EN GESTANTES USUARIAS DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA DE LA CIUDAD DEL CUSCO
(SEPTIEMBRE 2006 – MARZO 2007)**

AUTORA

Evelina Andrea Rondón Abuhadba

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2011

Director José Alberoni Gutiérrez
Curso I Maestría en Salud Infantil Comunitaria
ISBN 978-84-694-6977-4
© Evelina Andrea Rondón Abuhadba
© Para esta edición, la Universidad Internacional de Andalucía



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadore (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
 - **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
 - **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
-
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
 - *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
 - *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

I MAESTRIA EN SALUD INFANTIL COMUNITARIA
Con mención en Prevención y Promoción de la Salud Pública
Infantil
2006- 2009

DIRECTOR: PROF. DR. MANUEL SOBRINO TORO

“PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN GESTANTES USUARIAS DEL
HOSPITAL ANTONIO LORENA DE LA CIUDAD DEL CUSCO
SETIEMBRE 2006 – MARZO 2007”

Tesis para obtener el grado de Magíster en Salud Infantil comunitaria

AUTORA: RONDON ABUHADBA, EVELINA ANDREA

TUTOR: DR JOSE ALBERONI GUTIERREZ

CUSCO – PERU

2009

3.1 Tipo y Nivel de la Investigación	45
3.2 Diseño de la Investigación	45
3.2.1 Ubicación Temporoespacial de la Investigación	45
3.3 Población de Estudio	46
3.3.1 Criterios de Inclusión y Exclusión de la Población de Estudio	46
3.3.2. Unidad de análisis	46
3.4 Tamaño muestral	47
3.5 Método de muestreo	47
3.6 Operacionalización de las Variables	48
3.7 Recolección de la información	51
3.8 Análisis estadístico de la información	51
3.9 Limitaciones de la Investigación	51
3.10 Confiabilidad y validez de los instrumentos	51
3.11 Aspectos éticos	52
CAPITULO IV	
4. Resultados	53
CAPITULO V	
5. Discusión y comentario	80
CAPITULO VI	
6. Conclusiones	89
CAPITULO VII	
7. Recomendaciones y sugerencias	91
Bibliografía	93
Anexos	107

Parte 3: Información sobre actitud durante y después del episodio de violencia doméstica

Marcar con una X según corresponda:

54) Qué haces cuando te está agrediendo ?

- a) Me defiendo:.....
- b) Me voy de la casa;.....
- c) Lloro:.....
- d) Nada:.....

55) Después de que te agrede, qué buscas ?

- a) Atención médica:.....
- b) Atención psicológica;.....
- c) Atención en servicio social:.....
- d) Denuncia policial:.....
- e) Denuncia judicial:.....
- f) Ninguna:.....

Parte 4: Información sobre los servicios de salud

Marcar con una X según corresponda:

54) Cuando fuiste al hospital y contaste tu problema, qué actitud tomaron ellos ?:

- a) Controlaron mi embarazo:.....
- b) Me aconsejaron dónde ir:.....
- c) No les interesó:.....
- d) Dijeron que yo tenía la culpa:.....
- e) No les conté mi problema:.....

CAPÍTULO I

1. Introducción

La violencia doméstica es un problema importante que enfrentan las sociedades de todo el mundo. Si bien es cierto que tanto hombres como mujeres pueden ser víctimas de violencia, es mucho más común que las mujeres sufran alguna forma de violencia doméstica. De hecho, las mujeres tienen tres veces más probabilidades que los hombres de experimentar un episodio de violencia física por parte de sus parejas (Hegarty et al., 2000; Roberts et al., 1993).

La violencia contra la mujer tiene sus raíces en la falta de mujeres en las relaciones de poder y en la sociedad con respecto a los hombres. En muchas sociedades, las mujeres se espera que sean sumisas sexualmente a sus maridos en todo momento, y se considera un derecho y una obligación para los hombres utilizar la violencia para corregir o para castigar a las mujeres cuando perciben que éstas cometieron transgresiones.

La violencia en la familia ha sido tradicionalmente considerada como un asunto privado en el que los foráneos, incluyendo las autoridades gubernamentales, no debe intervenir. Para las mujeres solteras, la violencia sexual es tan estigmatizante que la mayoría de las mujeres prefieren sufrir en silencio que arriesgarse a sufrir vergüenza y discriminación que se derivarían si estos asuntos tan catastróficos fueran revelados.

El embarazo y el puerperio temprano son épocas de riesgo que aumentan la tensión en la relación de pareja y los actos posteriores de violencia pueden ser su resultado.

Estudios de todo el mundo demuestran que la violencia durante el embarazo es tan común o más que muchas condiciones que son examinadas durante los controles prenatales (Petersen, 1997; Campbell, 2004).

Una reciente revisión, incluidos los estudios de China, Egipto, Etiopía, Filipinas, México, India, Nicaragua, Pakistán, Arabia Saudita y Sudáfrica, (Campbell, 2004) encontraron que

la prevalencia de abuso durante el embarazo es del 3,4% al 11,0% en los países industrializados de fuera de América del Norte y entre el 3,8% y el 31,7% en los países en vías de desarrollo.

La violencia durante el embarazo puede tener graves consecuencias para la salud de las mujeres y sus efectos documentados incluyen retraso en la atención prenatal (Heise 1999), la insuficiente ganancia de peso, aumento del hábito de fumar y el abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, infecciones vaginales y de cuello uterino, infecciones de los riñones, abortos involuntarios y abortos intencionales, parto prematuro y sangrado durante el embarazo (Campbell, 2002).

Las investigaciones recientes también se ha centrado en la relación entre la violencia en el embarazo y resultados neonatales desfavorable como causas de las muertes infantiles en el mundo en desarrollo. Aunque la investigación todavía es incipiente, los resultados de estudios realizados en los Estados Unidos, Mexico y Nicaragua indican que la violencia durante el embarazo contribuye al bajo peso al nacer, parto pre-término, y retraso del crecimiento fetal, al menos en algunos lugares (Petersen, 1997).

Según estudios realizados en Nicaragua, las mujeres que sufren violencia física o sexual durante el embarazo tienen cuatro veces más probabilidades de tener un hijo de bajo peso al nacer y neonatos de hasta seis veces más probabilidades de ser óbitos (Valladares, 2002; Asling-Monemi, 2003), en muchos casos con repercusiones fatales en la salud materna, así tenemos que una revisión de la mortalidad materna de datos en Nicaragua encontró que 10 por ciento de las muertes obstétricas corresponden a violencia física o sexual durante el embarazo.

La violencia durante el embarazo está muy vinculada tanto a una historia de violencia antes del embarazo, así como las normas culturales predominantes. La investigación en los Estados Unidos y en otros lugares indica que la mayoría de las mujeres que son objeto de abuso durante el embarazo también fueron maltratadas antes y después del embarazo

(Petersen, 1997). Una minoría de las mujeres en todos los países estudiados fueron víctimas de violencia por primera vez durante un embarazo.

Los investigadores también han señalado que los niveles de violencia en el embarazo en diferentes entornos parecen estar influidos por las normas culturales en relación con el embarazo. Estas diferencias son evidentes cuando se comparan, por ejemplo, los niveles de violencia en el embarazo entre Etiopía y Perú, dos países donde la violencia de la pareja es bastante alta. En las zonas rurales de Etiopía el 49% de las mujeres han sufrido violencia física por parte de una pareja durante su vida, y en Cusco, Perú la cifra es de 57,3% (Gossaye, 2003; Güezmes, 2002). Sin embargo, la proporción de mujeres que denuncian violencia durante el embarazo es muy diferente, tal vez por marcadas diferencias culturales, las mujeres etíopes denuncian el maltrato en un pequeño porcentaje a diferencia de las mujeres peruanas que lo hacen con mayor frecuencia.

Estas cifras sugieren que en algunas sociedades, el embarazo es un momento de relativa protección de la violencia física, mientras que en otros, el abuso en el embarazo está muy extendido. Se necesitan más investigaciones para comprender estas cuestiones en mayor profundidad.

Los programas de salud reproductiva, y la atención prenatal en particular, representan una oportunidad única para hacer frente a las necesidades de las mujeres maltratadas, y para salvaguardar la salud de las madres y sus niños. Sin embargo, aunque el reconocimiento del problema ha crecido enormemente en el sector salud y la violencia está cada vez más incluida en las políticas internacionales sanitarias, el progreso ha sido lento.

Aunque un gran número de exitosos e innovadores programas piloto se han puesto en marcha a nivel mundial, algunos se han traducido con éxito en programas nacionales de diversos países.

Los donantes internacionales no consideran como un requisito, la intervención en violencia de género para la ayuda bilateral en programas de apoyo a la prevención del VIH, salud

reproductiva, o reforma sanitaria. Esto no sólo hace caso desaprovecha una oportunidad para fortalecer la respuesta del sector salud a la violencia doméstica, sino que también pone en peligro el logro de otros objetivos programáticos.

Recientes revisiones de las intervenciones en el ámbito de la violencia contra la mujer han llegado a la conclusión de que todos los programas del sector salud deben trabajar en estrecha colaboración con otros actores sociales a nivel nacional y local, y en particular en el contexto de redes de base comunitaria para mejorar la respuesta del estado a la violencia.

Por último, a fin de lograr un impacto duradero, son necesarios más esfuerzos para dismantelar las leyes y políticas discriminatorias contra las mujeres y desafiar las normas sociales que abogan por el derecho de los hombres para controlar el comportamiento femenino.

CAPÍTULO II

2. Planteamiento del Problema

2.1) Caracterización del Problema

Antes de la década de 1970 había muy poco escrito sobre la violencia contra la mujer. Aunque la primera ola de las feministas occidentales a mediados del siglo XIX identificó la violencia como un problema, las preocupaciones se centraron en la lucha de las mujeres para ganar su derecho al voto (Irwin y Thorpe, 1996).

Como resultado de la reaparición de movimientos feministas en la década de 1970, se observó una mayor conciencia pública sobre la problemática de las mujeres oprimidas por estructuras patriarcales. Como consecuencia de una mayor sensibilización de la opinión pública a nivel internacional la violencia contra la mujer se colocó en la agenda política.

Es importante destacar que esta creciente preocupación fue reconocida como parte de la política nacional Inglesa (Frost, 1999). En Australia y en otros países como los Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda, Canadá y muchos Países de Europa Occidental, se establecieron refugios para mujeres y niños que buscaban seguridad (Davies, 1994). El establecimiento de esta red de refugios, así como el crecimiento del movimiento feminista contribuyeron a aumentar la conciencia sobre la importancia de la violencia en las relaciones íntimas.

Antes de este tiempo, la violencia doméstica era considerada como un asunto de eminente carácter privado y se hizo hincapié en la naturaleza patriarcal de los hogares. El hogar se consideró como un espacio privado sobre el que reinaron los hombres. La violencia en el hogar no se consideró un acto criminal, ni un problema jurídico, sino como un asunto civil. También se pensó que este problema se limitaba a grupos específicos de la sociedad como los pobres, los afectados por el alcohol y los pueblos aborígenes o las minorías étnicas (Grew, 1991).

Las mujeres en estas situaciones eran víctimas que callaban por miedo a la falta de dinero y

no tener un alojamiento para sí o para sus niños si acaso consideraban seriamente romper este círculo vicioso (Grew, 1991).

La violencia contra las mujeres dentro de una relación de pareja fue establecida como un acto criminal en finales del siglo XIX y principios del XX, y la violación de la mujer dentro del hogar conyugal la como un delito en la mayoría de los estados de Australia en la 1980 (Scutt, 1991), también los gobiernos trataron de establecer leyes y los hombres fueron obligados a cesar sus actos de violencia en el hogar (Scutt, 1991).

La violencia de género durante el embarazo es un problema que ocurre en todas las sociedades del mundo sin distinción de clase, raza, edad o religión (MacMillan 2006).

Las cifras, a nivel mundial, nos informan que dos de cada diez mujeres son maltratadas durante el embarazo, ya sea física, psicológica o sexualmente (Moraes, 2002; Rachana, 2002). Sin embargo, en los grupos sociales donde impera el subdesarrollo cultural con roles estereotipados de género, concepto de mujer como objeto de posesión, idiosincrasia patriarcal, asociaciones de masculinidad con dureza y autoritarismo, la prevalencia del maltrato durante el embarazo es mucho mayor (Suarez, 2006; Vladislavovna, 2007).

En el Perú (tanto en Lima como en provincias) se vive una situación particularmente crítica; en un estudio de la OMS, (Guezmes et al., 2002) encontraron que en Lima el 14.8% de las mujeres entrevistadas refirió antecedente de violencia durante el embarazo y 27.6% en el caso de Cusco, estas cifras son similares a las que proporciona la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2000) que reporta un 27% de violencia en gestantes en el Cusco.

Távora et al., (2003) en un estudio sobre violencia en mujeres en edad reproductiva, en los hospitales Daniel A. Carrión en el Callao, Santa Rosa y María Auxiliadora en Lima, entrevistaron a 298 mujeres obteniendo que el 61% aceptó haber sido víctima de algún tipo de violencia (psicológica 54%, física 32.2%, sexual 21.1%, y sexual en la niñez 19.1%), el principal agresor fue la pareja actual o el ex compañero sentimental y el principal agresor de la agresión sexual en la niñez fue un familiar cercano. Cripe et al., (2008) en un estudio

realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) con una muestra de 2167 puérperas encontró que el 40% había sido víctima de algún tipo de violencia durante su embarazo.

Estas cifras, son preocupantes debido a las consecuencias sobre el normal devenir del embarazo, tanto para la madre, como para el producto de la concepción; y permaneciendo como una situación poco investigada en el campo de la salud mental de las mujeres embarazadas sometidas a maltrato.

Las mujeres embarazadas que sufren maltrato físico poseen tres veces más riesgo de muerte por homicidio (MacMillan, 2006) y las sometidas a maltrato psicológico tienen mayor tendencia a presentar desequilibrios en la salud mental (MacMillan, 2006), lo que se asocia también a una mayor probabilidad de embarazos no planificados (Cripe et al., 2008; Tiwari, 2008; Rodriguez, 2008).

Se ha reportado asociación significativa con los trastornos del ánimo, entre ellos la depresión gestacional (Lau, 2007; Panzarine, 1995) asociada a violencia de género, con una prevalencia que oscila entre el 38 al 51% en mujeres latinas residentes en Estados Unidos (Rodriguez, 2008). También se ha descrito al síndrome de estrés postraumático como asociación frecuente, así como una primera consulta prenatal tardía, es decir luego de las 20 semanas, óbito fetal o muerte neonatal por prematuridad y/o peso inadecuado al nacer y un aumento de conductas de riesgo como fumar, uso de sustancias, abuso de alcohol, y muerte por suicidio (Rachana, 2002; Calderón 2008, Vladislavovna, 2007, Lent, 2000; Silverman, 2006; Sánchez, 2007; Small, 2008).

La resiliencia y el apoyo social, entre otros, por ejemplo la espiritualidad, han sido reconocidos en la literatura como factores protectores cuando el sujeto es sometido a situaciones de maltrato (Mann, 2008; Mystakidou, 2007; Charney 2004; Friberg, 2006; Simeon, 2007; Bergström 2008). Durante el embarazo, que es el mayor evento circunstancial de la vida de una mujer (Bennett, 2004; Ellison, 2007) son pocos los estudios

que se han centrado en evaluar estos factores (Rodríguez, 2008; Sánchez, 2007; Westdahl, 2007).

A nivel internacional los gobiernos y las asociaciones por los derechos de las mujeres han elaborado políticas sobre la violencia contra la mujer o la violencia en el hogar (Australian Medical Association, 1998).

En mayo de 1996, la 49^a Asamblea Mundial de la Salud, seguido de cerca por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, declaró que la violencia contra la mujer es una cuestión de salud pública (Hedin, 2000).

El 43^o período de sesiones de la Comisión de las Naciones Unidas de la Condición de la Mujer reconoció que la violencia contra la mujer está aumentando en todas las culturas, las sociedades y grupos socio-económicos y, por consiguiente, la prevalencia de los trastornos físicos y mentales en la mujer en todo su ciclo de vida va en aumento (OMS, 2000).

La violencia contra la mujer como un problema de salud pública se destacó en los primeros trabajos de médicos pro-feministas investigadores en los Estados Unidos. Ellos establecieron que los servicios de salud, especialmente los servicios de control del embarazo y parto, tienen un oportunidad única de intervenir beneficiosamente en provecho de estas mujeres.

Esto implica la investigación e intervención en el abuso cometido sobre las mujeres embarazadas y el apoyo para ayudar a éstas a acceder a los servicios que necesitan para detener el abuso y fortalecer su salud y bienestar como la de sus hijos.

La investigación rutinaria en servicios de parto es un objetivo vital para reducir la violencia contra las mujeres embarazadas y mujeres postparto. En la actualidad, sin embargo, la mayoría de los servicios de salud la salud están mal preparados para responder a esta difícil tarea por diversos motivos, es así que por ejemplo el excesivo énfasis en el aumento de los tipos de divulgación de la violencia, por medio del cribado que no garantice la seguridad y

la confidencialidad de las mujeres, en lugar de ser beneficioso puede resultar dañino. En este aspecto tenemos que asegurarnos de que cualquier mejora de comunicación entre los médicos y hospitales con las mujeres gestantes abusadas debe incorporar las condiciones necesarias para proteger la seguridad y la confidencialidad de las mujeres que sufren violencia.

Por último, los servicios de salud son vínculos sumamente importantes en el conjunto de la respuesta de la comunidad a la violencia contra la mujer y se hace necesario que éstos sean acogidos con satisfacción y apoyo para desempeñar un papel más eficaz.

2.2) Enunciado del Problema

1. ¿Cuál es la prevalencia y cuáles son las características de la Violencia Doméstica en mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007?.

2.3) Objetivos de la Investigación

2.3.1) Objetivo General

Determinar la prevalencia de la Violencia Doméstica en mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007.

2.3.2) Objetivos Específicos

1. Determinar las características clínicas de la Violencia Doméstica en mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007.

2. Establecer las características epidemiológicas de la Violencia Doméstica en mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007.

2.4) Hipótesis

2.4.1) Formulación de Hipótesis

2.4.1.1) Hipótesis General

La prevalencia de la Violencia Doméstica en mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007 es mayor al 25%.

2.4.1.2) Hipótesis Específicas

1. Las mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007, víctimas de Violencia Doméstica se manifiestan en el 50% de los casos con cuadros clínicos de aborto.

2. Las mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007, víctimas de Violencia Doméstica, en más del 60% de los casos provienen de estratos socioeconómicos deprimidos, con bajos niveles de educación, con hogares en vías de disgregación y tienen parejas con antecedentes de consumo excesivo de alcohol.

2.5) Marco Teórico

2.5.1) Antecedentes de la Investigación

Habida cuenta de la escasez de investigación sobre este tema en el Perú, se presentarán a modo de contexto los estudios sobre la violencia doméstica durante en el embarazo y después del parto en otros países.

Autor	Objetivos	Muestra	Lugar	Instrumento	Agresor	Hallazgos
Amaro et al. (1990)	Describe la prevalencia y los patrones de violencia durante la gestación.	1,243 mujeres gestantes de habla inglesa o española	Clínica del Hospital de Boston City, Estados Unidos	Entrevista	Pareja y/u otros familiares	El 7% de las mujeres refirió maltrato físico y/o sexual.
Bowen, et	Examinó las	7,591	Hogares de	Cuestionarios	Pareja	Del 1% al 4,8% reportó

al. (2005)	tasas de violencia doméstica (Emocional y física) durante y después el embarazo.	mujeres gestantes	mujeres gestantes en Bristol Avon, Sudoeste de Inglaterra	aplicados a las 18 semanas de gestación, 8, 21 y 33 meses postparto		maltrato físico y emocional respectivamente a las 18 semanas de gestación. Entre el 2,9% y 10% informó maltrato físico y emocional respectivamente a los 33 meses postparto.
Campbell et al. (1992)	Determinó la prevalencia de abuso por parte de la pareja durante el embarazo.	488 mujeres entre el segundo y quinto días postparto	Salas de postparto de 5 hospitales del área metropolitana de Midwestern, Estados Unidos	Entrevista	Pareja	4,2% reportó maltrato por parte de sus parejas antes del embarazo. 7% fueron atacadas durante el embarazo por sus parejas.
Castro et al. (2003)	Identificó la prevalencia y tipos de violencia experimentados por mujeres gestantes 12 meses antes y durante el embarazo	914 mujeres en su tercer trimestre de embarazo	27 Clínicas de Morelos, México	Entrevista	Pareja	24,5% experimentó abuso durante los 12 meses. 12.2% y 10.6% fueron abusadas físicamente antes y durante el embarazo respectivamente. 18.2% y 20.5% fueron emocionalmente abusadas antes y durante el embarazo respectivamente. 10.0% y 8.1% fueron sexualmente abusadas antes y durante el embarazo respectivamente.
Guo et al (2004)	Evalúa la prevalencia de violencia física, emocional y sexual durante 12 meses: antes, durante y después del embarazo	12044 mujeres quienes tuvieron un niño de 6 a 18 mese de edad	32 comunidades de Tianjin, Liaoning, Henan y Shaanxi, provincias de China	Encuesta personal	Esposo	12,6% experimentó violencia antes, durante o después del embarazo, con 3,5% de violencia física, 5,6% de violencia emocional y 8,0% de violencia sexual. 9,1% experimentó abuso antes del embarazo, 4,3% durante el mismo y 8,3% once meses postparto.
Hedin y Janson (1999)	Midió la prevalencia, efectos y características del abuso	207 gestantes suecas casadas con hombres suecos	3 Clínicas de Maternidad en Göteborg, Suecia	Encuesta personal combinada con un cuestionario estandarizado	Esposo / novio, ex-pareja	24,5% reportó amenazas y/o actos de violencia durante el último año. 44,4% denunció haber

	psicológico					sido víctima de abuso emocional y/o verbal.
Hedin et al. (1999)	Estimó la prevalencia de amenazas y los abusos físicos y/o sexuales durante la gestación	207 gestantes suecas casadas con hombres suecos	3 Clínicas de Maternidad en Göteborg, Suecia	Encuesta personal combinada con un cuestionario estandarizado	Esposo / novio, ex-pareja	27,5% reportó violencia física en algún momento del pasado. 24.5% experimentó amenazas, violencia física o sexual en el último año. 14.5% durante el presente embarazo experimentó amenazas o violencia leve, 2.9% amenazas o violencia moderada y 2.9% amenazas o violencia severa, mientras que el 3,3% indicó haber sufrido violencia sexual.
Helton et al. (1987)	Midió la ocurrencia de golpizas durante el embarazo entre una selección popular de mujeres gestantes	290 gestantes randomizadas de 18 a 34 años de edad	6 hospitales públicos y 2 clínicas privadas de Estados Unidos	Entrevista	Pareja masculina	8% informó golpiza durante el presente embarazo. 15% refirió golpiza antes del embarazo.
Hillard (1985)	Determinó la extensión del abuso físico	742 gestantes	Clínicas obstétricas universitarias, Virginia, Estados Unidos	Cuestionario de tamizaje	Cualquier familiar	10.9% experimentó abuso en algún momento del pasado. 3.9% refirió abuso durante el presente embarazo. 21% de mujeres mencionó incremento del abuso en el presente embarazo. 43% indicó que el abuso sufrido no tuvo ningún cambio por su condición de gestante.
Irion et al. (2000)	Determinó la prevalencia de violencia física, emocional y/o sexual	244 mujeres gestantes de habla francesa	Salas de postparto, Geneva, Suiza	Cuestionario auto aplicativo	Esposo/Pareja	18% indicó violencia emocional, física o sexual a lo largo de la vida. 7% refirió prevalencia de violencia durante la gestación
Johnson et al. (2003)	Determinó prevalencia de violencia doméstica en mujeres gestantes	500 mujeres gestantes	Hospital de maternidad Hull, Inglaterra	Cuestionario y encuesta	Esposo, ex-esposo, novio, padre o madre	17% tuvo experiencia de violencia doméstica. 3.4% sufrió violencia durante el embarazo. 14.3% fue víctima de abuso emocional.

Lau (2005)	Estableció el abuso de pareja	1200 puérperas	Hospital Público Regional de Hong Kong	Cuestionario auto aplicativo	Esposo, ex-esposo, novio, ex-novio	14.7% sufrió abuso físico. 11.2% sufrió abuso durante el embarazo. 8.8% reportó agresión psicológica. 4.1% informó agresión física. 5.5% experimentó abuso sexual.
Leung et al. (1999)	Determinó la incidencia de violencia entre mujeres gestantes	631 mujeres gestantes atendidas en su primera clínica antenatal	Clínica antenatal del Hospital Universitario de Hong Kong	Cuestionario de tamizaje	Pareja y/u otros familiares	15.7% fueron abusadas en el último año. 9.4% fueron abusadas sexualmente in el último año. 4,3% fueron abusadas físicamente durante la presente gestación. 6.9% fueron abusadas 12 meses antes del embarazo. 6.1% sufrió abuso durante el embarazo. 3.2% fue abusada en el postparto.
Martin et al. (2001)	Examinó el abuso físico antes, durante y después del embarazo por parte de sus parejas	2648 mujeres puérperas	Carolina del Norte, Estados Unidos	Encuesta por correo y teléfono	Pareja y/u otros familiares	26% dijo ser víctima de violencia en cualquier momento de su vida. 23% experimentó violencia sólo antes del presente embarazo. 2% experimentó violencia antes y durante el presente embarazo. 3% sufrió violencia durante el embarazo
Martin et al. (1996)	Examinó el abuso físico antes y durante el embarazo y su relación con el consumo de sustancias ilegales	2092 mujeres gestantes de edades entre 20 – 30 años	Departamento de salud prenatal Carolina del Norte, Estados Unidos	Autoinforme	Pareja y/u otros familiares	51.8% fue abusada antes y durante el embarazo. 30.2% fueron abusadas el año anterior pero no durante el embarazo. 18.1% fueron abusadas durante el embarazo pero no el año anterior.
McFarlane et al. (1999)	Describe la severidad y duración de la violencia en mujeres africanas, hispanas y mujeres americanas de raza blanca	199 mujeres gestantes	Clínicas públicas de dos lugares geográficos diferentes en Estados Unidos	Entrevista	Actual o anterior pareja masculina	17% reportó abuso durante el embarazo. El abuso fue recurrente en el 60% de mujeres abusadas, reportando dos o más episodios de asalto.
McFarlane et al. (1992)	Evaluó la ocurrencia, frecuencia y severidad de abuso físico durante el embarazo	691 mujeres gestantes negras, hispanas y blancas	Clínicas Públicas prenatales, Texas y Baltimore, Maryland, Estados Unidos	Cuestionario de tamizaje	Esposo, novio u otro miembro de la familia	5.7% manifestó abuso
Muhajarine	Describieron la	543 gestantes	Servicios	Entrevista	Pareja y/u	

y D'Arcy (1999)	prevalencia de abuso físico durante el embarazo	de habla inglesa de 15 - 40 años de edad, de Segundo trimestre quienes reciben servicios médicos prenatales	públicos de salud Saskatoon, Canada		otros familiares	físico durante el embarazo. 8.5% experimentó violencia dentro de los 12 meses anteriores a la entrevista.
O'Campo et al (1994)	Estudió la prevalencia de abuso verbal y violencia psicológica durante el embarazo	358 mujeres gestantes de bajos ingresos económicos	Hospital Johns Hopkins, Clínica Obstétrica de adultos, Estados Unidos	Entrevista	Alguna persona cercana	45% manifestaron solo incidentes verbales menores. 11% experimentó violencia moderada. 9.3% reportaron violencia moderada durante sus gestaciones. 4% de mujeres sufrieron violencia severa en más de cuatro oportunidades durante los seis meses previos a la entrevista.
Parker et al. (1994)	Determinó la incidencia de abuso psicológico y sexual en mujeres gestantes adultas y adolescentes	1,203 mujeres gestantes (356 adolescentes y 847 adultas)	Clínicas Prenatales de Baltimore y Houston, Estados Unidos	Entrevistas durante la primera visita y durante el Segundo y tercer trimestres	Pareja o alguien importante para la víctima	24% informó abuso psicológico o sexual durante el último año durante su primera visita prenatal. 5% de mujeres no abusadas reportaron abuso durante el segundo y/o tercer trimestres 20.6% de adolescentes y 14.2% de adultas fueron víctimas de violencia durante sus embarazos.
Parker et al. (1993)	Determinó la tasa del abuso físico y emocional antes y durante el embarazo	691 Mujeres gestantes africanas, hispanas y blancas (214 adolescentes de 13 – 19 años y 477 adultas de 20 a 42 años)	Clínicas prenatales de Baltimore y Houston, Estados Unidos	Entrevista	Esposo, ex-esposo, novio u otros conocidos y/o desconocidos	26% informó abuso físico o sexual dentro del último año. 21.7% de las adolescentes y 15.9% de adultas experimentó abuso durante el embarazo (total 24,7%). 16.9% de adultas y 8.5% de adolescentes informaron abuso psicológico el cual se relacionó con abuso físico en todos los casos.

Peedicayil et al. (2004)	Determinó la prevalencia de violencia física durante el embarazo	9,938 mujeres gestantes de 19 a 42 años	Áreas rurales, marginales y urbanas de Bhopal, Delhi, Lucknow, Nagpur, Trivandrum y Vellore, India	Entrevistas familiares	Esposo	13% manifestó violencia en general durante el embarazo. 16% fueron insultadas, 10% golpeadas, 10%, azotadas, 9% pateadas, 5% atacadas con un arma y 6% dañadas de cualquier otra forma.
Rachana et al. (2002)	Evaluó la incidencia de violencia física durante el embarazo	7,105 mujeres gestantes durante el primer trimestre del embarazo	Clínicas prenatales y hospitales docentes de Arabia Saudita	Autoinforme	Esposo	21% informó violencia física 10 meses antes del parto
Savona-Ventura et al. (2001)	Identificó el grado de violencia doméstica en mujeres embarazadas	1,000 mujeres en los dos primeros días postparto	2 hospitales estatales y 3 privados de Malta y Gozo del Mediterráneo Central	Cuestionario auto aplicativo	Esposo/pareja	2.29% manifestó daño físico durante el último año. 1.53% fue maltratada en el presente embarazo. 0.8% fue sexualmente abusadas en el último año.
Stewart y Cecutti (1993)	Determinó la prevalencia del abuso físico en el embarazo tardío	548 mujeres gestantes de habla inglesa con más de 20 semanas de embarazo	Consultorios ginecológicos públicos y privados en 5 diferentes lugares, Toronto, Canadá	Cuestionario y encuesta	Pareja y/u otros familiares	10.9% sufrió abuso físico antes del presente embarazo. 6.6% fue abusada durante el presente embarazo 66.7% de las mujeres abusadas recibió asistencia médica a causa del abuso.
Webster et al. (1994)	Determinó el grado de abuso físico y psicológico en mujeres embarazadas	1,014 mujeres gestantes capaces de leer y escribir en Inglés con edades entre 16 – 44 años	Clínicas públicas y privadas de Brisbane, Australia	Autoinforme y cuestionario	Un miembro de la familia o amigo(a) íntimo(a)	29.7% tuvo una historia de abuso. 5.8% manifestó abuso durante el presente embarazo. 21.2% fue abusada emocional/verbalmente. 5.3% informó abuso sexual.
Whitehead y Fanslow (2005)	Determinó la prevalencia de violencia familiar física y sexual en mujeres que buscaban terminar el embarazo	62 mujeres gestantes	Clínica de abortos de Health Waikato, Nueva Zelanda	Cuestionario auto aplicativo	Pareja, algún miembro de la familia o alguien más	5% reportó abuso físico durante el embarazo. 1.7% fue sexualmente abusada durante el embarazo. 69% informó que los abusadores fueron la pareja o personas que conocieron antes del embarazo.
Wiist y McFarlane	Evaluó la severidad de la	342 gestantes hispanas	3 clínicas del departamento	Entrevista	Pareja masculina	30% fue amenazada de muerte.

(1998)	violencia en mujeres hispanas gestantes	de salud pública del sudoeste de los Estados Unidos	18% fue amenazada con arma blanca. o arma de fuego. 40% había sido puñeteada. 33% fue pateada. 20% forzada a tener sexo.
--------	-----------------------------------------	-----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.5.2) Bases Teóricas

2.5.2.1) Definiciones de violencia doméstica

La violencia doméstica contra las mujeres es ampliamente estudiada en ámbitos como la antropología, la criminología, la psicología y la sociología, cada una con sus diferentes matices (Desai y Saltzman, 2001).

Estas diferencias en los resultados hacen que sea difícil determinar con precisión la naturaleza y magnitud de la violencia contra la mujer (Desai y Saltzman, 2001). Algunos investigadores definen la violencia doméstica en términos de violencia física e incluyen actos como empujones, golpes, bofetadas, patadas, o lastimar físicamente de alguna otra manera (Martin, Mackie, Kupper, Buescher, y Moracco, 2001), mientras que otros estudios incluyen amenazas, actos reales de violencia física, sexual y la violencia psicológica (Marshall, 1992).

Otros investigadores definen la violencia doméstica como violencia física, sexual y abuso emocional (McFarlane, Parker, Soeken, Silva, y Reed, 1999; Webster, Sweett, y Stolz, 1994).

La Asociación Médica de Australia en el año de 1998 definió la violencia doméstica en términos de abuso de poder. Es la dominación, la coerción, la intimidación y la victimización de una persona por otra dentro de una íntima relación, ya sea a través de medios físicos, sexuales, emocionales o una mezcla de todos ellos.

(Healey, 1998) describe la violencia doméstica como una situación en la que una de las personas en una relación, tiene comportamientos violentos y abusivos con el fin de controlar y dominar a la otra persona.

(Healey, 1998) afirma que a diferencia de los hombres, generalmente son las mujeres las víctimas. Los hombres suelen utilizar varias formas de comportamiento abusivo, en particular mediante el uso, o amenaza de violencia física y sexual.

El uso de estos comportamientos abusivos son el resultado de las creencias tradicionales de la supuesta superioridad masculina y el privilegio que los hombres creen tener sobre su pareja femenina, esperando la servidumbre de ésta (Healey, 1998).

Las mujeres en cambio son más renuentes a infligir lesiones (Straus, 2005). Según Gelles (1993) generalmente los actos de violencia perpetrados por las mujeres tienden a ser en legítima defensa y que el perjuicio causado por ellas, debido a su tamaño y fuerza, en relación a los hombres parece ser menor.

2.5.2.2) Tipos de Violencia Doméstica

Existen varios términos utilizados para describir la violencia doméstica. Unos investigadores utilizan el término maltrato, mientras que otros utilizan los de violencia o abuso.

Del mismo modo, el término violencia doméstica, la violencia del compañero íntimo, violencia de pareja, abuso de cónyuge y maltrato se usan indistintamente y se refieren a la violencia que sucede entre los miembros dentro de una relación permanente con independencia de que sean casados o no (ACOG, 1995).

En estudios realizados en Australia, la violencia doméstica normalmente se conoce como el abuso de pareja y se refiere especialmente a la violencia física entre un hombre y una mujer, siendo más comúnmente perpetrados por el hombre. Una pareja, en este contexto, se

conoce como una persona que tiene o está teniendo una relación íntima con otra persona, como puede ser dentro de un matrimonio o pareja de hecho, un novio o una novia.

La violencia doméstica también incluye la violencia familiar, que se refiere al abuso que se produce en cualquier tipo de relación dentro de los hogares (Hegarty, Hinsmarsh, y Gilles, 2000).

Desde una perspectiva de salud, existen tres grandes tipos de violencia contra la mujer: física, sexual, emocional y/o violencia verbal. Sin embargo, la decisión de incluir uno, algunos, o todos estos componentes en las definiciones de violencia contra la mujer puede variar entre diversos estudios y disciplinas (Gordon, 2000).

Las diferentes definiciones de violencia contra las mujeres embarazadas puede dar lugar a diferentes estimaciones de su prevalencia e incidencia (Desai y Saltzman, 2001). Además, si la violencia doméstica contra las mujeres embarazadas es limitada a sus actuales parejas, las tasas de incidencia pueden ser menores que cuando la violencia contra las mujeres embarazadas incluye a su anterior o anteriores parejas (Desai y Saltzman, 2001).

El abuso físico es el real intento o amenaza de, cualquier uso de la fuerza física con la intención de herir, o hacer daño a las mujeres, por ejemplo, bofetadas, puñetazos, patadas, empujones, el estrangulamiento o el uso de un arma (Healey, 1998). Además, las personas que se dedican a la agresión física grave contra su pareja, con frecuencia tienden a mostrar comportamientos abusivos de todo tipo y nivel de gravedad, mientras que los individuos que abusan verbal o psicológicamente tienden a no utilizar violencia física contra su pareja, o de ser así, lo hacen sólo en episodios que implican actos de menor agresividad (Gordon, 2000). Por lo tanto, es necesario e importante evaluar todos los tipos de violencia, así como los patrones de abuso en el tiempo.

A menudo, la amenaza de la violencia va acompañada de la destrucción de bienes pertenecientes a la mujer, incluido el de los animales domésticos de ésta. Esto sirve como

una advertencia que el hombre hace a la mujer, en el sentido de que es capaz de producirle más daño si él así se lo propone (Healey, 1998).

El abuso sexual es cualquier coacción o actividad sexual no deseada por ella. Ejemplos de abuso sexual son la violación, la obligación a la mujer a participar en actos sexuales indeseables, dolorosos o humillantes, acusándola constantemente de infidelidad sexual, y esperando a que ella esté sexualmente siempre disponible cuando la pareja lo desee (Healey, 1998).

El maltrato psicológico incluye abuso verbal/emocional, intimidación y amenaza. El abuso verbal/emocional se compone de conductas destinadas a destruir la autoestima de la mujer y socavan su confianza en sí misma. Estos comportamientos incluyen interacciones verbales. Ejemplos de este tipo de violencia son el constante uso de lenguaje ofensivo y degradante, haciendo uso de palabras denigrantes y procaces (Healey, 1998).

La violencia perpetrada por la pareja se pone de relieve debido a la existencia de desavenencias intensas y continuas de las relaciones interpersonales que pueden conducir a la repetición de la violencia (Gordon, 2000). Además, las relaciones interpersonales de los individuos que participan en actos de violencia dentro de una pareja, por lo general incluyen una pobre relación afectiva (Gordon, 2000).

2.5.2.3) Marcos Conceptuales para la Violencia Doméstica

Existen varios marcos conceptuales de la violencia doméstica. Describiremos tres marcos principales asociados con las siguientes disciplinas (1) psicológicos, (2) sociológicos y (3) feministas (Gelles, 1993). Estos marcos ayudarán a facilitar la comprensión de la violencia doméstica y ayudar a eliminar los mitos que la rodean.

2.5.2.3.1) Perspectiva Psicológica

Los primeros principios psicológicos de la violencia doméstica se centraron claramente en los factores psicológicos y psiquiátricos (O'Leary, 1993). Durante este tiempo se suponía que uno o ambos miembros de la pareja tenía ciertas características anormales que los

hacían propensos a la violencia. Por ejemplo, las mujeres se consideraban masoquistas (Snell et al., 1964 citado en O'leary, 1993) y los hombres a tener problemas con la pérdida de control y excesivo apego a los comportamientos agresivos (Lorenz, 1966 citado en Browne y Herbert, 1997, pág. 28), que es visto como el resultado de la genética y/o de experiencias de socialización negativas (Lorenz, 1966 citado en Browne y Herbert, 1997).

Otros marcos psicológicos de la violencia en el hogar incluyen la psicopatología, los aspectos psicodinámicos, y la teoría del aprendizaje social e interpersonal interactivo (Jasinski, 2001). Todas estas perspectivas se concentran en las características de cada uno de los abusadores. Para ejemplo, la psicopatología perspectiva sugiere que los hombres que son violentos hacia las mujeres tienen algún tipo de trastorno de la personalidad o enfermedad mental (Jasinski, 2001).

La perspectiva interpersonal e interactiva se centra no sólo en las características de los abusadores, sino también en las características de las víctimas (Toch, 1969 citado en Browne y Herbert, 1997).

En la teoría del aprendizaje social, la violencia en el hogar se considera como un comportamiento aprendido de observación de modelos agresivos y/o la exposición a la violencia (Jasinski, 2001). Aunque hay algunas pruebas para apoyar esta observación, ésta no puede explicar el comportamiento de un gran número de toxicómanos que no tienen un historial de abuso infantil, ni provienen de hogares violentos (Jasinski, 2001).

La explicación psicológica también es limitada porque no aborda la cuestión del poder y de género (Yllo, 1993). Además, esta perspectiva no ofrece respuestas de por qué los hombres con enfermedades mentales maltratan a sus esposas y no a otras personas, como sus empleados (Yllo y Bograd, 1988).

2.5.2.3.2) Perspectiva Sociológica

El núcleo de la perspectiva sociológica es la suposición de que las estructuras sociales tienen un rol que afecta a las personas y su comportamiento (Gelles, 1993). Algunos

sociólogos han investigado los factores de riesgo y predictores de la violencia doméstica. Estos factores incluyen la edad, el sexo, las variables socioeconómicas, la tensión social, la raza y la etnicidad (Gelles, 1993).

Gelles y Cornell (1990) proponen que factores tales como presiones de trabajo, desempleo, la pobreza y las malas condiciones de vivienda causan frustración a nivel individual y en consecuencia, conducen a la violencia en la familia. Sin embargo, algunos autores argumentan que se trata de una visión limitada dado que la violencia no se limita a las familias en el estrato socioeconómico más bajo, sino que se dispersan entre las diversas clases sociales (Browne y Herbert, 1997).

Los sociólogos también ven la estructura de la familia como institución social que crea un alto riesgo de violencia (Gelles, 1993). Otra explicación sociológica de la violencia en el hogar es el recurso propuesto por la teoría Goode en 1971 (citada en Jasinski, 2001). Goode sugiere que la violencia es un recurso utilizado para obtener el poder.

Aunque las perspectivas sociológicas emplean variables psicológicas, factores familiares, y el contexto social más amplio en la comprensión de la violencia doméstica como un problema social, Yllo (1993) sostuvo que no hay que centrarse en el carácter patriarcal de esas fuerzas sociales. En resumen las fuerzas sociales han llevado a la desigualdad de género en la familia y permite a los hombres tomar el control de la familia y abusar de sus parejas.

2.5.2.3.3) Perspectiva feminista

La base de las perspectivas feministas sobre la violencia doméstica se originan desde una perspectiva social (Yllo, 2005). Investigadores y clínicos utilizando esta base explican la violencia contra la mujer como una forma de control social que surge directamente de la estructura patriarcal y la ideología de la familia (Dobash y Dobash, 1979; y Yllo y Bograd, 1988, Yllo, 1993, 2005).

Dobash y Dobash (1979) explican la violencia contra la mujer en términos de coacción de

control, que se centra en el poder y el control que ejercen los hombres sobre la posición subordinada de la mujer en la sociedad. Este poder y el control se producen en la sociedad y en el contexto del hogar y la familia. A nivel social, esto puede ser visto como los hombres que ocupan puestos de poder y control en el gobierno, en organizaciones religiosas y la sociedad en general. Dobash y Dobash (1979) también argumentó que, al igual que los hombres dominan a las mujeres a nivel social, esto también ocurre en el contexto de la casa y la familia.

Desde esta perspectiva, los principales factores que contribuyen a la violencia entre maridos y esposas son el hecho de que éstas son históricamente dominadas por los hombres debido a la estructura social y a las prácticas de socialización que enseñan a los hombres y a las mujeres las funciones específicas de cada género (Jasinski, 2001; Pagelow, 1984).

La violencia doméstica desde una perspectiva feminista también se centra en la relación entre factores culturales e ideología de la dominación masculina y las fuerzas estructurales que limitan el acceso de la mujer a mayores recursos.

Por lo tanto, la violencia contra la mujer se convierte en un método utilizado por los hombres para mantener el control social y poder sobre las mujeres (Jasinski, 2001) y, por tanto, es el resultado que hace que las mujeres ocupen la posición subordinada en la estructura social.

Esta subordinación es el legado cultural de la familia tradicional (Jasinski, 2001). En otras palabras, la violencia contra la mujer es una manifestación de un sistema de dominio masculino que ha existido históricamente y en diversas culturas (Yllo y Straus, 1990).

Algunos investigadores han desestimado las perspectivas feministas sobre la violencia doméstica (Steinmetz, 1987 citado en Yllo, 2005) y criticado estas perspectivas estrechas e incapaces de dar cuenta de la violencia perpetuada contra las mujeres (Dutton y Bodnarchuk, 2005).

Investigadores feministas por otra parte han argumentado que estos modelos proporcionan un muy amplio análisis de género y poder en la sociedad y otorgan información fructífera sobre la violencia, mientras que otras perspectivas no incorporan adecuadamente las cuestiones de género en sus explicaciones (Yllo, 1993).

Las perspectivas feministas se están convirtiendo en los modelos explicativos dominantes para la comprensión de la violencia doméstica contra la mujer (Gelles, 1993). Esto es debido a su gran fuerza en el enfoque de promoción o de la praxis (Gelles, 1993, pág. 41).

El punto central del enfoque feminista es el de la victimización de la mujer como un problema social y la necesidad de abordar el uso nocivo de la coerción psicológica y física para ejercer control y dominio sobre ellas (Gelles, 1993).

2.5.2.4) Prevalencia de la Violencia Doméstica

El embarazo y el período postnatal convierten a las mujeres vulnerables a la violencia (Mezey y Bewley, 1997), y la violencia por parte de la pareja puede comenzar o agravarse durante este período (McFarlane, Parker, Soeken, y Bullock, 1992).

Las estimaciones de la incidencia y prevalencia de la violencia en el hogar varían, debido a las diferencias en las definiciones y procedimientos de muestreo (Gazmararian et al., 1996).

En los Estados Unidos, aproximadamente una de cada cinco parejas experimentaron al menos un episodio de violencia durante un período de un año (Abbott, Johnson, Koziol-McLain, y Lowenstein, 1995).

En Australia, el Estudio de Seguridad de la Mujer (Oficina de Estadística de Australia, 1996) identificó que una de cada doce mujeres que estaban casadas o en pareja en una relación de hecho, había sufrido violencia por parte de sus parejas actuales.

Un estudio realizado en Melbourne entre 2181 mujeres encuestadas a través de las prácticas clínicas generales encontró que 22% habían sido agredidas físicamente por sus parejas en los últimos 12 meses (Mazza, Dennerstein, y Ryan, 1996).

Una encuesta realizada en el Real Women's Hospital de la clínica prenatal en Brisbane, Australia reveló que el 8,9% de las mujeres son víctimas de violencia doméstica durante el embarazo (Webster et al., 1994).

De manera similar, un estudio realizado en Tailandia, encontró que el 12% de las mujeres fueron víctimas de violencia física durante el embarazo (Thanaudom, 1996).

Gazmararian et al. (1996) proporcionó un examen exhaustivo de los numerosos estudios en los Estados Unidos y otros países desarrollados sobre la violencia durante el embarazo entre 1963 y 1995. La revisión reveló que la prevalencia de la violencia durante el embarazo varió entre 0,9% a 20,1%.

Los pocos estudios realizados en otros países, por ejemplo, Martin et al., 2001; y McFarlane al., 1999; Webster et al., 1994 han identificado una presencia constante de la violencia contra la mujer. Sin embargo, la investigación aún no ha confirmado si las mujeres embarazadas tienen mayor riesgo de violencia doméstica durante el embarazo. Tampoco hay investigaciones que aclaren si la gravedad o frecuencia de incidentes violentos aumenta, disminuye o cesa por completo durante el embarazo (Ballard et al., 1998).

2.5.2.5) Factores contribuyentes

A menudo se sigue considerando a la violencia doméstica como un asunto privado, no se reconoce que la violencia contra la mujer es un delito a pesar de la legislación en ese sentido; como consecuencia, las mujeres maltratadas no revelan el abuso debido a la vergüenza, miedo a las represalias, la humillación, la negación de la gravedad del abuso, la preocupación por la confidencialidad (Gerbert, Abercrombie, Caspers, y Bronstone, 1999),

los sentimientos de auto-culpa, y la lealtad con el abusador (Heise, Raikes, Watts, y Zwi, 1994).

La renuencia a revelar los abusos no sólo está relacionada con el miedo de la mujer a las consecuencias de inmediato en su seguridad personal sino también al posible impacto económico de la disolución de las relaciones y el miedo acerca de la injerencia policial.

Además, la realidad cotidiana de la vida con el abuso puede modificar en muchas mujeres el sentimiento de identidad y causar sensación de atrapamiento y desempoderamiento (Smith, Tessaro, y Earp, 1995). Esto puede reducir la capacidad de la mujer para desarrollarse y revelar el abuso a los proveedores de atención médica.

La opinión general de la mujer como objeto sexual y una falta de respeto por los cuerpos de las mujeres son otros importantes factores ligados a la violencia contra la mujer, esto es particularmente visto en la generalización de la prostitución forzada y la utilización de mujeres incluso para la pornografía. La posición del hombre como cabeza de la familia, erróneamente se piensa otorga derecho al titular a determinar lo que esto significa para otros miembros de la familia en general y establece un concepto de autoridad patriarcal (Horsfall, 1991). Las mujeres, por otra parte, se supone que deben realizarse en los papeles de madre y esposa (Mulder, 1996) y en este último rol se espera de ellas que acepten cualquier tratamiento que el marido pueda darles (Horsfall, 1991). Además, el papel maternal de la mujer se solapa perfectamente con su función más general de ser responsable de la nutrición física y emocional, así como el velar por el bienestar de todos los miembros de la familia (Horsfall, 1991).

2.5.2.6) Factores de riesgo para la Violencia Doméstica

En un intento de comprender mejor la violencia doméstica, los investigadores han tratado de identificar factores de riesgo asociados. Sin embargo, estos factores de riesgo sólo explican parcialmente la asociación de la violencia en el hogar y ayudan poco a identificar a las mujeres que están en riesgo.

Aunque la violencia doméstica ocurre entre las mujeres en todas las culturas, independientemente de la vida social, económica y nivel educativo (Hedin et al., 1999; Hegarty et al., 2000), cinco factores de riesgo han sido asociados con la violencia doméstica. Estos son factores sociodemográficos, la historia anterior de abuso, la falta de apoyo por parte de pareja y familiares, múltiples problemas de salud y las características de la pareja masculina.

Los factores sociodemográficos se asocian con la violencia doméstica (Weinbaum et al., 2001). Las mujeres que tienen bajos niveles de educación, bajos ingresos, las desempleadas, son más proclives a sufrir de violencia física grave que las que no lo son.

Estas características son similares a las identificadas en otros estudios (Hedin et al., 1999, Martín et al. 2001; y Stewart Cecutti, 1993; Thanaudom, 1996). Otro estudio también encontró que las mujeres de raza blanca tenían más probabilidades de ser maltratadas, y el abuso en ellas es más severo que el de las mujeres hispanas y el de las de raza negra (McFarlane et al. 1992).

Las mujeres que eran jóvenes, tenían hijos en el hogar (Thanaudom, 1996; Weinbaum et al., 2001), y habían aumentado su paridad (Cokkinides y Coker, 1998) se encontraban en mayor riesgo de violencia en el hogar.

Del mismo modo, en un estudio prospectivo de 364 mujeres de bajos ingresos en el Oeste de Virginia, Dye, Tollivert, Lee y Kenny (1995) encontraron que las mujeres gestantes por primera vez tenían casi dos veces más probabilidades que otras mujeres de ser víctimas de abuso durante su embarazo.

El abuso en el pasado se asocia con la violencia doméstica. Estudios anteriores encontraron que una historia de abuso en el pasado fue un factor de riesgo importante para el abuso posterior (Hillard, 1985; McFarlane et al., 1992). En un estudio sobre la prevalencia de maltrato físico entre las 548 canadiense embarazadas, Stewart y Cecutti (1993) encontraron que el 6,6% de las mujeres informaron de abuso durante el embarazo actual y de las 36

mujeres embarazadas maltratadas el 86,1% informó abuso anterior, con un 63,9% que afirmaba que el abuso había aumentado durante el embarazo.

Además, Martín et al., (2001) encontró una significativa asociación entre el abuso antes y durante el embarazo. Las mujeres que fueron maltratadas antes del embarazo también fueron más propensas a ser objeto de abuso durante el embarazo y en el postparto.

Otro factor asociado con la violencia doméstica es la falta de apoyo familiar o de la pareja. Se llevó a cabo un estudio canadiense durante un año para identificar los factores de riesgo para la violencia física entre mujeres embarazadas que reciben atención prenatal en servicios públicos (Muhajarine y D'Arcy, 1999). La muestra estuvo constituida por 543 mujeres embarazadas, con edades entre 15 - 40 años de edad, las cuales fueron entrevistadas en su segundo trimestre y a finales de su tercer trimestre.

Los investigadores encontraron que el maltrato físico se asoció con el estrés y la falta de apoyo percibido, que se define como el número de personas a las que las mujeres podrían hablar o con quienes podrían reunirse. Las mujeres que tenían una puntuación más alta de percepción de estrés relacionado con la violencia, y acontecimientos más negativos de la vida en los últimos doce meses se encontraban en un mayor riesgo de sufrir violencia.

Las mujeres que están expuestas a la violencia en el hogar, también es probable que tengan mayores factores de riesgo para atentar contra su propia salud, es así que en un estudio prospectivo de 1243 mujeres embarazadas en Boston (Amaro et al. 1990) se encontró que las víctimas de la violencia fueron significativamente más propensas que las no abusadas a utilizar el alcohol y las drogas.

Del mismo modo, otros estudios han encontrado que las mujeres que habían sido víctimas de violencia física durante el embarazo fueron significativamente más dadas a utilizar el alcohol, las drogas ilícitas y los cigarrillos de forma regular, en comparación con las no abusadas (Martin et al. 1996; Stewart y Cecutti, 1993).

Estudios adicionales informaron que las gestantes maltratadas tuvieron más probabilidades de ser emocionalmente angustiadas, así como de tener dietas poco saludables (Stewart y Cecutti, 1993), y de usar más sustancias de venta libre, así como de consumir drogas ilegales durante el embarazo (Dye, et al., 1995; Letourneau, Holmes, y Chasedunn - Roark, 1999; Stewart y Cecutti, 1993).

Por último, algunas características de la pareja también han sido identificadas como factores para la violencia doméstica. Por ejemplo, un estudio caso-control por Kyriacou, et al. (1999) en ocho grandes universidades afiliadas a los departamentos de emergencia de los Estados Unidos identificaron 256 mujeres con lesiones por violencia doméstica.

Los datos fueron recolectados por períodos de tres a quince meses, dependiendo de los sitios de estudio, durante 1997 y 1998. Encontraron que las mujeres con mayor riesgo de sufrir daños a causa de la violencia en el hogar incluía parejas masculinas que se encontraban desempleadas o empleadas ocasionalmente, parejas que tenían una educación secundaria, eran ex maridos, maridos separados, o ex-novios de las mujeres, y que además dichos varones, con frecuencia abusaban del alcohol o de las drogas.

Otro estudio encontró que las mujeres cuyas parejas tenían problemas con el alcohol tenían 3,4 veces más probabilidades de ser víctimas de violencia física durante el embarazo que aquellas mujeres cuyas parejas no tenían problemas con el alcohol (Muhajarine y D'Arcy, 1999).

Dos estudios en Tailandia (Clongphayaban, 1999; Thanaudom, 1996) encontraron que los juegos de azar por parte de las parejas masculinas y los patrones de comunicación ineficaz entre los maridos y las esposas se asociaron con un mayor riesgo de violencia en el hogar.

Informes clínicos han indicado que la violencia doméstica durante el embarazo está con frecuencia relacionada con los celos del marido o con la ansiedad próxima al parto que en éstos se desarrolla (Koss et al., 1992).

Un estudio realizado por Wiemann, Agurcia, Berenson, Volk y Rickert (2000) encontró que el abusó en las mujeres embarazadas se relaciona con el hecho de tener una pareja con un historial de participación en casos policíacos y delincuenciales, frecuente abuso de sustancias y problemas legales relacionados con el alcohol y las drogas.

Estos hallazgos sugieren que la evaluación de las características de las parejas de las mujeres embarazadas podría proporcionar información importante sobre la seguridad de las mujeres gestantes.

En resumen, la violencia doméstica se produce en todo el mundo y no se limita a una cultura, clase socioeconómica o área geográfica. Factores como la renta, el nivel de educación, estado civil, edad, situación laboral, apoyo de la familia, y los riesgos para la salud de las mujeres, así como el comportamiento de las parejas se han asociado con la violencia doméstica en mujeres gestantes, (Keenan, 1998).

2.5.2.7) La Violencia Doméstica y resultados adversos del embarazo

La violencia doméstica durante el embarazo es muy estresante para la mujer embarazada y posteriormente pueda afectar a la salud de su niño por nacer (McFarlane, 1991). Anteriores estudios han demostrado que la violencia afecta a las mujeres durante el embarazo y puede conducir a complicaciones del embarazo y a consecuencias negativas sobre las mujeres y sus recién nacidos.

2.5.2.7.1) Complicaciones del embarazo

Aunque hay causas indirectas de resultados adversos en el nacimiento como el estrés, la ansiedad, fumar o usar drogas durante el embarazo (Grimstad, Schel, Backe, y Jacobsen, 1999), la violencia en el hogar también se asocia con pobres resultados del embarazo y aumenta el riesgo de parto prematuro.

En un estudio de cohorte prospectivo en Carolina del Norte, 545 mujeres con edades comprendidas entre los 13 - 40 años, que participaron en un programa de coordinación de la atención prenatal en un departamento de salud, fueron evaluadas varias veces durante el

embarazo mediante el protocolo de evaluación sistemática de la violencia (Covington et al., 2001). El estudio encontró que siete de las 13 mujeres que denunciaron violencia prenatal con golpes en el abdomen tuvieron partos prematuros.

Mujeres que denunciaron violencia física grave tuvieron significativamente más probabilidad de tener una muerte perinatal o un parto prematuro. Este estudio fue limitado a las mujeres que tenían bajos ingresos económicos. Además, se hizo hincapié en los actos graves de violencia, lo cual puede conducir a una subestimación de los efectos del maltrato.

Sufrimiento fetal y muerte fetal, se han registrado en varios estudios. Por ejemplo, en un estudio prospectivo al examinar el impacto de la violencia doméstica y sus efectos sobre los niños de 370 mujeres embarazadas en Virginia Occidental, Dye et al. (1995) encontró que las mujeres que experimentan violencia durante su actual embarazo tenían más probabilidades que otras mujeres de tener sufrimiento fetal o muerte fetal. También encontró que los recién nacidos de las mujeres maltratadas tenían más probabilidades de permanecer en hospital por un tiempo más prolongado después del parto.

La tasa de muerte fetal y de aborto involuntario también han sido reportadas en algunos estudios. Hedin y Janson (2000) llevaron a cabo un estudio entre 207 mujeres embarazadas suecas, casadas o con una relación heterosexual, de tres clínicas de atención prenatal durante un período de doce meses. Los autores encontraron que la proporción de abortos involuntarios entre las mujeres maltratadas y las que no lo son, no es similar. Sin embargo, una proporción más elevada de las mujeres maltratadas había experimentado uno o más abortos que el grupo de las no abusadas.

Además, en una revisión de 1014 mujeres embarazadas, Webster et al. (1996) encontró que tanto el aborto involuntario y el aborto intencional se observó más frecuentemente en mujeres con historia de abuso que en las mujeres no maltratadas, y hubo una tendencia hacia una mayor incidencia de muerte fetal. Otro estudio identificó que las mujeres que experimentaron violencia física durante el embarazo tuvieron 1,5 veces más probabilidades de tener sus partos por cesárea (Cokkinides, Coker, Sanderson, Addy, y Bethea, 1999).

Otras consecuencias de la violencia física durante el embarazo, en particular como consecuencia de trauma abdominal, incluyen fracturas fetales, la ruptura del útero de la madre, el hígado, o bazo, fracturas de pelvis y hemorragia anteparto (Sammons, 1981 citado en Newberger et al., 1992). Además, el trauma abdominal puede causar contracciones uterinas, rotura prematura de membranas, y conducir a la infección uterina con trabajo de parto prematuro y la posible pérdida fetal (Newberger et al., 1992).

Por tanto, parece que una variedad de complicaciones del embarazo como la hemorragia anteparto, parto prematuro, muerte fetal, aborto involuntario y el aborto intencional están asociados con la violencia doméstica.

2.5.2.7.1.1) Repercusiones maternas

Los estudios han demostrado que la violencia afecta tanto la salud física y mental de la mujer. Un estudio poblacional en California mostró que las víctimas de la violencia doméstica tenían más probabilidades de presentar dolor crónico y una pobre salud física que limita las actividades de la vida diaria (Weinbaum et al., 2001). Dolor, disminución de las actividades cotidianas y la mala salud merman la capacidad de la mujer para el trabajo y el cuidado de sus hijos.

Un nivel sensiblemente más alto de quejas somáticas por parte de las víctimas de la violencia ha sido reportado en algunos estudios (McCauley et al., 1995). Además, problemas de salud física que requieren medicamentos o consultas médicas regulares, entre ellos las migrañas, infecciones, problemas gastrointestinales, hipertensión, y problemas musculoesqueléticos fueron reportados entre las mujeres que habían sido víctimas de abuso doméstico (Letourneau et al., 1999).

Suicidios y homicidios se han encontrado de manera generalizada entre las mujeres maltratadas (Campbell, Poland, Walker y Ager, 1992; Hillard, 1985). Un caso de estudio de las Naciones Unidas sobre el maltrato de las esposas en China encontró que el 6% de lesiones graves y muerte en Shanghai fueron causados por violencia doméstica (Wu, 1986).

citado en Heise, 1993). La violencia en el hogar también puede contribuir a comportamientos negativos para la salud de las mujeres embarazadas, tales como, el consumo de tabaco, el alcohol y la toxicomanía (Amaro et al., 1990; Letourneau et al., 1999, Martín et al., 1996).

Newberger et al. (1992) argumentó que estos comportamientos fueron una reacción a la angustia psicológica de la victimización. Sin embargo, el consumo de tabaco, el alcohol y las drogas pueden afectar negativamente a los niños con independencia de sus madres.

En términos de salud mental de la mujer, varios estudios han reportado una asociación entre la violencia doméstica y la mala salud mental. Una encuesta telefónica de 2415 mujeres gestantes informó que quienes experimentaron la violencia por parte de su pareja tenían más probabilidades de estar deprimidas (Tollestrup et al., 1999).

Otros estudios también informan que las víctimas de la violencia doméstica son más propensas a mostrar signos de depresión, ansiedad, y síntomas relacionados con el trastorno de estrés postraumático (Tolman, 1989).

El estrés de la violencia en el hogar también puede influir en el día a día del desempeño de las mujeres. Un estudio poblacional en California encontró que las víctimas de la violencia familiar tenían más probabilidades de presentar no sólo mala salud mental, sino también la sensación de estar abrumadas, y la escasez de actividades diarias debido a sentimientos de tristeza y depresión (Weinbaum et al., 2001).

Mujeres maltratadas han informado frecuentes tensiones con su pareja desde que quedaron embarazadas (Dye, et al., 1995). Además, una gran proporción de víctimas de violencia doméstica informaron que habían sido diagnosticadas de algún problema de salud mental y buscó ayuda en salud mental en los últimos doce meses (Weinbaum et al., 2001).

Se puede observar que la violencia en el hogar a largo plazo tiene consecuencias negativas para la salud en las mujeres maltratadas y los efectos incluyen las lesiones relacionadas con

el trauma, trastornos gastrointestinales, problemas ginecológicos, quejas somáticas, dolores crónicos y trastornos psicológicos como la depresión, el suicidio, autolesiones y trastornos de estrés postraumático, (Bograd, 1988).

2.5.2.7.1.2) Resultados neonatales

La violencia doméstica durante el embarazo no sólo afecta a la salud materna, sino también tiene resultados adversos sobre la salud infantil. A pesar de que hay posibles causas maternas asociadas con el bajo peso al nacer, por ejemplo, el bajo nivel socioeconómico, la mala nutrición, el tabaquismo, el consumo de alcohol, el estrés (Shiono et al., 1986 citado en Bullock y McFarlane, 1989) y la falta o insuficiente atención prenatal (Newberger et al., 1992; Showstack, Budetti, y Minkler, 1984); la asociación entre la violencia doméstica durante el embarazo y el bajo peso al nacer de los lactantes, se ha observado en varios estudios (Bullock y McFarlane, 1989; Parker et al., 1994).

En un estudio de cohortes de 1203 mujeres embarazadas, étnicamente estratificadas, que recibieron atención prenatal en clínicas públicas en Baltimore y Houston; Parker et al. (1994) encontró que las mujeres que habían sido objeto de abuso durante el embarazo tuvieron significativamente un mayor porcentaje de recién nacidos que pesaban menos de 2.500 gramos. Además, un estudio en 589 mujeres postparto mayores de 18 años encontró que las mujeres que reportaron abuso doméstico tenían el doble de probabilidades de tener un bebé de menos de 2.500 gramos de peso al nacer. La asociación persistió incluso cuando el alcohol y el tabaco, la edad, la raza y el tipo de atención prenatal fue controlada (Bullock y McFarlane, 1989).

Del mismo modo, un estudio de 489 mujeres con edades entre 18 - 35 años, encontró que el 20% de éstas fueron víctimas de la violencia doméstica y que entre éstas últimas el 16% dio a luz un niño de bajo peso al nacer, en comparación con el 6% de las mujeres que no fueron maltratadas (Fernández y Krueger, 1999).

Algunos estudios, sin embargo, no encontraron asociación entre el abuso durante el embarazo y el peso al nacer o la edad gestacional en el momento del parto (Cokkinides et

al., 1999; O'Campo et al. 1995; Quinlivan y Evans, 2001). Por ejemplo, un estudio de casos y controles entre 85 mujeres que tuvieron bajo peso al nacer y 92 mujeres con bebés de mayor peso en Noruega, no encontró ninguna asociación entre el bajo peso al nacer y la historia materna de abuso (Grimstad et al., 1999).

Este estudio sin embargo fue limitado debido al posible sesgo de memoria, porque algunas mujeres fueron entrevistadas inmediatamente después de su parto y otras lo fueron hasta un año después del mismo, además otras madres abusadas con hijos de bajo peso al nacer, es probable que no hayan participado en este estudio debido a sentimientos de vergüenza y culpabilidad, lo cual podría crear una subestimación de la relación entre el abuso y el bajo peso al nacer.

Problemas neonatales incluyendo pobre ganancia de peso, dificultades de alimentación, ictericia, sospecha o sepsis probada, así como irritabilidad o síndrome de abstinencia eran también más diagnosticados en lactantes de madres maltratadas (Quinlivan y Evans, 2001). Además, la aparente relación entre la violencia y las puntuaciones de Apgar bajo, y la atención en cuidados intensivos neonatales fue encontrada entre los lactantes de mujeres con bajos ingresos económicos y maltratadas durante su gestación.

La relación persiste incluso después de controlar variables como la edad, la raza, un nacimiento anterior con pobres resultados, y uso de alcohol (Covington et al., 2001). En general, los estudios sobre la violencia han investigado una serie de resultados del embarazo. Así, varios estudios incluyeron el peso al nacer y el parto prematuro (Bullock y McFarlane, 1989; Cokkinides et al., 1999, Parker et al., 1994; Quinlivan y Evans, 2001).

También hay estudios que refieren la mayor incidencia estadísticamente significativa de bajo peso al nacer entre los hijos de las mujeres abusadas y los de las no abusadas (Bullock y McFarlane, 1989; Parker et al., 1994). Hay algunos factores que limitan el uso de estudios previos en la evaluación de la relación entre violencia durante el embarazo y los resultados del embarazo. Estos factores se refieren al diseño de las investigaciones, como al calendario de la recopilación de datos y el número de entrevistas, el insuficiente control de variables

de confusión, y la falta de documentación en relación con el sitio corporal de la lesión (Petersen et al., 1997). A pesar de estas limitaciones, es evidente que bebés y madres sufren los efectos de los abusos.

2.5.7.2.1.3) Sitios blanco de daño corporal

Estudios previos han demostrado que los sitios del cuerpo materno lesionados están relacionados con los resultados adversos en el nacimiento. Algunos investigadores evaluaron áreas específicas del cuerpo que pueden ser agredidos durante los incidentes violentos. En un estudio canadiense de 548 embarazadas de habla inglesa y que fueron evaluadas a las 20 semanas de gestación o más, Stewart y Cecutti (1993) encontraron que el abdomen de una mujer embarazada fue la principal área afectada por el agresor (63,9%), seguido de las nalgas (13,9%), la cabeza y el cuello (11,1%) y finalmente las extremidades (11,1%).

Las mujeres maltratadas también informaron de golpes en los senos y los genitales acompañando a las agresiones sexuales (Dobash y Dobash, 1979). El rostro se informó como la localización más común de lesiones en una muestra de 501 mujeres embarazadas afroamericanas, hispanas y de color blanco (McFarlane, 1993).

La violencia doméstica que se traduce en trauma abdominal se asocia con resultados adversos del embarazo (Newberger et al., 1992), esto también puede llevar a la falta de acceso a atención prenatal debido al control que ejercen las parejas de estas mujeres.

Dado que las mujeres sanas en edad de concebir acuden por atención ginecológica de rutina muy raramente o lo hacen sólo durante el embarazo, es importante que todas las mujeres que buscan recibir atención prenatal sean tamizadas adecuadamente para descartar violencia doméstica (Espinosa y Osbourne, 2002).

2.5.7.2.1.4) La violencia doméstica durante el período postparto

Aunque la investigación sobre la violencia doméstica antes y durante el embarazo es cada vez mayor, hay una escasez de la investigación sobre el abuso perpetrado después del parto,

un tiempo estresante para muchas familias (Martin et al., 2001). Si bien la mayoría de los estudios se han centrado en los períodos anterior y durante el embarazo, varias investigaciones han abordado la violencia doméstica en el período posparto. Por ejemplo, el estudio sueco de Hedin (2000) encuestó a 207 mujeres que sufrieron violencia en sus 8 semanas de postparto. La tasa de respuesta fue del 64%. Los resultados mostraron que 32 de 132 mujeres (24,2%) experimentaron las amenazas, físicas o abuso sexual posparto. De estas 32 mujeres, 22 no habían sido objeto de abuso anteriormente.

En una muestra representativa de las mujeres de Carolina del Norte, Martin (2001) examinó las pautas de abuso físico, antes, durante y después del embarazo. Una muestra de 2648 mujeres que viven su postparto fue invitada a participar en una encuesta por correo y vía telefónica. Los investigadores evaluaron el maltrato físico durante tres períodos: de los doce meses antes de quedar embarazada, durante el embarazo, y tres meses después del parto. La prevalencia de maltrato antes del embarazo fue del 6,9% en comparación con el 6,1% durante el embarazo y el 3,2% en el período posparto.

Los investigadores descubrieron que el 77% de las mujeres maltratadas fueron heridas después del parto, el 73% experimentó dolor al día siguiente después del abuso, el 57% tenía esguinces, contusiones o pequeños cortes, el 9% tenía lesiones en la cabeza, el 8% tenían heridas por armas, y el 6% presentó huesos rotos, cortes o quemaduras graves.

Aunque las tres cuartas partes de estas mujeres tenían varios tipos de lesiones, sólo el 23% recibió atención médica para sus heridas. Los autores sugieren que el abuso en un período anterior está fuertemente asociado con mayor abuso en períodos subsiguientes. Las conclusiones de este estudio también sugieren que el abuso de la pareja se produce en el período postnatal inmediato, y existe una oportunidad para la comunidad y para los profesionales de la salud durante este periodo de poder identificar este abuso.

Sin embargo este estudio presenta algunas limitaciones, ya que por ejemplo no se preguntó acerca de la composición de los hogares de las mujeres o si éstas habían cambiado parejas durante los tres períodos examinados. Así, el estudio no pudo determinar la medida en que

el inicio o la interrupción de la violencia se asoció con este tipo de alteraciones. Del mismo modo, no se disponía de información relativa a otros tipos de abuso, como el maltrato psicológico. Por último, este estudio incluyó sólo a mujeres que tuvieron productos vivos y las conclusiones no pueden ser generalizadas a las mujeres con otro tipo de resultados del embarazo.

En resumen, la mayoría de las investigaciones previas sobre la violencia doméstica, se centraron principalmente en la violencia física con pocos estudios de los aspectos psicológicos y de violencia sexual.

Por lo tanto, los estudios deben ampliarse para abordar no sólo el maltrato físico, sino también el psicológico y el abuso sexual (Otchet, 1999). Se necesita más información acerca de la frecuencia, tiempo, y la gravedad de la violencia, el sitio del organismo afectado por la violencia, así como el alcance del tratamiento médico dado para las lesiones sufridas (Pande, 2002).

El momento de la recogida de datos también varía entre los estudios. Algunos investigadores entrevistaron a las mujeres sólo una o dos veces durante el embarazo. La falta de contacto con las mujeres puede llevar a una subestimación de la violencia en los momentos críticos (Sen, 1998). Además, muy pocos estudios llevaron a cabo un seguimiento de la entrevista después del parto. Por lo tanto, no se conoce muy bien si el riesgo de la violencia en el hogar aumenta durante el embarazo o después del parto, (Idrus, 2003).

Ningún estudio hasta la fecha ha incluido seis semanas de seguimiento después del parto. Un seguimiento de seis semanas puede ayudar a distinguir los problemas y acontecimientos que ocurren en el período de postparto, el cual se caracteriza por rápidos cambios físicos y mentales, en comparación con el período posparto más tardío.

La recopilación de datos a las seis semanas postparto puede ser útil ya que muchas mujeres, programan sus visitas a los servicios de atención de salud en este momento, proporcionando una oportunidad para que se den las intervenciones de los mismos, (Chaisetsampun, 2000).

2.5.2.8) Revelación de la Violencia Doméstica

La divulgación de la violencia doméstica es una cuestión importante. Se requiere de intimidad, confianza, confidencial, así como de un interrogatorio sensible y sin prejuicios por parte del personal asistencial (Johnson et al., 2003).

Se sugiere que el cribado de rutina se establezca sobre la supuesta base de que contribuirá en un principio a aumentar la identificación de las mujeres que son sometidas a la violencia doméstica, y que con una eficacia de las intervenciones y el apoyo adecuado posteriormente conducirá a una disminución de la exposición a la violencia y sus nocivas consecuencias para la salud, tanto física como psicológica (Johnson et al., 2003; Ramsay, Richardson, Carter, Davidson, y Feder, 2002).

Estudios anteriores demuestran que un número considerable de mujeres experimentan amenazas o maltrato físico, emocional y abuso sexual durante el embarazo. Por lo tanto, es esencial que la rutina de detección de abuso durante cada visita prenatal con la debida intervención se lleve a cabo en un intento por interrumpir el ciclo de violencia y prevenir futuros traumas, mejorar la seguridad de la mujer así como evitar efectos perjudiciales para la salud de ésta y la de su bebé (Jewkes, 2002) y prevenir de este modo las consiguientes repercusiones económicas (Hedin et al., 1999; McFarlane et al., 1999).

Una de cada cinco parteras interrogadas en una reciente encuesta realizada por el Royal College de Comadronas dijo que conocía al menos una mujer embarazada víctima de violencia doméstica. Además, uno de cada cinco vio a una mujer a la semana sospechosa de estar en la misma situación, el estudio reveló también que una de cada diez parteras cree que el embarazo fue el desencadenante del abuso, (Fugate, 2005).

Si las mujeres no se evalúan para el descarte de abuso, la violencia seguirá siendo no detectada y continuará sin tratamiento, a su vez que colocará a la mujer en riesgo de una escalada de más abusos y traumas (McFarlane et al., 1999). Además, la violencia doméstica, en particular la física asociada con el abuso de poder, puede funcionar como una barrera para el acceso a la atención prenatal a través de una obligada evitación a los servicios de salud (McFarlane et al., 1992).

Se ha informado, por ejemplo, que las mujeres abusadas tienen 1,8 veces más probabilidad de tener retraso en el inicio de la atención prenatal que las mujeres que no habían experimentado ese tipo de violencia (Dietz et al., 1997)

U.S. Preventive Services Task Force (1998), recomendó que todas las mujeres que acuden a recibir atención prenatal de rutina deben ser detectadas y recibir tratamiento para el abuso físico, ya que el embarazo es el momento que las mujeres tienen un contacto regular con los profesionales de la salud.

Por otra parte, en la Promoción Nacional de la Salud y Prevención de Enfermedades, (EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, 1998), se indica como uno de sus 21 objetivos prioritarios la prevención del comportamiento violento y abusivo en los Estados Unidos de Norteamérica.

En 2000, 189 Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas, trazaron algunos objetivos, los cuales son aspiraciones de desarrollo convenidos internacionalmente para la población del mundo que se deben cumplir para el año 2015 (Organización Mundial de la Salud, 2005, pág. III), y están directamente relacionados con la importancia de mejorar la condición de la humanidad en todo el mundo en las áreas de desarrollo y erradicación de la pobreza, paz y seguridad, la protección del medio ambiente y los derechos humanos y la democracia (UNIFEM, 2005, pág. 5).

En lo concerniente a la mujer, tiene importancia el derecho a la igualdad de género, esta Declaración compromete explícitamente la lucha contra todas las formas de violencia

contra la mujer y aplicar la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW) (UNIFEM, 2005, pág. 5). En la Declaración también se reconoce la importancia de promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer como una vía eficaz para la lucha contra la pobreza, el hambre y las enfermedades y para estimular verdaderamente el desarrollo sostenible (UNIFEM, 2005, pág. 5).

En Queensland, la Iniciativa de la Violencia Doméstica (DVI) que se desarrolló en 1999 incorpora la detección rutinaria de violencia en el hogar en la historia clínica, teniendo protocolos en las clínicas prenatales públicas o departamentos de emergencia (Salud en Queensland, 2000). Estos protocolos estándar, se recomienda que se apliquen en los entornos de atención sanitaria, con la esperanza de que la identificación temprana, la educación de apoyo, la referencia oportuna y efectiva, así como el seguimiento para las mujeres maltratadas podría reducir la prevalencia de lesiones abusivas (Wiist y McFarlane, 1998).

Se ha sugerido que el cribado mediante preguntas directas facilita la identificación del aumento de la violencia doméstica (Covington, Dalton, Diehl, Wright, y Piner, 1997; Ramsay et al. 2002). En los Estados Unidos, se han elaborado directrices que incluyen formas de preguntar acerca de la violencia doméstica en un entorno sin prejuicios, sensible y profesional (Flitcraft, Hadley, Hendericks-Matthews, McLeer y Warshaw, 1992).

Sin embargo, es bien sabido que la mayoría de los proveedores de servicios de salud tienen dificultades para abordar la violencia doméstica (Webster, Stratigos y Grimes, 2001). Esto puede ser debido a falta de confianza y la insuficiente formación acerca del correcto abordaje de la violencia doméstica, así como el no tener las habilidades suficientes respecto a qué hacer frente a una respuesta positiva (Newberger et al., 1992; Rodríguez, Bauer, y McLoughlin, 1999; Sugg y Inui, 1992).

Mientras tanto, las mujeres que han sido víctimas de abusos durante el embarazo pueden no estar preparadas para revelar el abuso en su primera visita a un centro de salud, pero es más

probable que después de desarrollar mayor confianza con los proveedores de servicios lo hagan. Los estudios sugieren que una evaluación directa y repetida acerca de abusos sufridos, hecha por profesionales de la salud debidamente entrenados es adecuada y puede facilitar la divulgación y aceptación por parte de las mujeres que son sospechosas de sufrir violencia (Bacchus, Mezey y Bewley, 2002; Gazmararian et al., 1996).

Por otra parte, hacer preguntas sobre la violencia doméstica con toda reserva en la visita puede hacer que las mujeres estén conscientes y sientan que a los proveedores de salud les importan ellas y su experiencia en torno a la violencia. Esto también da a la mujer el conocimiento acerca de dónde buscar ayuda si tienen experiencia de abuso en algún momento en el futuro (Salud de Queensland, 2000) y que es probable que ellas consideren de rutina, aceptable y relevante la investigación sobre la violencia en el hogar (Bacchus et al., 2002).

2.5.2.9) Obstáculos a la divulgación

La evaluación rutinaria sobre la violencia es aceptable para la mayoría de las mujeres y útil en la detección precoz de la violencia. Por ejemplo, un estudio informó que en Brisbane, el 98% de 1263 mujeres considera que es una buena idea pedir a las mujeres información sobre violencia doméstica durante su visita a un hospital Webster et al., (2001).

Del mismo modo, un estudio realizado por Bradley, Smith, Long y O'Dowd (2002) encontró que el 77% de las mujeres informaron de que sería aceptable para un médico preguntar acerca del abuso. Sin embargo, las experiencias de las mujeres en la atención de la salud, también pueden ser una barrera para buscar ayuda o revelar los abusos.

Los estudios han demostrado que las mujeres maltratadas tienen experiencias a menudo negativas con los servicios de salud, acusando a éstos de ser ineficaces, inútiles, insolidarios, desinteresados, indiferentes, incómodos, e intolerantes como para mantener una buena relación (Bowker y Maurer, 1987).

Hay otras barreras que impiden que las mujeres, en particular las que viven en zonas rurales

busquen atención. Estos incluyen la pobreza, los patrones culturales tan arraigados, la escasez de los servicios de salud, y la falta de sistemas de comunicación. Además, las mujeres que viven en las zonas rurales tienen menos acceso a los recursos como la educación y oportunidades de empleo, los cuales permiten salir de una relación abusiva de una manera más fácil (EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, 1998).

Por último, la violencia doméstica es más escondida en las zonas rurales y remotas, porque las mujeres están más aisladas y quieren proteger a sus parejas en las comunidades donde los miembros son bien conocidos entre sí (Alston, 1997).

Hay un creciente reconocimiento de que el grado de respuesta eficaz de los organismos de atención de salud tiene consecuencias directas para la seguridad y el bienestar en el hogar de las mujeres maltratadas (Allen, Bybee, y Sullivan, 2004). Apoyar a las mujeres que sufren la violencia doméstica requiere un respuesta a través de los diferentes sectores de la comunidad (Allen et al., 2004).

Aunque la investigación ha sugerido que las mujeres maltratadas carecen de información sobre toda la gama de recursos que existen en sus comunidades y desconocen acerca de a quién pedir ayuda, también hay amplia evidencia de que muchos profesionales de la salud están mal preparados para responder eficazmente a las necesidades de las mujeres (Peckover, 2003). Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de una mayor investigación en este ámbito.

2.6) Justificación del Estudio

Dado que la violencia en el hogar a menudo se produce entre los individuos a puertas cerradas y se refiere a las cuestiones de poder y control, de género y patriarcado, la violencia doméstica contra las mujeres en el Perú es un problema cada vez mayor, pero sigue siendo un tema desatendido.

La prevalencia de la violencia doméstica durante el embarazo es un tema poco investigado, aunque los informes existentes sobre la violencia doméstica con los subgrupos de la

población en general, confirma que la violencia doméstica es un problema importante para las mujeres peruanas.

La violencia doméstica contra las mujeres embarazadas recibe limitada atención pública y son muy pocos los estudios nacionales de violencia durante el embarazo y se sabe poco sobre la incidencia y gravedad de la violencia en el hogar en esta población, muy a pesar de saberse que la violencia contra gestantes a más de los problemas de salud y los pobres resultados obstétricos para las mujeres embarazadas, tiene un costo económico para la aplicación de la ley, sistemas de justicia penal, servicios sociales y para la prestación de asistencia sanitaria, ya que es conocido que las mujeres que sufren la violencia tienen más probabilidades de tener un mayor número de ingresos hospitalarios durante el embarazo.

Éstas mujeres utilizan en una forma desproporcionada los servicios de atención de salud, hacen más visitas a las emergencias médicas, a los servicios de atención primaria, y a los servicios de salud mental que las mujeres que no han sido objeto de abuso, con todas las repercusiones económicas para un país que no destina mayores recursos económicos al sector salud como el nuestro.

La falta de datos estadísticos fiables sobre la violencia doméstica en gestantes en el ámbito intrahospitalario local hace que sea difícil estimar la verdadera magnitud del problema.

Con el fin de proporcionar servicios apropiados de salud y servicios de bienestar social, la investigación es necesaria para comprender el alcance de la violencia doméstica en gestantes en nuestro medio.

El presente estudio tiene como objetivo investigar la prevalencia de la violencia doméstica entre las mujeres embarazadas. Los resultados de este estudio esperan contribuir a aumentar los conocimientos sobre la frecuencia y la gravedad de la violencia doméstica entre las mujeres embarazadas, los factores de riesgo asociados con la violencia doméstica.

También esperamos que los resultados de este estudio contribuyan a aumentar nuestra comprensión acerca de los recursos que son percibidos como útiles por las mujeres maltratadas y los obstáculos que pueden inhibir buscar ayuda.

La información derivada de este estudio espera a contribuir al logro de una mayor comprensión de las organizaciones de atención de la salud sobre la identificación temprana de las mujeres maltratadas y el suministro de recursos de la comunidad.

Además, pretende aportar una base para las directrices que se ocupan de los mecanismos de remisión y de intervención temprana para ayudar a las mujeres que han sido objeto de abusos.

En particular, el estudio contribuirá al desarrollo de programas educativos culturalmente específicos sobre la violencia doméstica contra la gestante, dirigidos a profesionales de la salud, trabajadores del sector salud, la gente en las comunidades y las mujeres mismas.

Por último, las conclusiones del estudio ayudarán a aumentar la conciencia de que la violencia doméstica contra la gestante es un problema de la comunidad y un área importante para el futuro desarrollo político.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1 Tipo y nivel de la Investigación

- Por el planteamiento del problema de la investigación la presente corresponde a un estudio de tipo de investigación básica (Sánchez, 1998), por cuanto nos lleva a la búsqueda de información referente la prevalencia y a las características de la Violencia Doméstica en mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007.
- De acuerdo a la interferencia del investigador sobre las variables de estudio, la presente investigación es de tipo observacional ya que no se manipula en ella ninguna de las mencionadas variables.
- De acuerdo al periodo en el que se obtuvo la información, la investigación obedece al tipo retrospectivo.
- Su nivel es descriptivo, porque nos permite solamente describir un fenómeno ya dado a través del estudio de las variables de estudio

3.2 Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación de acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado es transversal porque busca estudiar las variables de estudio en una muestra medida en un único momento y no correlacional.

3.2.1. Ubicación Temporoespacial de la Investigación

La recolección de los datos se hará en el área de estadística y archivo de historias clínicas del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco, durante los meses que correspondan a esta etapa de la investigación, según nuestro cronograma de actividades.

3.3 Población de Estudio

La población estará conformada por las mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007.

3.3.1. Criterios de Inclusión y Exclusión de la Población de Estudio

3.3.1.1 Criterios de Inclusión:

Mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007, con el diagnóstico de violencia doméstica.

Mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007, con el diagnóstico de violencia doméstica, que cuenten en sus historias clínicas con todos los datos de interés para la presente investigación.

3.3.1.2 Criterios de Exclusión:

Mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007, sin el diagnóstico de violencia doméstica.

Mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007, con el diagnóstico de violencia doméstica, que no cuenten en sus historias clínicas con todos los datos de interés para la presente investigación.

3.3.2 Unidad de análisis

La población está conformada por las mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007, con el diagnóstico de violencia doméstica, y que cumple con los criterios de inclusión.

3.4 Tamaño muestral

Se tomará a la totalidad de mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007, con el diagnóstico de violencia doméstica, que cumplan los criterios de inclusión.

3.5 Método de muestreo

El tipo de muestreo corresponde a uno no probabilístico y por conveniencia, ya que se tomará a la totalidad de gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007

3.6. Operacionalización de las Variables

Variable	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Escala de medición	Instrumento y procedimiento de medición	Expresión final de la variable	Definición operacional	ITEMS (Ver encuesta)
Edad	Cuantitativa	Directa	De razón	Mediante datos consignados en la Ficha de Recolección de la Información.	Se expresará como: Años de edad.	Años de edad cumplidos con los que cuentan por los sujetos de estudio.	3
Grado de Instrucción	Cualitativa	Directa	Ordinal	Mediante datos consignados en la Ficha de Recolección de la Información.	Se expresará como Analfabeto, primaria, secundaria, técnico superior, superior.	Escolaridad de los sujetos de estudio: analfabeto, primaria, secundaria, técnico superior, superior; según corresponda a cada sujeto de estudio.	4

Ocupación	Cualitativa	Directa	Nominal	Mediante datos consignados en la Ficha de Recolección de la Información.	Se expresará como: Trabaja o no trabaja.	Actividad laboral realizada por cada sujeto de estudio.	5
Estado civil	Cualitativa	Directa	Nominal	Mediante datos consignados en la Ficha de Recolección de la Información.	Se expresará como: Solteros, casados, convivientes, separados, divorciados y viudez.	Estado marital de cada sujeto de estudio.	6
Ingreso mensual	Cuantitativa	Directa	De proporción	Mediante datos consignados en la Ficha de Recolección de la Información.	Se expresará como: la cantidad de dinero que se obtiene por mes.	Dinero obtenido por cada sujeto de estudio en un mes, producto de sus actividades laborales.	7

Consumo de alcohol, tabaco y/o drogas	Cualitativa Cualitativa Cualitativa	Directa Directa Directa	Nominal Nominal Nominal	Mediante datos consignados en la Ficha de Recolección de la Información.	Se expresará como: Consumo de alcohol, tabaco y drogas, o no lo hace	Grado o frecuencia con la que los sujetos de estudio consumen alcohol, tabaco y/o drogas.	8, 9, 10
Violencia doméstica física, psicológica y/o sexual	Cualitativa Cualitativa Cualitativa	Directa Directa Directa	Nominal Nominal Nominal	Mediante datos consignados en la Ficha de Recolección de la Información.	Se expresará como: sufre violencia física, psicológica y/o sexual	Violencia física, psicológica y/o sexual que sufre una mujer gestante	22 – 49 9 – 21 50 - 53
Motivo de consulta	Cualitativa	Directa	Nominal	Mediante datos consignados en la Ficha de Recolección de la Información.	Se expresará como: control prenatal, trabajo de parto, queja, aborto	Causa por la que una gestante acude al Hospital.	54

3.7 Recolección de la información

Previa búsqueda, identificación y filiación de las pacientes gestantes usuarias del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo Setiembre 2006 – Marzo 2007, en los libros de ingresos y egresos de los servicios de Ginecoobstetricia, Control Prenatal, Maternidad, Emergencia, Servicio Social y Medicina General, se procederá a la búsqueda de las respectivas historias clínicas y a la obtención en las mismas de nuestras variables de estudio, éstas se obtendrán a través de la aplicación de la ficha de recolección de la Información diseñada para la presente investigación, (Anexos).

3.8 Análisis estadístico de la información

Se elaboró pertinentemente una base de datos en el sistema SPSS versión 12.0, para el entorno Windows Vista, donde se fue vaciada la información a fin de obtener las medidas de tendencia central de cada variable de estudio, así como sus respectivas tablas y gráficos

3.9 Limitaciones de la investigación

La presente investigación por ser de carácter descriptivo y retrospectivo fundamentalmente, únicamente se limita a recoger información que está registrada en las historias clínicas de cada paciente.

3.10 Confiabilidad y validez de los instrumentos

La confiabilidad se refiere a la consistencia y coherencia de la información recolectada. Los datos son confiables cuando éstos son iguales al ser medidos en diferentes momentos o por diferentes personas o por distintos instrumentos.

Para garantizar la confiabilidad de los instrumentos se tomará en cuenta lo siguiente:

- Preguntas claras, no ambiguas, en lenguaje apropiado que facilite la recolección de los datos de interés.
- Aplicar los instrumentos en condiciones similares que permitan realizar un control adecuado durante la recolección de datos.

La validez del instrumento de recolección de los datos de interés fue establecida en un estudio piloto realizado por un equipo del Ministerio Salud del Hospital Lorena del Cusco, en los meses de Julio – Agosto del 2006, y del cual fue parte el autor de la presente Investigación.

3.11 Aspectos éticos

Los datos personales de las gestantes motivo de estudio no contemplarán la anotación de sus nombres y apellidos completos, sólo se consignará en la ficha de recolección de la información sus respectivas iniciales.

CAPÍTULO IV

4. Resultados

Tabla N° 1 Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007

Mujeres	Número	Porcentaje
GESTANTES	280	43
NO GESTANTES	372	57
TOTAL	652	100

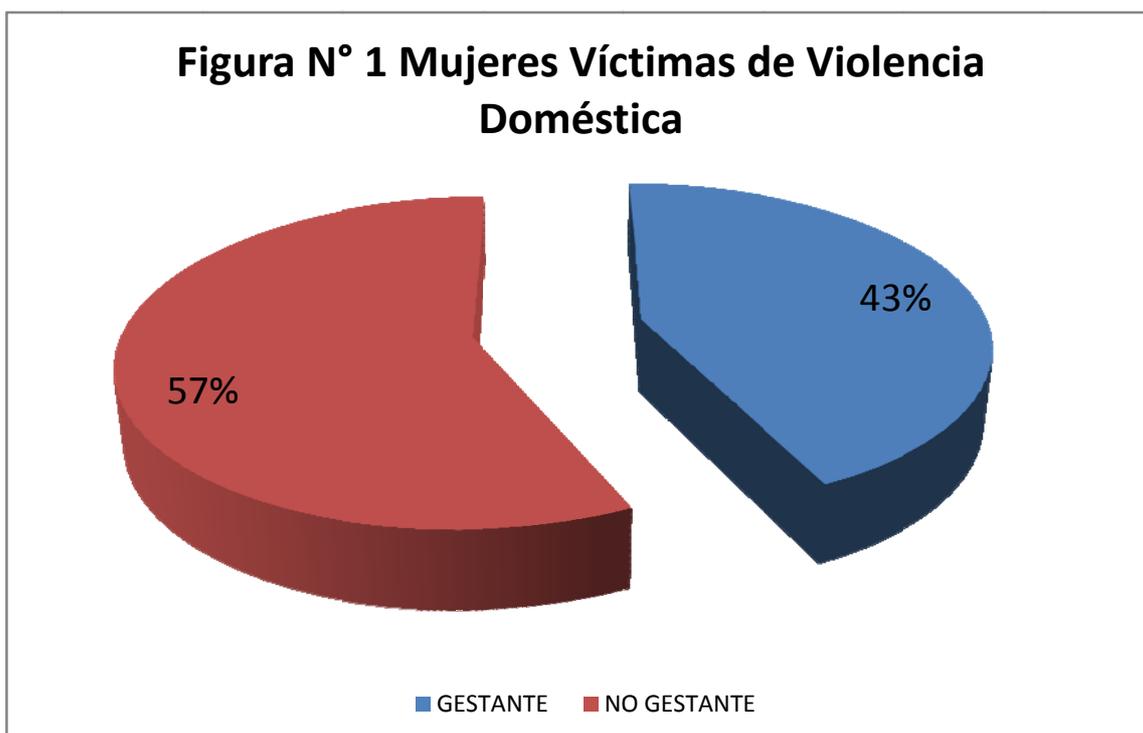


Tabla N° 2 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007

GESTANTES	NÚMERO	PORCENTAJE
GESTANTES VIOLENTADAS	280	17
GESTANTES NO VIOLENTADAS	1401	83
TOTAL	1681	100

Figura N° 2 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica

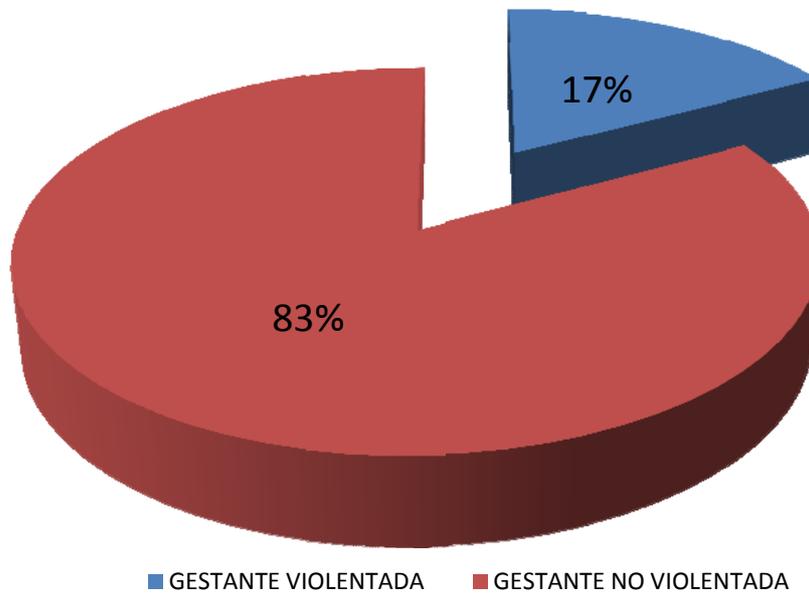


Tabla N° 3 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Grupo Etéreo

Grupo Etéreo (En años de Edad)	Porcentaje
Menor de 20	17
De 20 a 35	39
Más de 35	44
TOTAL	100

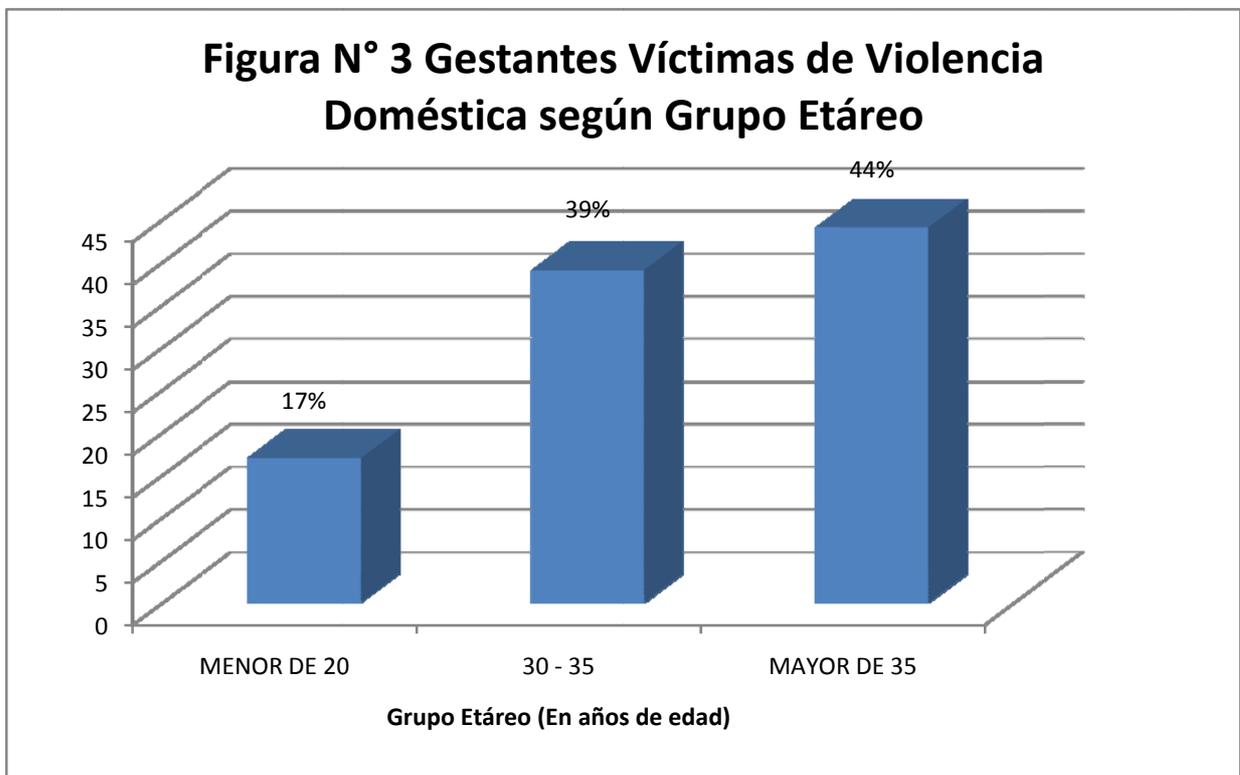


Tabla N° 4 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Estado Civil

Estado Civil	Porcentaje
Soltera	12
Casada	8
Conviviente	43
Divorciada	16
Separada	19
Viuda	2
TOTAL	100

Figura N° 4 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica según Estado Civil

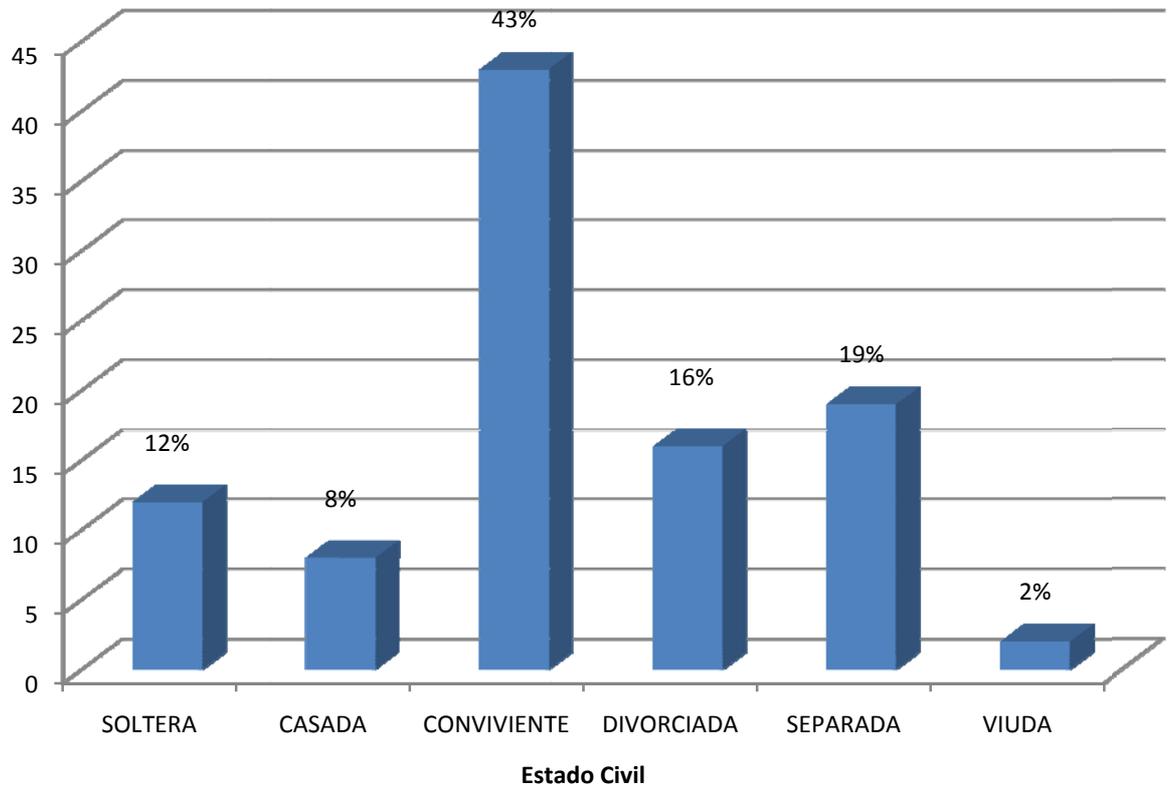


Tabla N° 5 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Grado de Instrucción

Grado de Instrucción	Porcentaje
Analfabeta	28
Educación Primaria	21
Educación Secundaria	42
Educación Superior	9
TOTAL	100

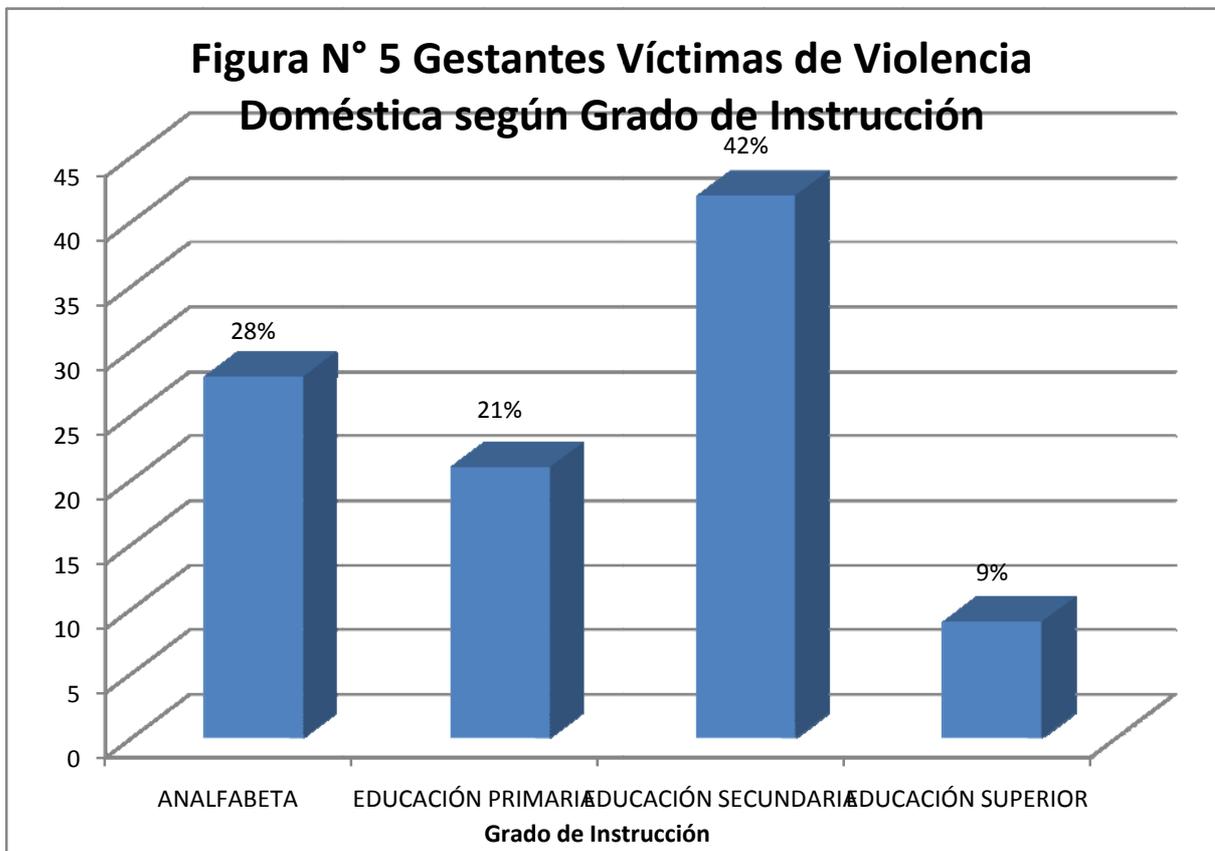


Tabla N° 6 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Ocupación

Ocupación	Porcentaje
Desocupada	6
Empleada	13
Ama de casa	36
Comerciante	24
Profesional	4
Estudiante	17
TOTAL	100

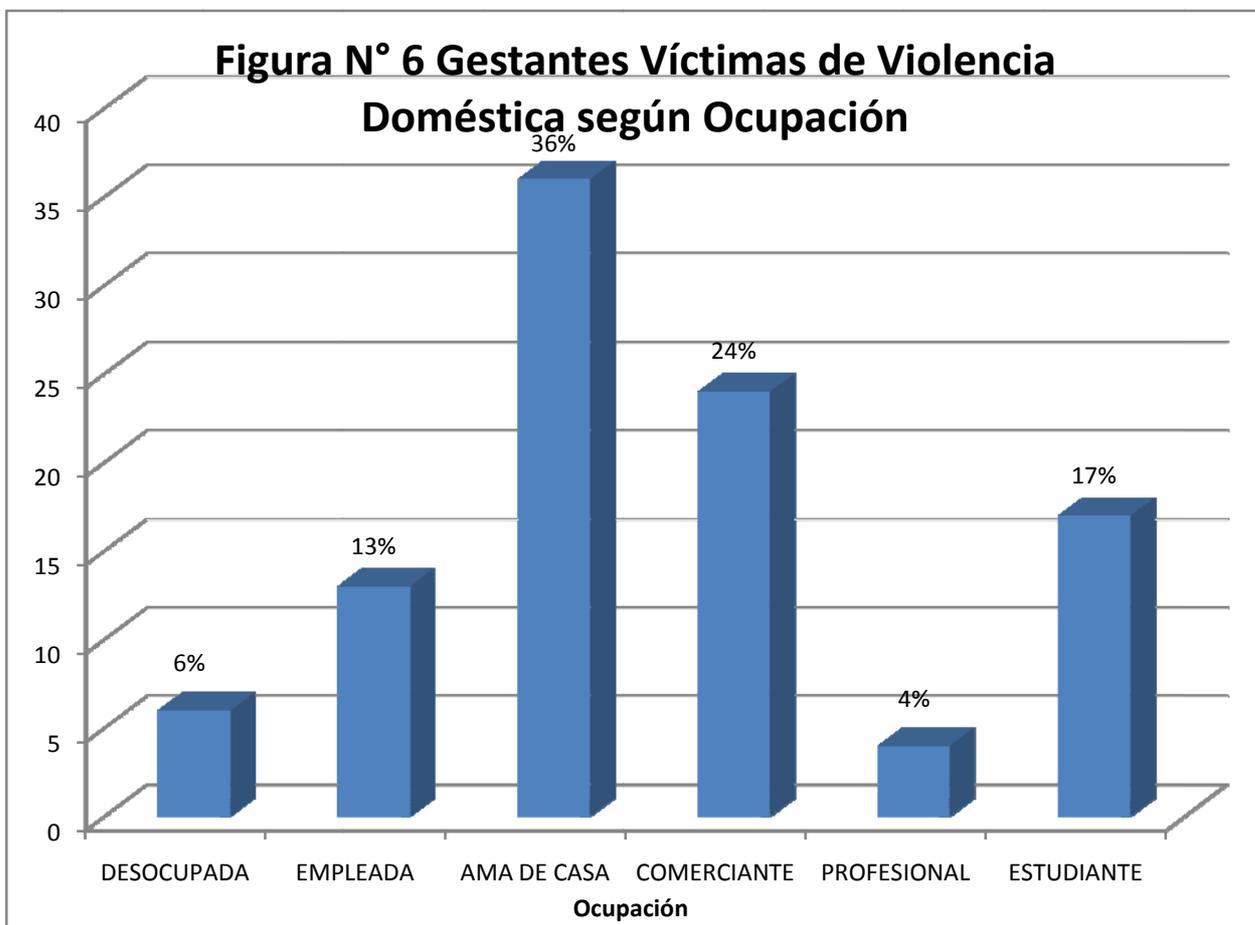
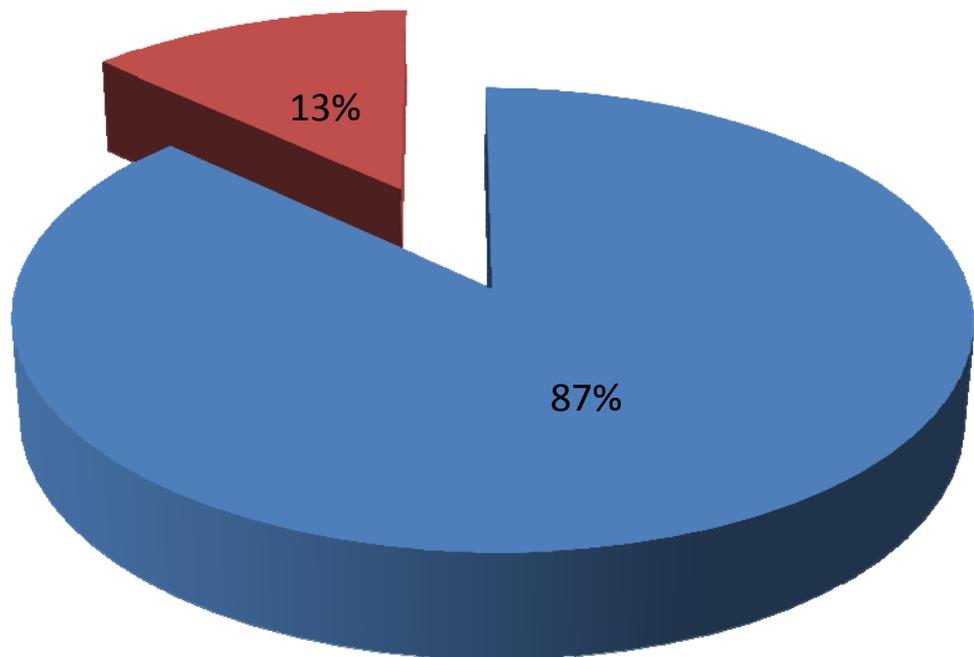


Tabla N° 7 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Ingresos Económicos

Ingresos Económicos	Porcentaje
Propios	87
No propios	13
TOTAL	100

Figura N° 7 Gestantes Víctima de Violencia Doméstica según Ingresos Económicos



■ CON INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS ■ SIN INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS

Tabla N° 8 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Distrito de Procedencia

Distrito de Procedencia	Porcentaje
Wanchaq	4
Cusco	31
Santiago	47
San Sebastian	6
San Jerónimo	4
Calca	3
Oropesa	5
TOTAL	100

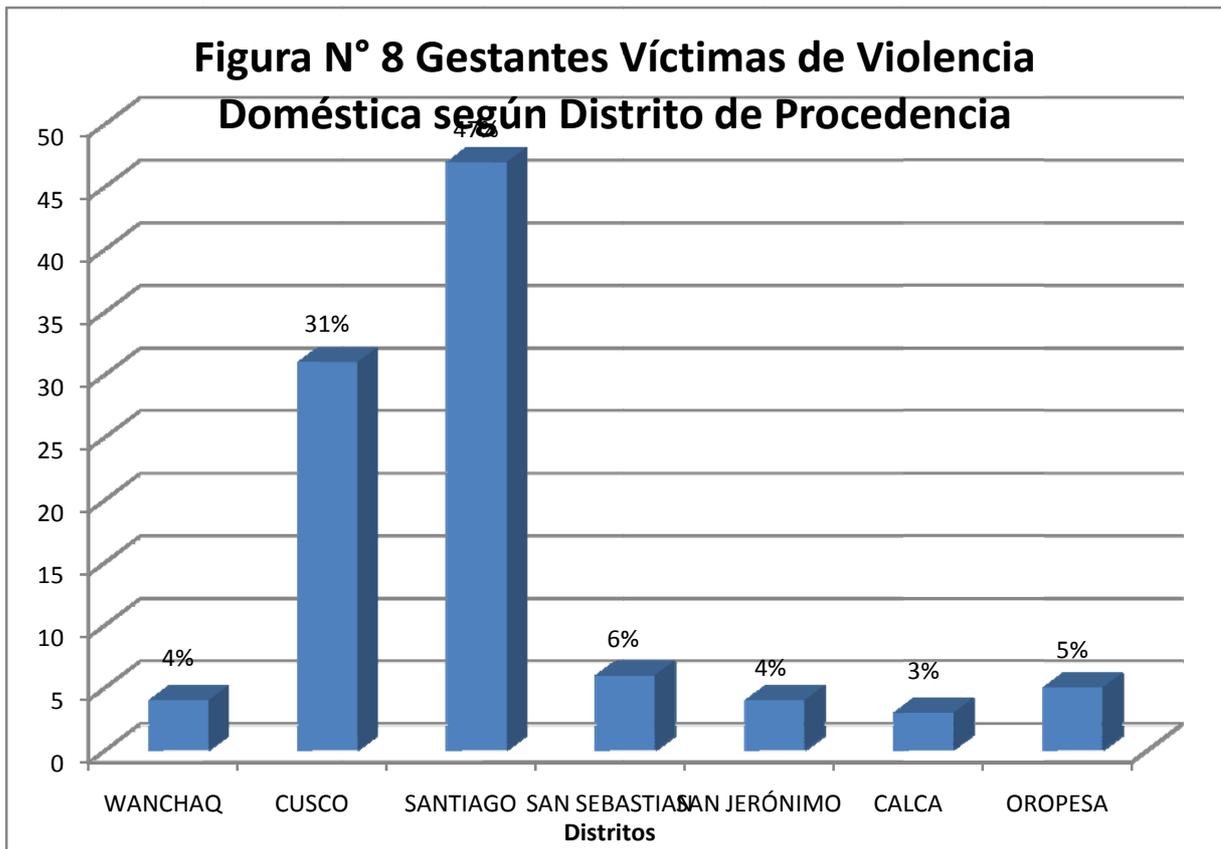


Tabla N° 9 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Edad Gestacional

Edad Gestacional (En semanas)	Porcentaje
Menos de 9	36
De 9 a 20	52
Más de 20	12
TOTAL	100

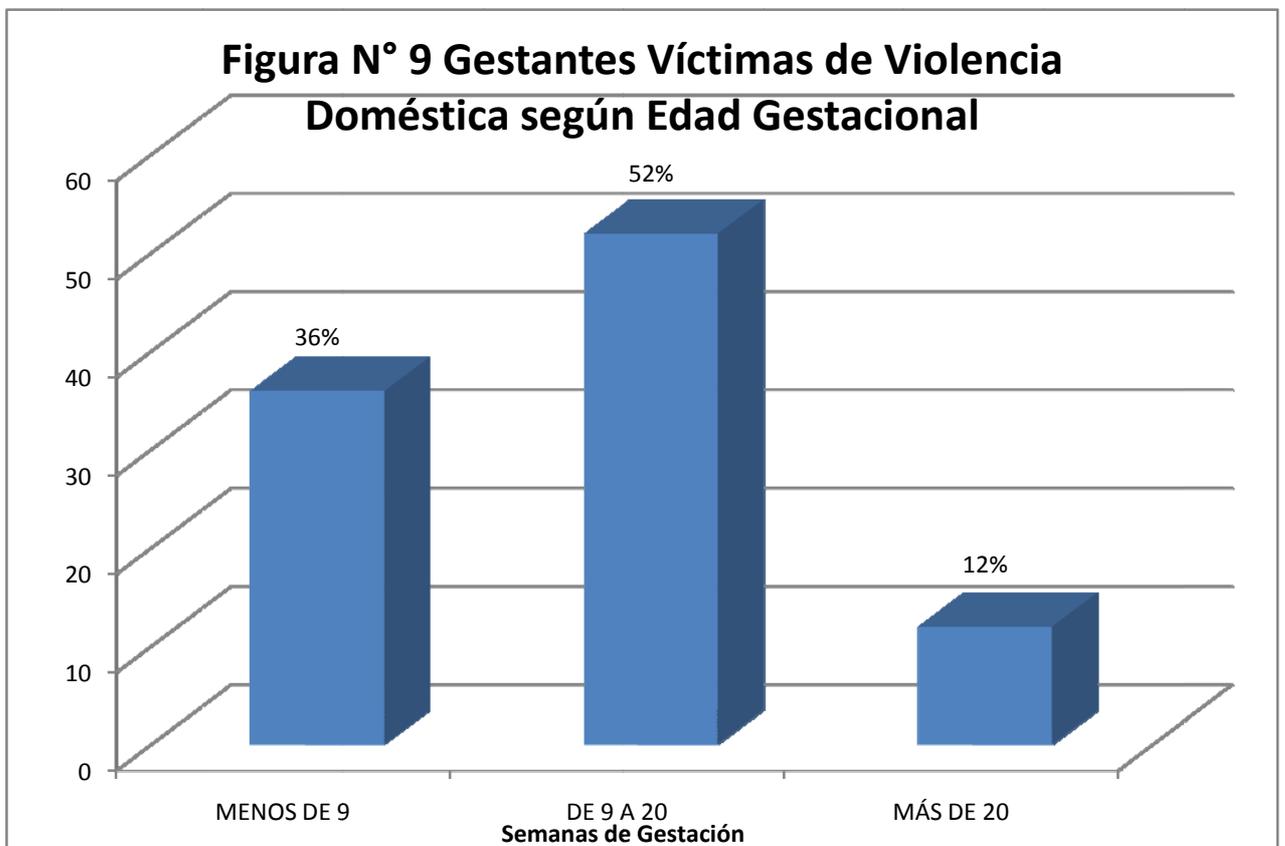


Tabla N° 10 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Consecuencias Clínicas

Consecuencias Clínicas	Porcentaje
Aborto	26
No Aborto	74
TOTAL	100

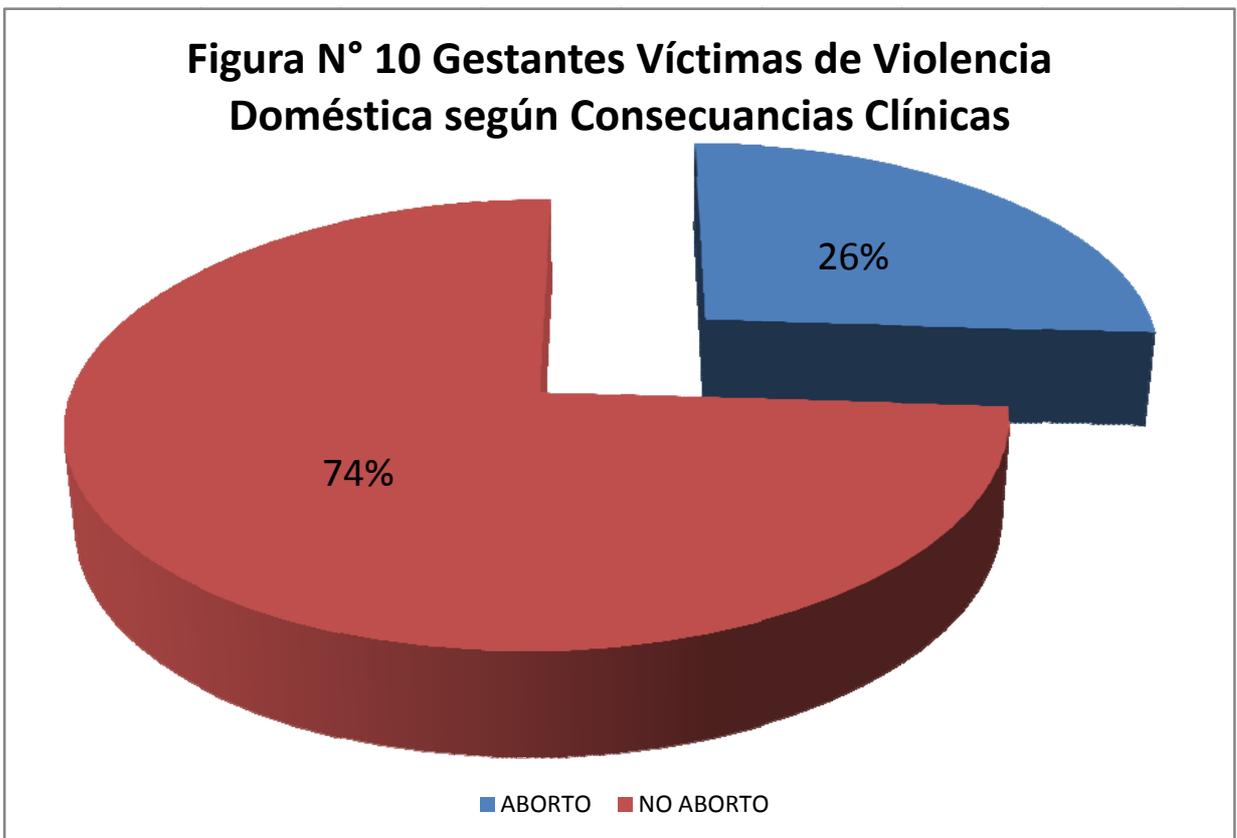


Tabla N° 11 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Tipo de Aborto

Tipo de Aborto	Porcentaje
Aborto Espontáneo	37
Aborto Provocado	63
TOTAL	100

Figura N° 11 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica según Tipo de Aborto

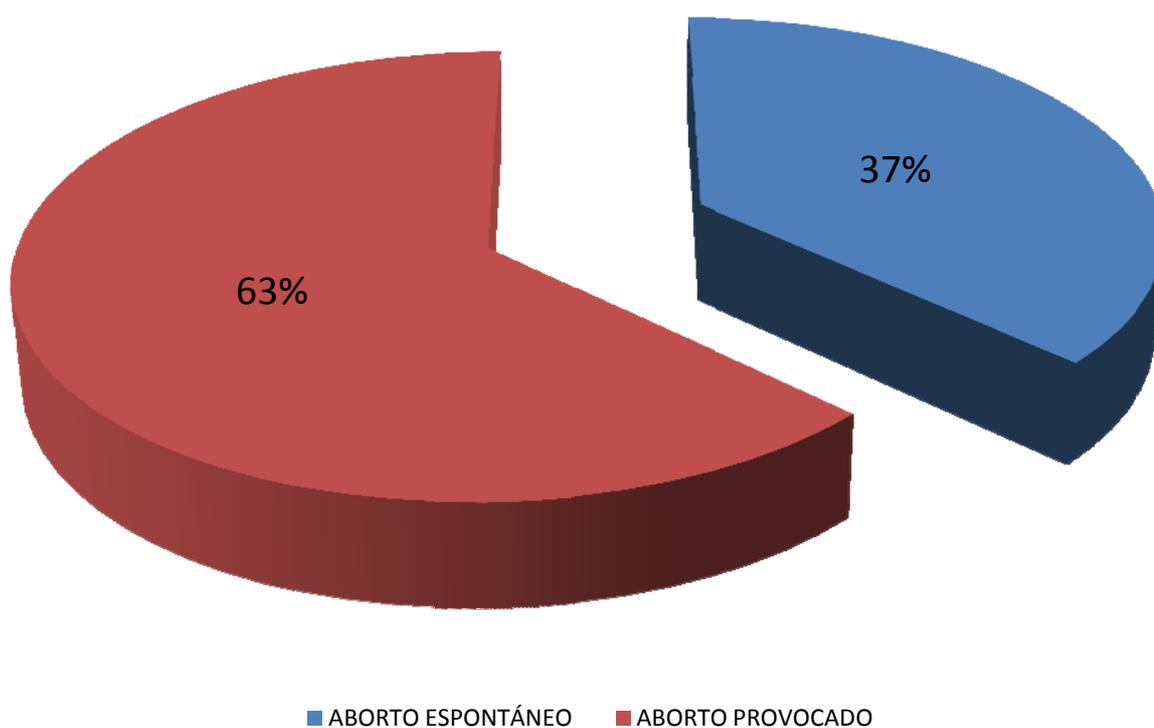


Tabla N° 12 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Servicio de Salud de Consulta

Servicio de Salud de Consulta	Porcentaje
Emergencia Ginecología	8
Consultorio Alto Riesgo Obstétrico	8
Ginecología Hospitalización	59
Consultorio Pre y Postnatal	2
Salud Mental	18
Servicio Social	4
Consultorio del Adolescente	1
TOTAL	100

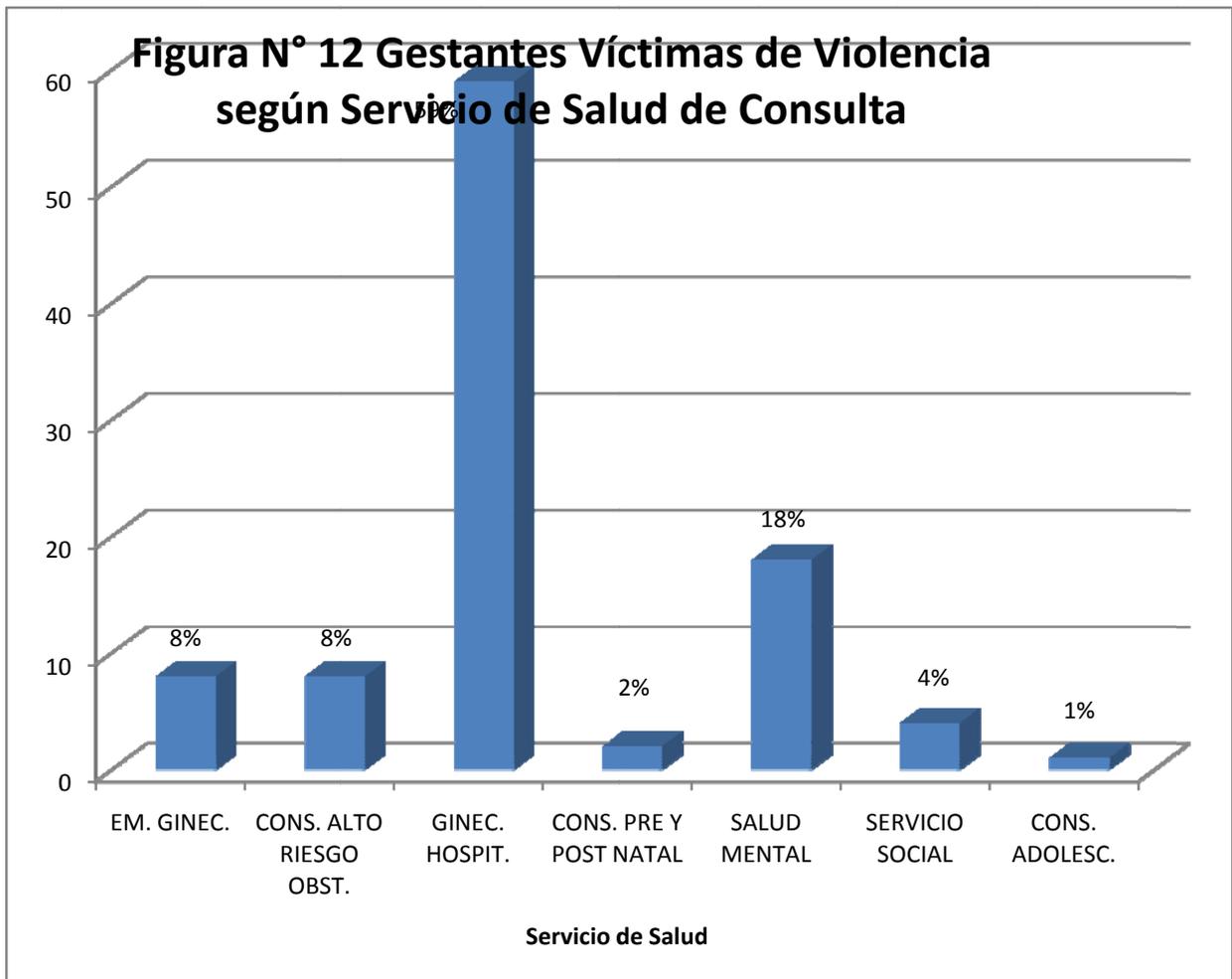


Tabla N° 13 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Medida Tomada

Medida Tomada	Porcentaje
Atención Médica	47
Atención Psicológica	8
Atención Servicio Social	6
Denuncia Policial	12
Denuncia Judicial	6
Ninguna	21
TOTAL	100

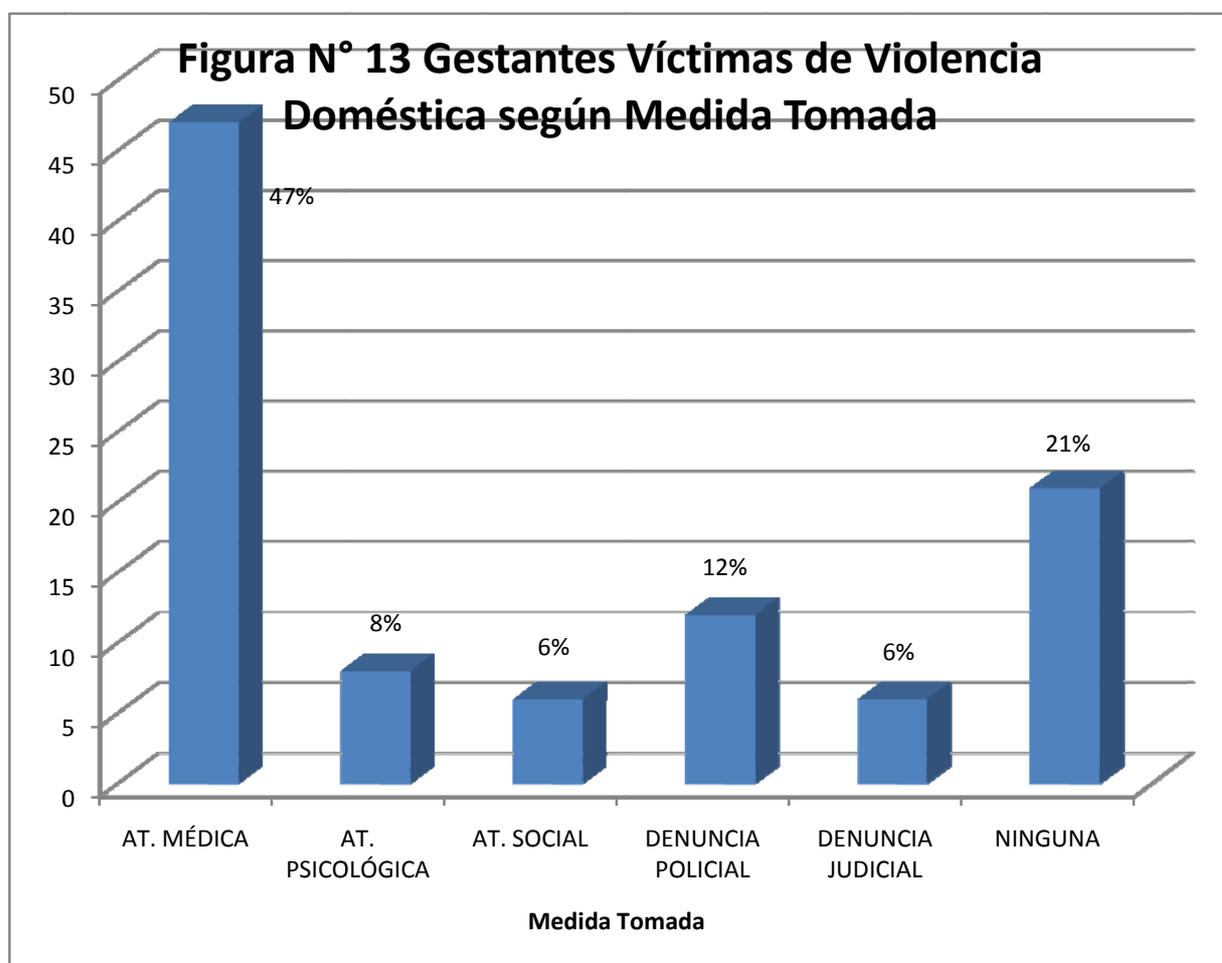


Tabla N° 14 Personas Agresoras de las Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Sexo

Sexo de la Persona Agresora	Porcentaje
Masculino	84
Femenino	16
TOTAL	100

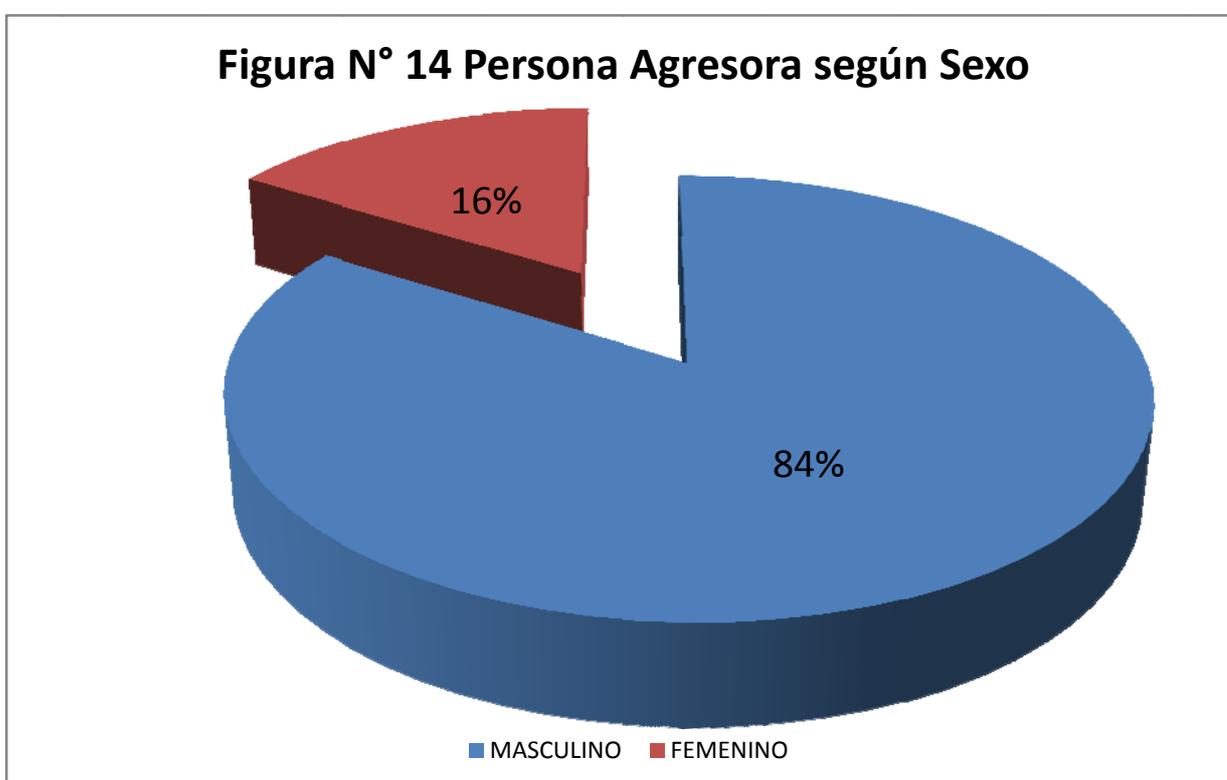


Tabla N° 15 Personas Agresoras de las Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Grupo Etéreo

Grupo Etéreo de la Persona Agresora (En años de Edad)	Porcentaje
Menor de 20	10
De 21 a 30	23
De 31 a 40	36
De 41 a 50	28
Mayor de 50	3
TOTAL	100

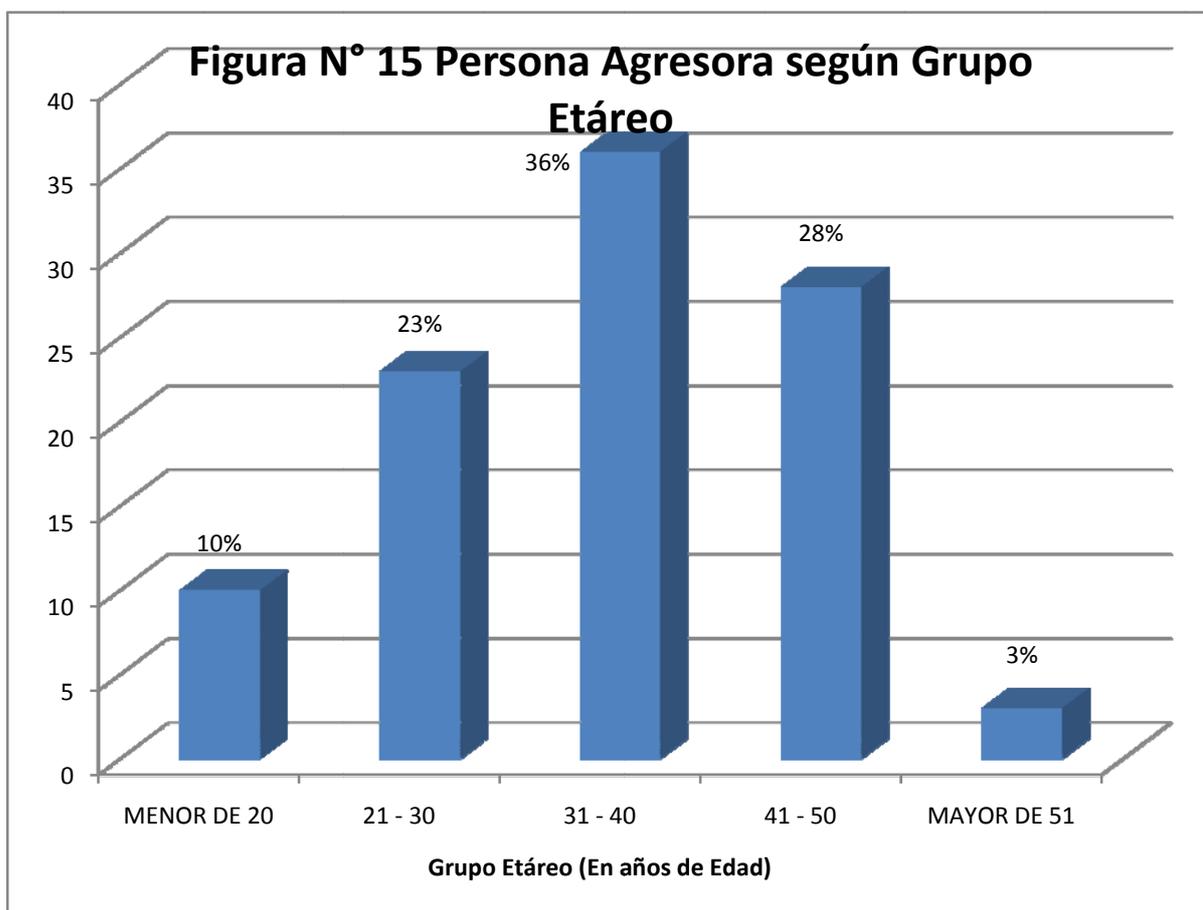


Tabla N° 16 Vínculo de la Persona Agresora con la Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuaria del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007

Vínculo de la Persona Agresora	Porcentaje
Pareja	61
Hijo (a)	2
Padre	15
Madre	11
Personal de Salud	3
Otros	8
TOTAL	100

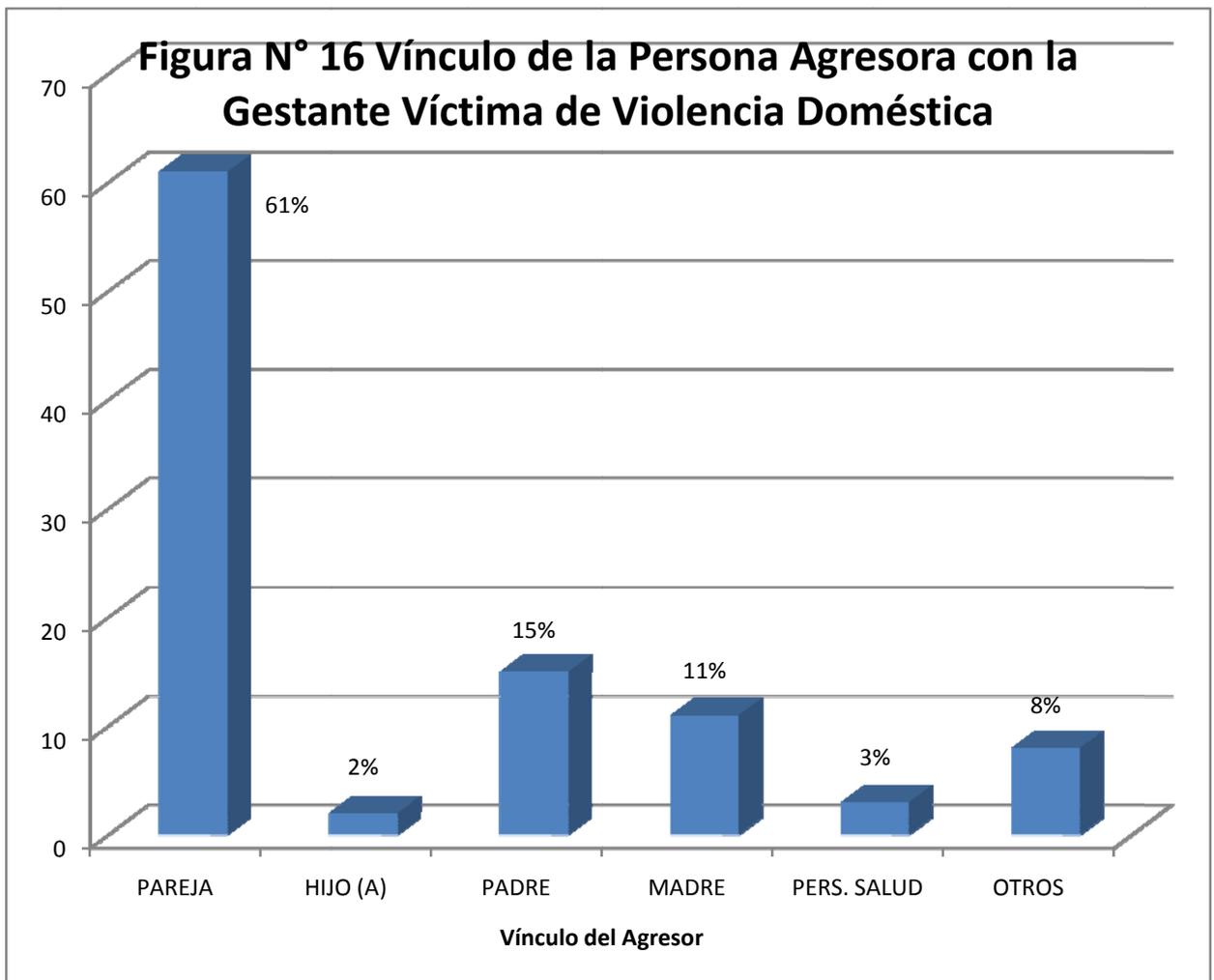


Tabla N° 17 Personas Agresoras de las Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Ocupación

Ocupación de la Persona Agresora	Porcentaje
Desocupado	10
Chofer	13
Empleado	13
Comerciante	23
Técnico	14
Obrero	18
Profesional	3
TOTAL	100

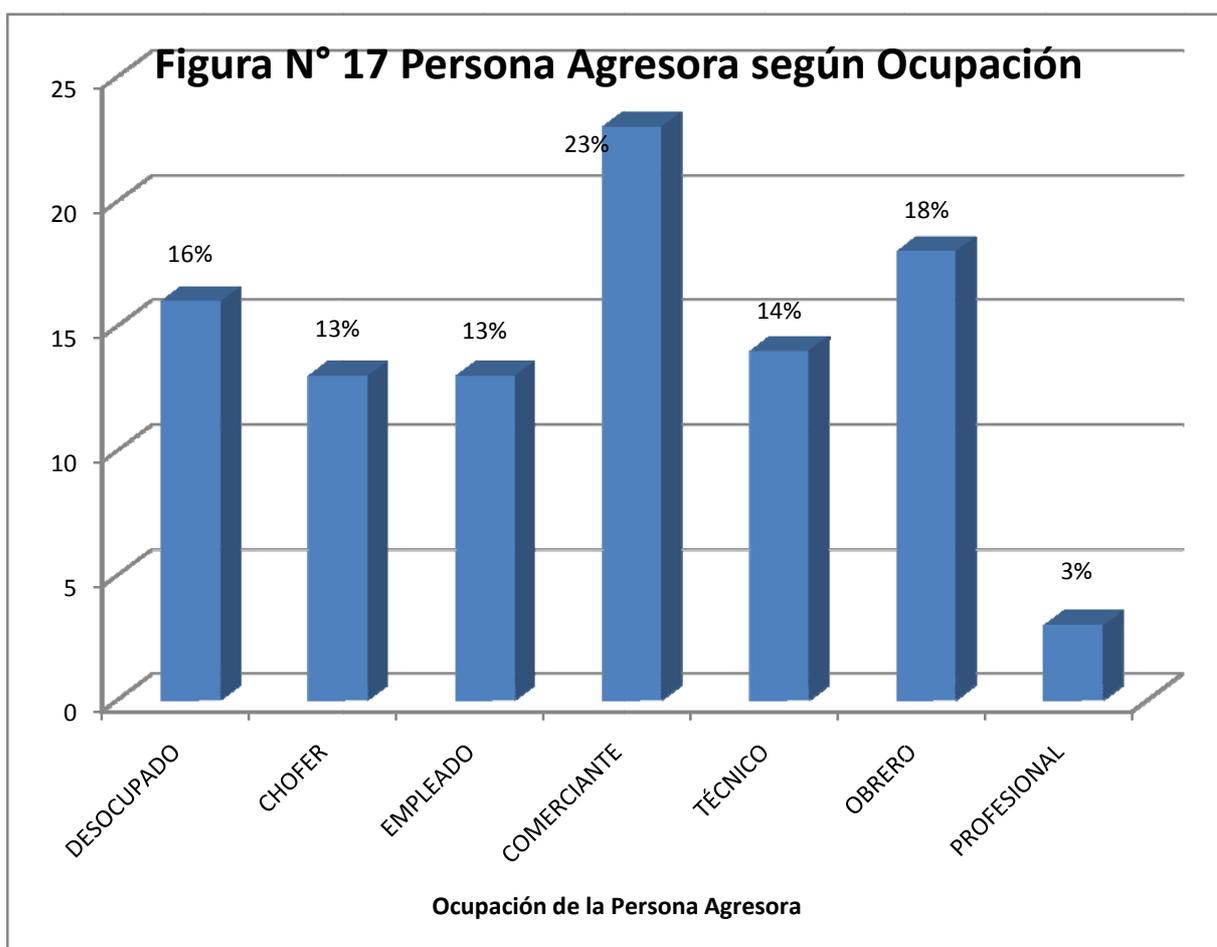


Tabla N° 18 Personas Agresoras de las Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Ingresos Económicos

Ingresos Económicos de la Persona Agresora	Porcentaje
Propios	68
No propios	32
TOTAL	100

Figura N° 18 Persona Agresora según Ingresos Económicos

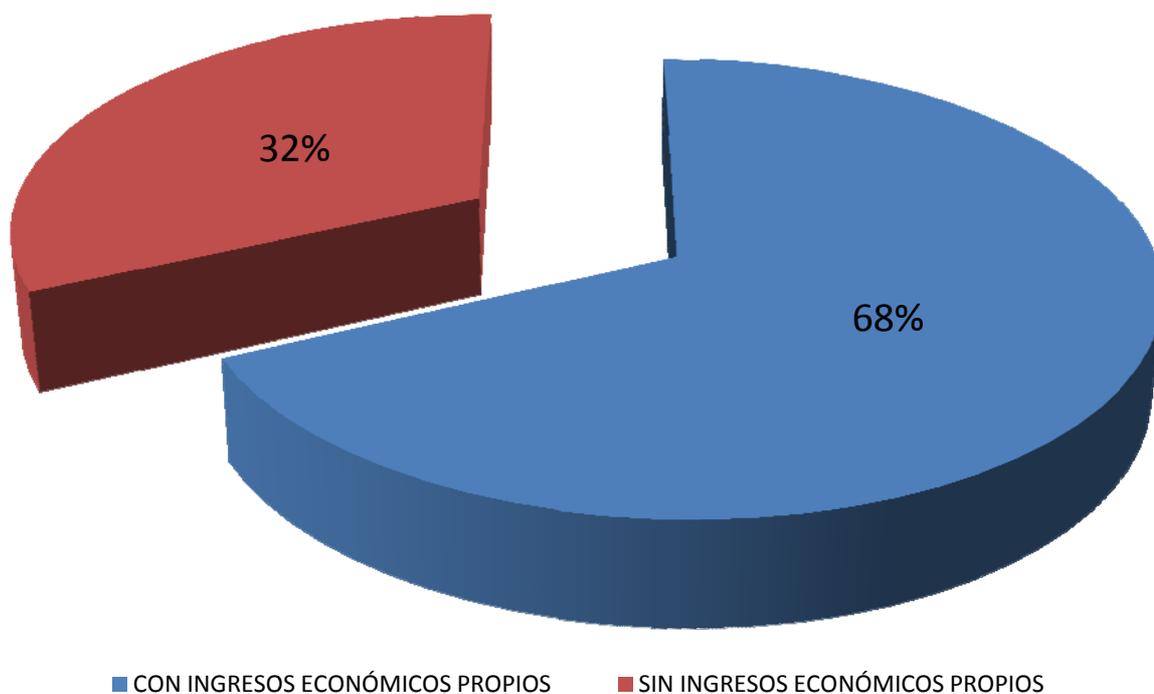


Tabla N° 19 Persona Agresora de las Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Grado de Instrucción

Grado de Instrucción de la Persona Agresora	Porcentaje
Analfabeto	21
Educación Primaria	15
Educación Secundaria	56
Educación Superior	8
TOTAL	100

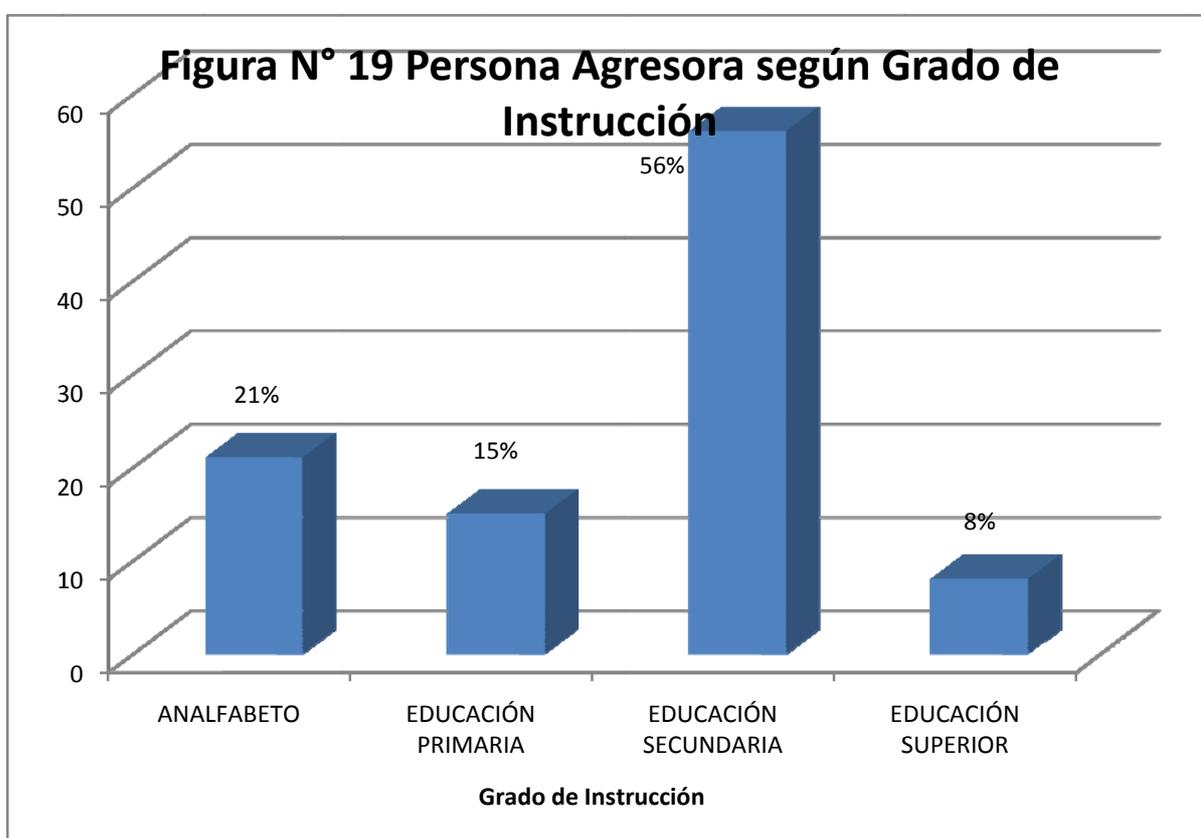


Tabla N° 20 Persona Agresora de las Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Estado de Conciencia

Estado de Conciencia de la Persona Agresora	Porcentaje
Sobrio	55
Ebrio	45
Drogado	0
Ebrio y Drogado	0
TOTAL	100

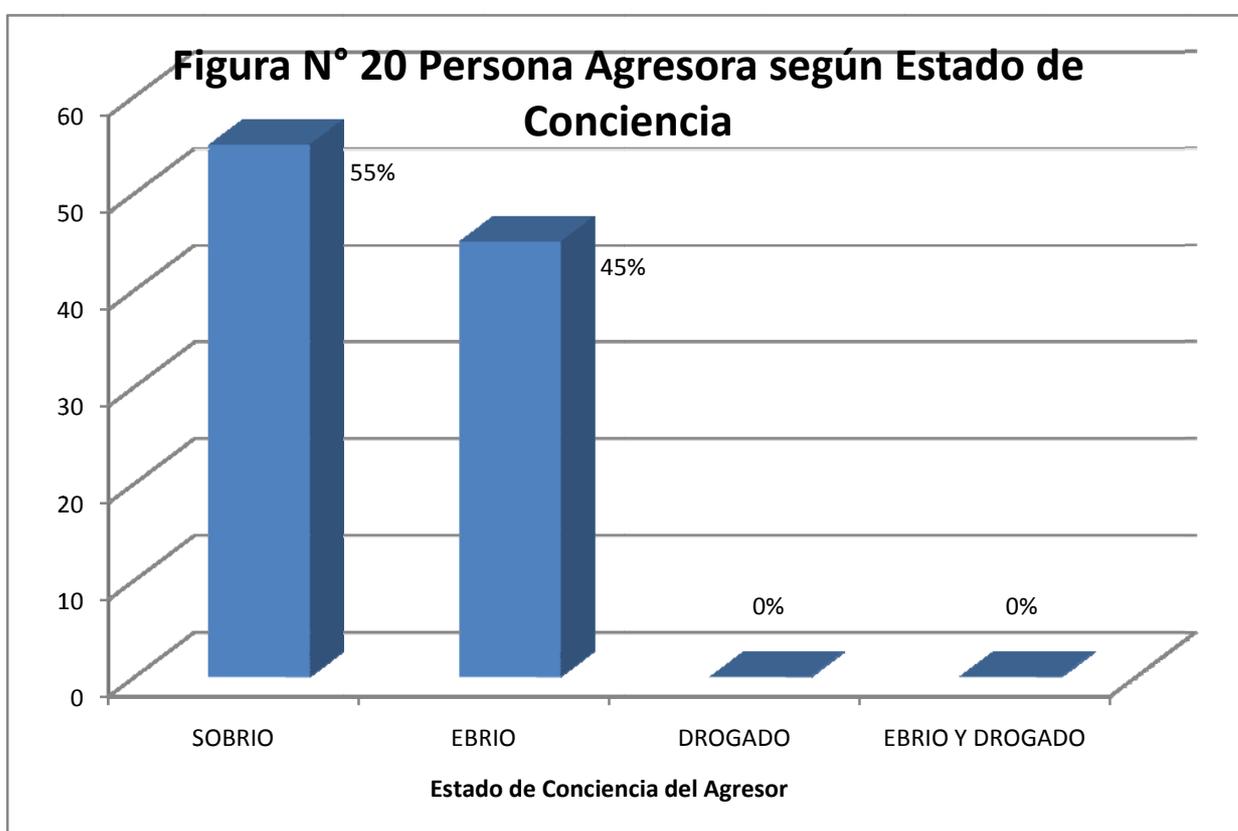


Tabla N° 21 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Tipo de Violencia Doméstica

Tipo de Violencia Doméstica	Porcentaje
Violencia Física	43
Violencia Psicológica	36
Violencia Sexual	15
Más de un Tipo de Violencia	6
TOTAL	100

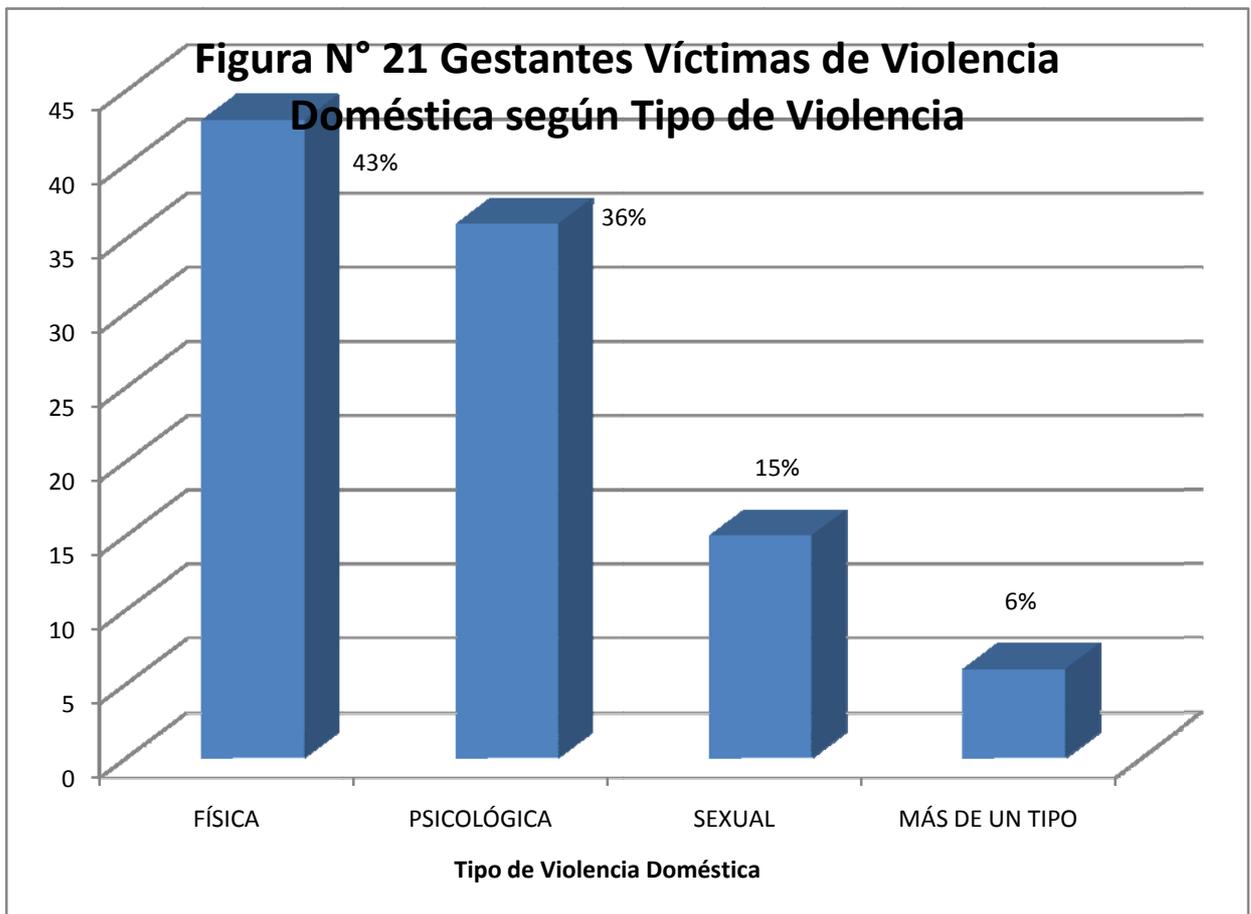


Tabla N° 22 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Medio Utilizado para la Violencia Física

Medio Utilizado	Porcentaje
Propio Cuerpo	52
Objeto Contundente	32
Arma de Fuego	0
Arma Blanca	16
TOTAL	100

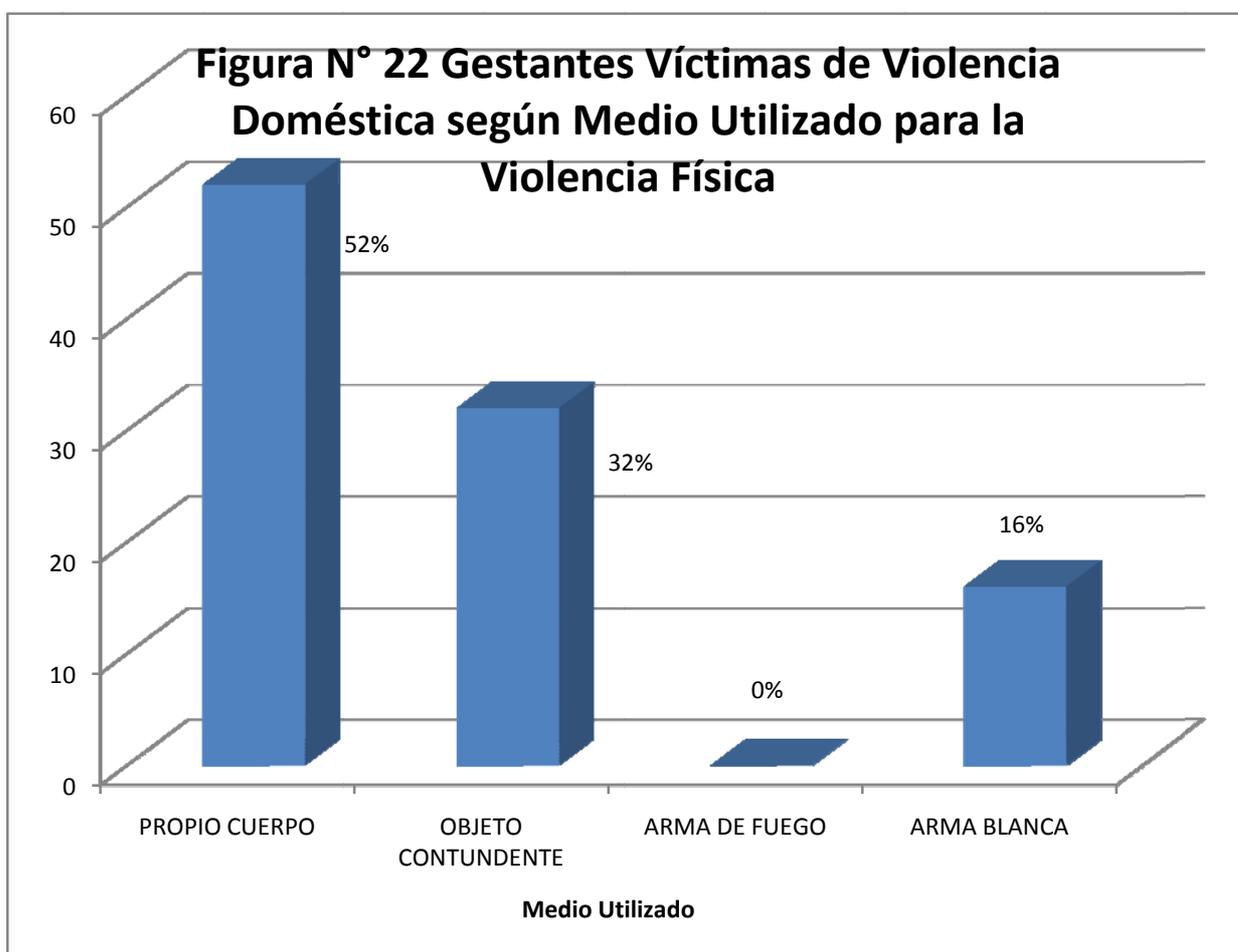


Tabla N° 23 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Justificación para la Violencia

Justificación para la Violencia	Porcentaje
Motivos Familiares	37
Celos	37
Motivos Económicos	0
Sin Motivo	21
Otros	5
TOTAL	100



Tabla N° 24 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Episodio de la Agresión

Episodio de la Agresión	Porcentaje
Primero	53
Más de uno	47
TOTAL	100

Figura N° 24 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica según Episodio de la Agresión

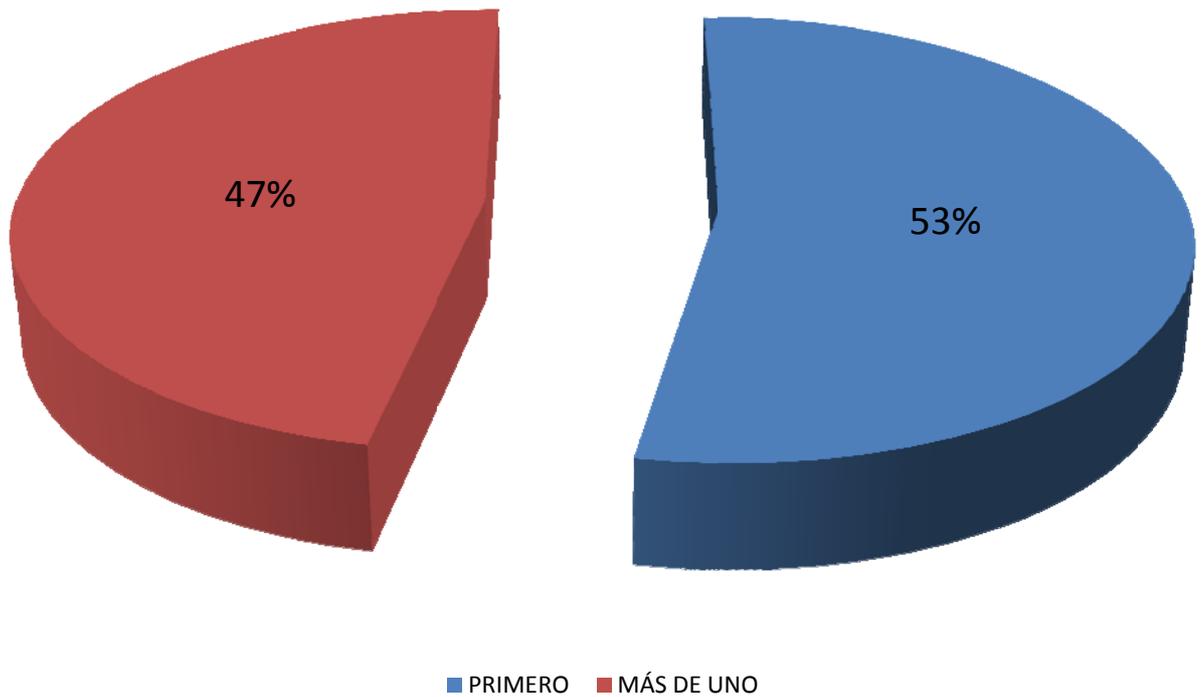


Tabla N° 25 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Lugar de la Agresión

Lugar de la Agresión	Porcentaje
Casa	76
Centro de Trabajo	0
Calle	24
TOTAL	100

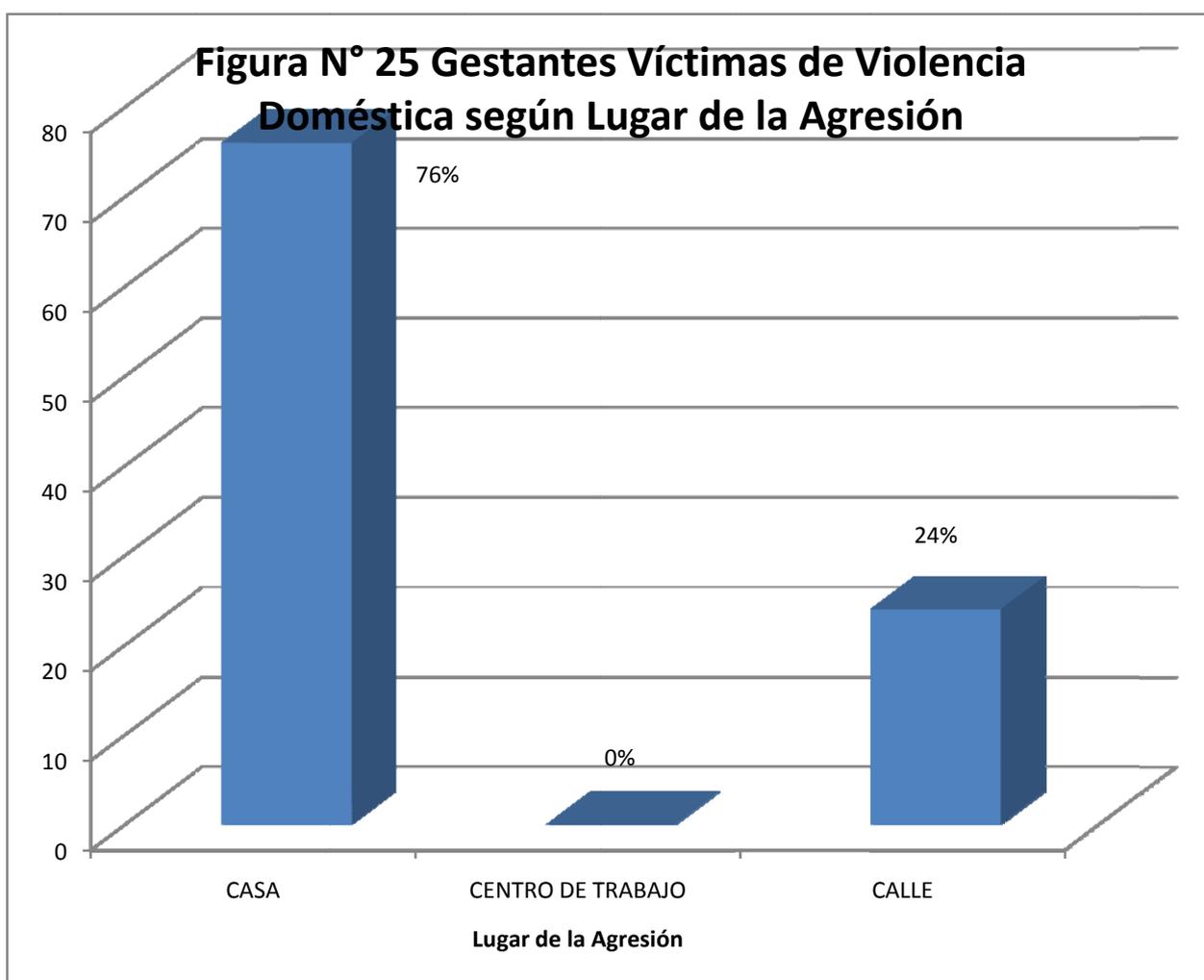


Tabla N° 26 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Actitud durante el Episodio Violento

Actitud durante el Episodio Violento	Porcentaje
Me defiendo	5
Me voy de la casa	8
Lloro	49
Nada	38
TOTAL	100

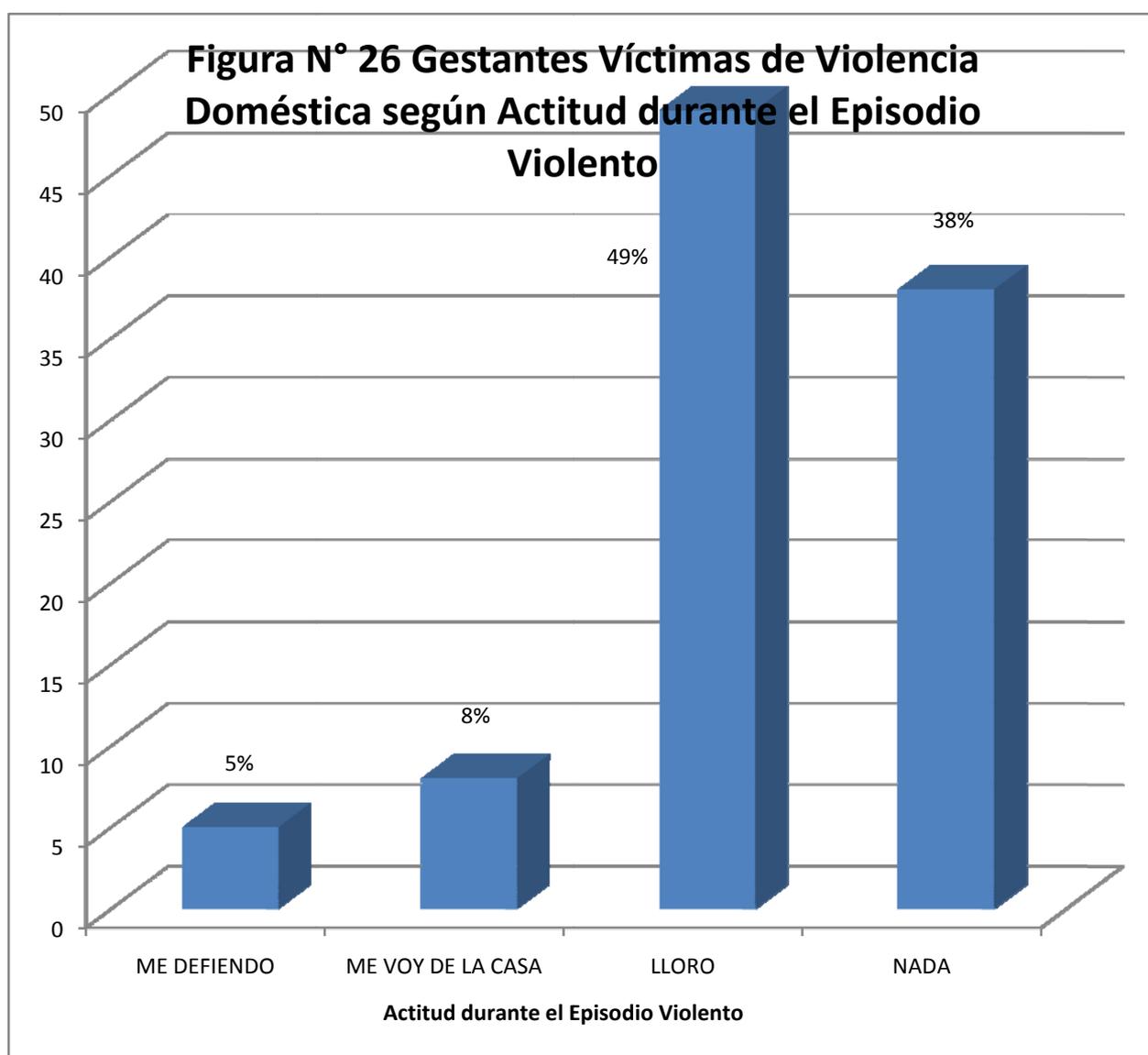
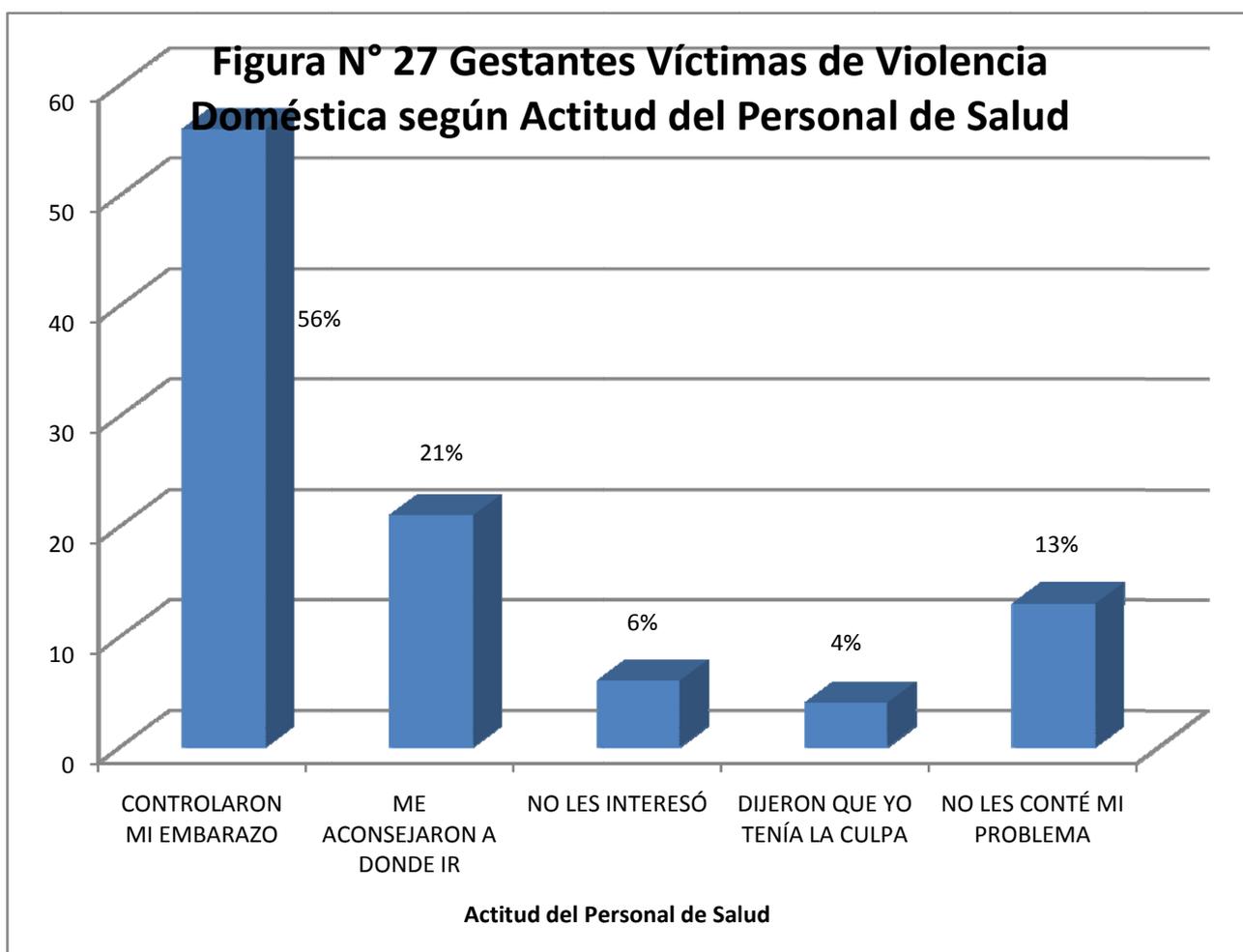


Tabla N° 27 Gestantes Víctimas de Violencia Doméstica usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco Septiembre 2006 – Marzo 2007 según Actitud del Personal de Salud

Actitud del Personal de Salud	Porcentaje
Controlaron mi embarazo	56
Me aconsejaron a dónde ir	21
No les interesó	6
Dijeron que yo tenía la culpa	4
No les conté mi problema	13
TOTAL	100



CAPÍTULO V

5. Discusión y comentario

El presente estudio se trazó los objetivos de investigar la prevalencia de la violencia doméstica perpetrada en contra de las mujeres embarazadas que asistieron al Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco, durante el periodo comprendido entre Septiembre 2006 a Marzo 2007, así como estudiar algunas características de este problema.

El primer objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de la violencia doméstica durante el embarazo, un mil seiscientos ochenta y una gestantes acudieron durante el periodo antes mencionado al Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco.

En general, 17% de las mujeres gestantes experimentó violencia doméstica en cualquiera de sus formas.

Entre algunos factores asociados con la violencia doméstica que fueron explorados en este estudio, se incluyeron los factores demográficos de las mujeres y sus parejas, tales como edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, ingresos económicos. El presente estudio hace una contribución única al investigar las experiencias de las mujeres en un Hospital con usuarios provenientes de los estratos pobres del Departamento del Cusco, siendo la muestra representativa de la región.

Las mujeres que participaron en este estudio fueron en su mayoría de más de 35 años de edad, con una media de edad de 33 años (DS = 5,3).

La mayoría de gestantes violentadas, vale decir 47%, procedían del distrito de Santiago, por obvios motivos de accesibilidad.

La prevalencia de violencia doméstica entre gestantes en el presente estudio indica que los hombres ejercen su poder de control y dominación sobre sus parejas mediante la utilización de la violencia física, psíquica y/o sexual.

Las mujeres psicológicamente violentadas en este estudio, tienden a tener una edad media de 32,2 años, son convivientes, y cuentan con bajos ingresos económicos mensuales. Por su parte, las mujeres que sufrieron abuso físico fueron también jóvenes (23,3 años), convivientes, cuya pareja bebía alcohol, y tenía experiencias previas de abuso.

Una posible explicación de por qué las mujeres jóvenes embarazadas tienen más probabilidades de experimentar violencia doméstica que las mujeres mayores podría estar relacionada con su vulnerabilidad y su falta de experiencia del manejo de las relaciones interpersonales.

Además, las mujeres más jóvenes no tienen la suficiente experiencia de la vida, la misma que podría servirles para advertir el peligro asociado a involucrarse con hombres que tienen un historial de conductas agresivas o de comportamientos violentos.

La prevalencia de la violencia psicológica en el presente estudio, fue de 36%, menor que la encontrada en un estudio sueco (Hedin, 2000). La diferencia en la prevalencia entre el presente estudio y el estudio sueco puede estar relacionada con las variaciones culturales. Las mujeres suecas pueden vivir sus vidas más aisladas y de manera más independiente, que las mujeres del Cusco. Sin embargo, los motivos de esta diferencia pueden ser multifacéticos y son especulativas en este punto.

En relación a los actos de violencia física y violencia sexual, el presente estudio encontró que el 43% de las mujeres sufrió violencia física y el 15% de violencia sexual durante el embarazo. Los resultados del presente estudio son muy diferentes a otros estudios, por ejemplo, un estudio encontró que la prevalencia de violencia física durante el embarazo fue de 6,1% (Martin et al., 2001), otro a su vez reportó 10,6% (Castro et al., 2003).

En relación con la violencia sexual, nuestro estudio encontró que las mujeres más jóvenes y las que registraban abortos involuntarios estaban en riesgo de violencia sexual, éstos resultados son diferentes a los hallazgos de un estudio chino, el cual encontró que los

factores comunes asociados con la violencia sexual incluyen el abuso de alcohol por parte de las mujeres o los antecedentes de uso indebido de drogas por parte de la pareja (Guo et al., 2004).

La violencia sexual puede estar relacionada con el hecho de que la violación o asalto sexual sobre sus parejas, es percibida por algunos hombres como un comportamiento aceptable y no significa delito alguno. Este comportamiento masculino tendría su raíz en la cultura de la familia patriarcal, típica de nuestra región. Esta cultura permite que los hombres dominen a las mujeres dentro de cualquier relación de pareja, ejerciendo su poder a través de cualquier tipo de la violencia.

El presente estudio encontró que más del 6% de las mujeres experimentaron al menos dos tipos de violencia durante el embarazo, estos hallazgos son consistentes con otros estudios (Guo et al., 2004). Este estudio realizado en China, encontró una fuerte asociación entre la violencia emocional, sexual y física (Guo et al., 2004).

La desigualdad económica entre los miembros de una pareja se ha asociado con la violencia doméstica en muchos estudios, aunque en nuestro estudio ninguna mujer haya revelado que sufrió violencia doméstica a causa de problemas de índole económica. En nuestro estudio el 36% de las mujeres eran amas de casa, y el 13% no contaban con ingresos económicos propios. Se puede ver que estas mujeres dependen de sus parejas/esposos o de otra persona para su soporte financiero.

Esta dependencia económica puede limitar la búsqueda de ayuda, obtener servicios de salud y asistencia que le son muy necesarios para hacer frente a la violencia doméstica y/o para poner fin a una relación abusiva con el propósito de proteger a sus hijos y a sí misma de nuevos episodios de violencia doméstica.

La mayoría de las mujeres, 87%, fueron personas, que si bien es cierto cuentan con ingresos económicos propios, éstos son bajos, la muestra también refleja un gran número de personas que no son fuerza laboral dependiente del aparato estatal. Se pudo encontrar que

las mujeres con un ingreso mensual bajo tenían más probabilidad de sufrir violencia psicológica y física.

Este hallazgo apoya la opinión de que aunque la violencia doméstica ocurre en todos los grupos socio-económicos, las mujeres de bajos ingresos económicos o que viven en la extrema pobreza tienen más probabilidades de verse afectadas en comparación con las mujeres de grupos con ingresos económicos más altos (Hedin et al., 1999, Martin et al., 2001; Stewart & Cecutti, 1993).

La afirmación anterior casi inevitablemente sugiere que las mujeres pobres y las de procedencia rural corren también mayor riesgo de violencia doméstica.

Aunque reconocemos características sociales y demográficas que definen los grupos de riesgo para la violencia doméstica contra las mujeres gestantes, ésta es más frecuente en las sociedades en las que los hombres tienen el poder económico, lo cual les brinda ciertas prerrogativas en la toma de decisiones en el hogar; en aquellas donde las mujeres por su precariedad económica no tienen acceso fácil al divorcio, y en las que la violencia se utiliza habitualmente para resolver los conflictos.

Tener una fuente estable de apoyo social y la independencia económica de sus parejas ofrece a las mujeres cierta protección contra la violencia doméstica (Levinson, 1989).

En relación a las características de la pareja, la edad joven de ésta, así como sus hábitos de fumar y consumo de alcohol se asociaron de forma significativa a la violencia doméstica psicológica y al abuso físico.

Los resultados de este estudio también apoyan la opinión de que el abuso de sustancias, en particular el del alcohol, es un importante factor de riesgo que contribuye a la violencia doméstica. Las mujeres cuyas parejas usaron alcohol fueron más propensas a experimentar violencia física y psicológica durante el embarazo.

El consumo excesivo de alcohol es otra razón que las mujeres maltratadas del presente estudio citaron como una causa de violencia doméstica. Los resultados muestran concordancia entre los hábitos nocivos de las parejas y la violencia doméstica, en particular la violencia física y psicológica.

Aunque la mayoría de las mujeres gestantes informaron que los incidentes violentos se produjeron estando el agresor en estado de sobriedad, un 45% reportó haber sido agredida tras el consumo de alcohol por parte de su pareja, circunstancias en que éste fue incapaz de controlar su comportamiento. Algunas mujeres informaron haberse enfrentado a sus parejas y mostrar su desacuerdo con el consumo excesivo de alcohol de aquellos y como respuesta fueron violentadas.

También es frecuente que las mujeres hayan mencionado que sus parejas socializan con amigos tras recibir sus salarios, sin importarles las condiciones de sus familias, constituyendo este comportamiento un tipo de abuso psicológico, que se transforma en físico tras el reproche por parte de sus mujeres.

Resultados similares fueron encontrados en varios estudios (Donath, 2002; Hedin & Janson, 2000; Muhajarine & D'Arcy, 1999). Donath (2002) afirmó que aunque el alcohol no es necesariamente la causa directa de la violencia doméstica, las mujeres que viven con bebedores están en mayor riesgo de violencia por parte de su pareja.

Estas mujeres también están en riesgo de sufrir lesiones más graves, esto como consecuencia lógica de que el daño ocasionado por los hombres que han estado bebiendo suele ser más grave en el momento de la agresión.

En cuanto al uso indebido de drogas ilícitas, es de destacar que ninguna de las mujeres reportó uso de drogas ilícitas por parte de su pareja. Este hallazgo puede reflejar las dudas por parte de las mujeres a denunciar el consumo de drogas por parte de su pareja o el poco uso real de estupefacientes entre la población estudiada, tal vez por motivos económicos.

Los celos de la pareja fue otra de las razones comunicadas por las mujeres fue otro motivo que desató la violencia. La encuesta identificó que el 37% (n = 104) de las mujeres embarazadas informaron que su esposo estaba celoso o tenía sospechas de los varones conocidos por las mujeres gestantes. Estos resultados son consistente con un estudio anterior, en el que se identificaron los celos y el adulterio como causa de la violencia doméstica perpetrada por las parejas masculinas (Leung,1999).

El presente estudio también demostró que el abuso anterior fue un factor de riesgo para el posterior abuso. El 47% de los las mujeres (n = 132) informó que la violencia doméstica no sucedía por vez primera, si no que era la repetición y continuación de anteriores episodios de agresión.

Este hallazgo es consistente con un estudio llevado a cabo en todo el estado de Carolina del Norte (Martin et al., 2001).

Estas afirmaciones tal vez podrían hallar cierta lógica en el hecho de representar el embarazo un momento de tensión emocional en previsión de la carga financiera y emocional que representa un nuevo niño en la relación de pareja, o quizá porque la gestación es un momento de aumento del riesgo de violencia debido a los posibles sentimientos ambivalentes acerca del embarazo, el aumento de la vulnerabilidad de las mujeres, la presión económica emergente y la actividad sexual disminuida.

Hay un cierto consenso en la literatura sobre el impacto de la violencia en la salud de la mujer. Las quejas más frecuentemente citadas son: trastornos somáticos, la depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), abuso de sustancias nocivas, intentos de suicidio y problemas ginecológicos (Amaro et al., 1990). El presente estudio sin embargo hizo referencia al aborto como consecuencia directa de la violencia doméstica en gestantes.

En relación con las complicaciones obstétricas, el presente estudio encontró que el aborto se asoció significativamente con la violencia física durante el embarazo (26%), con un 63% de casos de aborto provocado y un 37% de abortos espontáneos.

En relación al aborto provocado, éste podría hallar explicación en el pensamiento lógico que la gestante pudiera desarrollar, vale decir, si la gestación es la causa o agrava los conflictos en el hogar, terminar con aquella podría aliviar o atenuar dichos problemas.

Por su parte el aborto espontáneo si bien es cierto no contaría con una clara intención de la gestante para terminarlo, sí sería directamente proporcional a la magnitud de la violencia física sufrida.

La violencia doméstica contra las mujeres durante el embarazo tiene graves consecuencias de salud. Los resultados del presente estudio apoyan la conclusión de que la violencia doméstica tiene importantes efectos negativos sobre la salud física de la mujer y sobre su bienestar emocional.

Las mujeres embarazadas violentadas informaron su estado de salud significativamente peor en términos de funcionamiento emocional, vitalidad, dolor corporal, salud mental y de actividad social, además, las mujeres con historial de violencia doméstica informaron que alguna vez asumieron medidas drásticas como la tentativa de suicidio en respuesta a la violencia doméstica continua, también algunas refirieron haber sido hospitalizadas producto de la gravedad de las lesiones sufridas por los actos de violencia doméstica.

Al evaluar las respuestas de las mujeres gestantes frente a la violencia doméstica, un 38% de las mujeres en el presente estudio afirma que durante los incidentes violentos guardaba silencio o lloraba y no hacía nada, porque no sabía qué otra cosa podría hacer a fin de detener la violencia.

Estos resultados son mayores a los mostrados por el estudio realizado en Calcuta, India, donde mediante entrevistas a mujeres, se exploraron las formas en que las mujeres

reaccionaban frente a la violencia doméstica y encontró que solamente el 11% de las mujeres que fueron maltratadas no hizo nada porque pensaba que el hombre era demasiado fuerte para hacerle frente.

Es posible que las mujeres maltratadas en el presente estudio se hayan sentido impotentes y sin esperanzas en el tratamiento de la violencia. Walker (1979) sugirió que las mujeres que habían hecho muchos intentos infructuosos para detener la violencia, en última instancia desarrollaron relaciones de indefensión aprendida.

La evitación es otra estrategia utilizada por las mujeres maltratadas en este estudio como una forma de enfrentarse a la violencia doméstica. Algunas mujeres informaron que fueron temporalmente fuera de la casa para quedarse con sus padres u otros familiares, 8%, regresando a sus hogares cuando sentían que sus parejas violentas se habían calmado y eran éstas quienes les pedían volver.

Esta estrategia puede limitar las oportunidades de los hombres a comportarse violentamente, aunque no previenen de modo alguno los futuros episodios de violencia doméstica.

En nuestro estudio encontramos que algunas mujeres que han sido sometidas a violencia doméstica, pasado el episodio de la agresión, informan estos eventos a otras personas como amigos, familiares y los vecinos. A veces, también se notificó el abuso a las autoridades policiales en busca de ayuda para intervenir, ya que consideraban que podían ser protegidas en ese momento. Sin embargo, muchas mujeres encuentran que la notificación a las autoridades locales policiales o judiciales no significa necesariamente obtener protección.

A menudo, cuando se repitió el abuso, las mujeres se mostraron renuentes a informar de ello a las autoridades locales, porque perdieron la fe en la policía, justicia y demás instituciones de carácter social, debido a sus anteriores experiencias negativas.

Sin embargo y como era de esperarse, no todas las mujeres en el estudio divulgaron el abuso ni buscaron ayuda de los demás. Las razones dadas en este estudio incluyeron el concepto de violencia doméstica como un problema privado, sensación de vergüenza, especialmente si de violencia doméstica sexual se trataba, esperanza de que la actitud de los abusadores cambiaría tan pronto como el niño nazca, la creencia de que el abuso es normal y común entre las parejas, miedo a la culpabilidad y responsabilidad de la violencia, así como la seguridad que nadie puede ayudarlas en esas circunstancias y que el actual sistema de justicia penal, así como los servicios de salud disponibles no se ajustan a sus necesidades.

Las mujeres gestantes también identificaron la necesidad de servicios de salud más especializados, sabiendo que la violencia doméstica tiene un efecto generalizado sobre la salud y bienestar de la mujer, así como la del hijo que ésta espera.

En cuanto a la actitud por parte del personal de salud, 6% de las gestantes violentadas manifestó que su problema no era de interés para aquellos y 13% no informó de la violencia sufrida tal vez por anteriores ingratas experiencias, estos hallazgos son consistentes con los reportes de otros estudios, los cuales encontraron que muchas mujeres gestantes violentadas estaban desilusionadas con los proveedores de atención de salud, los cuales tienden a subestimar la violencia o son renuentes a abordar el abuso.

Un 3% de mujeres en el presente estudio manifestaron haber sido víctimas de violencia psicológica por parte de profesionales de la salud, indicaron que éstos no tuvieron el interés de indagar acerca de aspectos relacionados a la violencia doméstica, durante las entrevistas que tuvieron a su cargo, es más, muchas de las gestantes violentadas sintieron que el personal de salud en algunas oportunidades hacía comentarios emitiendo juicios de valor condenatorios respecto a la situación de estas mujeres.

CAPÍTULO VI

6. Conclusiones

1. El 17 % de Gestantes usuarias del Hospital Antonio Lorena Cusco durante el periodo Septiembre 2006 – Marzo 2007 fueron Víctimas de Violencia Doméstica.
2. Un 44% de gestantes violentadas tuvo edad mayor a 35 años.
3. 43% de las gestantes con violencia doméstica eran convivientes.
4. El 42 % tenían educación secundaria y el 28% eran analfabetas.
5. El 36% eran amas de casa y el 13% no contaba con recursos económicos propios.
6. 47% de gestantes violentadas era procedente del Distrito de Santiago, provincia del Cusco.
7. El 52% de gestantes violentadas tenían de 9 a 20 semanas de gestación.
8. El 26% presentaron aborto como consecuencia clínica de la violencia sufrida, con un 63% dentro de este grupo con aborto provocado.
9. 47% de ellas buscó atención médica tras la violencia sufrida y 12% hizo la respectiva denuncia policial.
10. El 86% de personas agresoras fueron varones.
11. 36% de los agresores tenían edades comprendidas entre los 31 a 40 años.
12. 61% de los agresores fueron las propias parejas de éstas mujeres y 3% personal de salud.
13. 56% de los agresores tenía educación secundaria y 21% eran analfabetos.
14. En el 45% de los casos las agresiones fueron cometidas por personas en estado de ebriedad.
15. La violencia física se dio en un 43%, la violencia psicológica en un 36% y la sexual en un 15% de los casos.
16. En el 52% de los ataques de violencia doméstica el medio utilizado fue de bofetadas, empujones, patadas y una mezcla de todos ellos.
17. Los motivos familiares y los celos fueron referidos en el 37% de los casos, para cada uno.
18. 47% de las mujeres gestantes violentadas refirió agresiones similares en más de una oportunidad.

19. El domicilio fue el lugar donde se cometió violencia doméstica en el 76% de casos.
20. 6% de mujeres violentada refirió que al personal de salud no les interesa el tema de violencia doméstica durante sus entrevistas con ellos.

CAPÍTULO VII

7. Recomendaciones y sugerencias

Basándonos en los resultados de este estudio, las recomendaciones que se hacen para futuras investigaciones, son:

1. Este estudio debería ser aplicado en otros ámbitos de la región y el país para mejorar el grado de información útil sobre la prevalencia de violencia doméstica en gestantes, establecer los factores de riesgo asociados, así como estudiar las repercusiones sobre la salud materna y neonatal. Más estudios sobre la violencia doméstica en gestantes contribuirán a mejorar la calidad de los servicios de salud ofertados y aumentará la conciencia de que estamos frente a un posible problema endémico, el cual requiere urgente atención.

2. La exploración adicional sobre la violencia doméstica en los diferentes grupos de mujeres peruanas desde distintos ámbitos, puede contribuir al conocimiento general y la comprensión de los fenómenos a través de la cultura. Esto también daría la posibilidad de la generalización de los resultados a fin de fomentar el desarrollo de programas para las mujeres gestantes que sufren violencia doméstica.

3. Se debería de indagar en las razones que las mujeres perciben como causas de la violencia doméstica, así como en los mecanismos mediante los cuales muchos factores asociados contribuyen a ella, de este modo se estaría ayudando a aclarar las intervenciones y estrategias necesarias para la prevención primaria del problema. Estas intervenciones primarias ayudarían a examinar los fundamentos sociales de la violencia doméstica en la región.

4. Los estudios multisectoriales realizados con profesionales como médicos, especialistas en salud mental, enfermeras, obstetras, autoridades legales y otros proveedores de atención relacionada con este problema, proporcionaría una visión de sus conocimientos, actitudes,

habilidades prácticas, experiencias y necesidades a favor de la ayuda a las mujeres embarazadas que son víctimas de la violencia doméstica. Tal investigación sería útil para identificar áreas que necesitan mayor atención como la educación, la capacitación profesional continua y los modelos de servicios de salud necesarios para la identificación, captación y atención de estos casos.

5. La investigación adicional con un enfoque longitudinal es necesaria para determinar el patrón de abuso durante el embarazo, así como para establecer las variaciones en las respuestas de las mujeres. Por ejemplo, algunas diferencias podrían verse influenciadas por cambios en las situaciones sociales y las circunstancias tales como los factores económicos.

6. La investigación adicional para determinar la violencia doméstica en gestantes, también debería ser abordada desde una perspectiva masculina, para así llegar a comprender de mejor modo el comportamiento violento de los hombres y poder diseñar una estrategia de intervención eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J., & Lowenstein, S. R. (1995). Domestic violence against women: Incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 273(22), 1763-1767.
2. ACOG. Domestic violence. ACOG Technical Bulletin, Number 209 -August. 1995
3. Allen, N. E., Bybee, D. I., & Sullivan, C. M. (2004). Battered women's multitude of needs: Evidence supporting the need for comprehensive advocacy. *Violence Against Women*, 10(9), 1015-1035.
4. Alston, M. (1997). Violence against women in a rural context. *Australian Social Work*, 50(1), 15-21.
5. Amaro, H., Fried, L. E., Cabral, H., & Zuckerman, B. (1990). Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 80(5), 575-579.
6. Asling-Monemi K, Peña R, Ellsberg M, Persson L. Violencia contra la mujer aumenta el riesgo de mortalidad infantil: Un estudio de caso referente en Nicaragua. *El Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2003; 81:10-18.
7. Australian Bureau of Statistics. (1996). *Women's Safety Australia*. Canberra: Commonwealth of Australia.
8. Australian Medical Association. (1998). *Position statement on domestic violence*. Canberra: AMA.
9. Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2002). Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109, 9-16.
10. Ballard, T. J., Saltzman, L. E., Gazmararian, J. A., Spitz, A. M., Lazorick, S., & Marks, J. S. (1998). Violence during pregnancy: Measurement issues. *American Journal of Public Health*, 88(2), 274-276.
11. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004 Apr;103(4):698-709.
12. Bergström A, Jayatissa MN, Mork A, et al. Stress sensitivity and resilience in the chronic mild stress rat model of depression; an in situ hybridization study. *Brain Res*. 2008 Feb;1196:41-52.

13. Bograd, M. (1988). Feminist perspectives on wife abuse: An introduction. In K. Yllo & M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 11-28). Newbury park, CA: Sage.
14. Bowen, E., Heron, J., Waylen, A., Wolke, D., & the ALSPAC study team. (2005). Domestic violence risk during and after pregnancy: Findings from a British longitudinal study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 112, 1083-1089.
15. Bowker, L. H., & Maurer, L. (1987). The medical treatment of battered wives. *Women & Health*, 12(1), 25-45.
16. Bradley, F., Smith, M., Long, J., & O'Dowd. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*, 324, 1-5.
17. Browne, K., & Herbert, M. (1997). *Preventing family violence*. Chichester: John Wiley & Sons.
18. Bullock, L., & McFarlane, J. (1989). Birth-weight/battering connection. *American Journal of Nursing*, 89, 1153-1155.
19. Calderón SH, Gilbert P, Jackson R, et al. Cueing prenatal providers effects on discussions of intimate partner violence. *Am J Prev Med*. 2008 Feb;34(2):134-7.
20. Campbell, J., Garcia-Moreno, C., & Sharps, P. (2004). Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 10(7), 770-789.
21. Campbell JC. Outcomes partner violence. *Lancet*. 2002, 359 (9314) :1331-1336.
22. Campbell, J. C., Poland, M. L., Walker, J. B., & Ager, J. (1992). Correlates of battering during pregnancy. *Res Nurs Health*, 15, 219-226.
23. Castro, R., Peek-Asa, C., & Ruiz, A. (2003). Violence against women in Mexico: A study of abuse before and during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1110-1116.
24. Chaisetsampan, W. (2000). Experiences of abuse and the need for assistance of abused wives. Unpublished master's thesis, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
25. Clongphayaban, B. (1999). Family violence: The factors associated with wives violence in Muang District, Srakaew Province. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
26. Coker, A. L., Smith, P. H., Mckeown, R. E., & King, M. J. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: Physical, sexual and psychological

- battering. *American Journal of Public Health*, 90(4), 553-559.
27. Cokkinides, V., Coker, A. L., Sanderson, M., Addy, C., & Bethea, L. (1999). Physical violence during pregnancy: Maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 93(5), 661-666.
 28. Cokkinides, V. E., & Coker, A. L. (1998). Experiencing physical violence during pregnancy: prevalence and correlates. *Family and Community Health*, 20(4), 19-37.
 29. Covington, D. L., Dalton, V. K., Diehl, S. J., Wright, B. D., & Piner, M. H. (1997). Improving detection of violence among pregnant adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 21(1), 18-24.
 30. Covington, D. L., Justason, B. J., & Wright, L. N. (2001). Severity, manifestations, and consequences of violence among pregnant adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28(1), 55-61.
 31. Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, et al. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008 Feb;100(2):104-8.
 32. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry*. 2004 Feb;161(2):195-216.
 33. Davies, M. (Ed.). (1994). *Women and violence*. London: Zed Books.
 34. Desai, S., & Saltzman, L. E. (2001). Measurement issues for violence against women. In C. M. Renzetti, J. L. Edleson & R. K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against women* (pp. 35-55). Thousand Oaks: Sage.
 35. Dietz, P. M., Gazmararian, J. A., Goodwin, M. M., Bruce, F. C., Johnson, C. H., & Rochat, W. (1997). Delayed entry into prenatal care: Effect of physical violence. *Obstetrics & Gynecology*, 90(2), 221-224.
 36. Dobash, R. E., & Dobash, R. (1979). *Violence against wives: A case against the patriarchy*. New York: The Free Press.
 37. Dutton, D. G., & Bodnarchuk, M. (2005). Through a psychological lens: Personality disorder and spouse assault. In D. R. Loseke, R. J. Gelles & M. M. Cavanaugh (Eds.), *Current Controversies on Family Violence* (2 ed.). Thousand Oaks: Sage.
 38. Dye, T. D., Tollivert, N. J., Lee, R. V., & Kenny, C. J. (1995). Violence, pregnancy

- and birth outcome in Appalachia. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 9, 35-47.
39. Ellison K. *El cerebro de mamá: cómo la maternidad estimula la inteligencia*. Ed. Destino, 2007.
 40. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2000, Departamento de Cusco
 41. Espinosa, L., & Osborne, K. (2002). Domestic violence during pregnancy: Implications for practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(5), 305-317.
 42. Fernandez, F. M., & Krueger, P. M. (1999). Domestic violence: Effect on pregnancy outcome. *JAOA*, 99(5), 254-256.
 43. Flitcraft, A. H., Hadley, S. M., Hendericks-Matthews, M. K., McLeer, S. V., & Warshaw, C. (1992). American Medical Association diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. *Archives of Family Medicine*, 1, 39-47.
 44. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge J, et al. Resilience as a moderator of pain and stress. *J Psychosom Res*. 2006 Aug;61(2):213-19.
 45. Frost, M. (1999). Health visitors' perceptions of domestic violence: the private nature of the problem. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 589-596.
 46. Fugate, M., Landis, L., Riordan, K., Naureckas, S., & Engel, B. (2005). Barriers to domestic violence help seeking. *Violence Against Women*, 11(3), 291-310.
 47. Gazmararian, J. A., Lazorick, S., Spitz, A. M., Ballard, T. J., Saltzman, L. E., & Marks, J. S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *The Journal of the American Medical Association*, 275(24), 1915-1920.
 48. Gelles, R. J. (1993). Through a sociological lens: Social structure and family violence. In R. J. Gelles & D. R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence*. Newbury Park: Sage.
 49. Gelles, R. J., & Cornell, C. P. (1990). *Intimate violence in families*. Newbury Park: Sage.
 50. Gelles, R. J., & Loseke, D. R. (Eds.). (1993). *Current controversies on family violence*. Newbury Park: SAGE Publications.
 51. Gerbert, B., Abercrombie, P., Caspers, N., Love, C., & Bronstone, A. (1999). How health care providers help battered women: The survivor's perspective. *Women & Health*, 29(3), 115-135.
 52. Gossaye Y, Deyessa N, Berhane Y, et al. La salud de la mujer y el estudio de los

- acontecimientos de la vida en las zonas rurales de Etiopía. *Etiopía Diario de Desarrollo de la Salud*. 2003; 17 (Segunda Edición especial) :1-49.
53. Gordon, M. (2000). Definitional issues in violence against women: Surveillance and research from a violence research perspective. *Violence Against Women*, 6(7), 747-783.
 54. Grew, C. A. (1991). The domestic violence advocacy service-an innovative legal service for women. In R. Batten, W. Weeks & J. Wilson (Eds.), *Issues Facing Australian Families: Human Services Respond* (pp. 194-203). Melbourne: Longman Cheshire.
 55. Grimstad, H., Schel, B., Backe, B., & Jacobsen, G. (1999). Anxiety, physical abuse, and low birth weight. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 296-300.
 56. Gúezmes A, Palomino N, Ramos M. *Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú*. Lima: Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristan," Universidad Peruana Cayetano Heredia, WHO, 2002.
 57. Guo, S. F., Wu, J. L., Qu, C. Y., & Yan, R. Y. (2004). Domestic violence in China before, during, and after pregnancy. Retrieved 12 January, 2005.
 58. Healey, K. (Ed.). (1998). *Violence in the family* (Vol. 99). Balmain: The Spinney Press.
 59. Hedin, L., & Janson, P. (1999). The invisible wounds: The occurrence of psychological abuse and anxiety compared with previous experience of physical abuse during the childbearing year. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 20, 136-144.
 60. Hedin, L. W. (2000). Postpartum, also a risk period for domestic violence. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 89, 41-45.
 61. Hedin, L. W., Grimstad, H., Moller, A., Schei, B., & Janson, P. O. (1999). Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78(4), 310-315.
 62. Hedin, L. W., & Janson, P. O. (2000). Domestic violence during pregnancy: The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79, 625-630.
 63. Hegarty, K., Hinsmarsh, E. D., & Gilles, M. T. (2000). Domestic violence in Australia: Definition, prevalence and nature of presentation in clinical practice. *MJA*, 173, 363-367.

64. Heise, L. (1993). Violence against women: The hidden health burden. *World Health Statistics Quarter*, 46, 78-85.
65. Heise, L. L. (1999). Violence against women. In G. Reardon (Ed.), *Power and process: A report from the women linking for change conference*, Thailand, 1994. Oxford: Oxfam.
66. Heise, L. L., Raikes, A., Watts, C. H., & Zwi, A. B. (1994). Violence against women: A neglected public health issue in less developed countries. *Social Science Medicine*, 39(9), 1165-1179.
67. Helton, A. S., McFarlane, J., & Anderson, E. T. (1987). Battered and pregnant: A prevalence study. *American Journal of Public Health*, 77(10), 1337-1339.
68. Hillard, P. J. (1985). Physical abuse in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 66(2), 185-190.
69. Horsfall, J. (1991). *The presence of the past: Male violence in the family*. Sydney: Allen & Unwin.
70. Idrus, N. I., & Bennett, L. R. (2003). Presumed consent: Marital violence in Bugis society. In L. Manderson & L. R. Bennett (Eds.), *Violence against women in Asian societies* (pp. 41-60). London: Routledge Curzon.
71. Irion, O., Boulvain, M., Straccia, A., & Bonnet, J. (2000). Emotional, physical and sexual violence against women before or during pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1306-1308.
72. Irwin, J., & Thorpe, R. (1996). Women, violence and social change. In R. Thorpe & J. Irwin (Eds.), *Women and Violence: Working for Change* (pp. 1-18). Sydney: Hale & Iremonger.
73. Jasinski, J. L. (2001). Theoretical explanations for violence against women. In C. M. Renzetti, J. L. Edleson & R. K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against women* (pp. 5-21). Thousand Oaks: Sage.
74. Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: Causes and prevention. *The Lancet*, 359, 1423-1429.
75. Johnson, J. K., Haider, F., Ellis, K., Hay, D. M., & Lindow, S. W. (2003). The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG: An International Journal of*

Obstetrics and Gynecology, 110, 272-275.

76. Keenan, C. K., El-Hadad, A., & Balian, S. A. (1998). Factors associated with domestic violence in low-income Lebanese families. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 357-362.
77. Koss, M. P., Goodman, L. A., Browne, A., Fitzgerald, L. F., Keita, G. P., & Russo, community. Washington: American Psychological Association. Koss, M. P., & eslet, L. (1992). Somatic consequences of violence against women. *Archives of Family Medicine*, 1, 53-59.
78. Kyriacou, D. N., Anglin, D., Taliaferro, E., Stone, S., Tubb, T., Linden, J. A., et al. (1999). Risk factors for injury to women from domestic violence. *The New England Journal of Medicine*, 341(25).
79. Lau, Y. (2005). Does pregnancy provide immunity from intimate partner abuse among Hong Kong Chinese women. *Social Science & Medicine*, 61, 365-377.
80. Lau Y, Chan KS. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among chinese women in Hong Kong. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(2):e15-e20.
81. Lent B, Morris P, Rechner S. Understanding the effect of domestic violence on pregnancy, labour, and delivery. *Can Fam Physician*. 2000 Mar;46:505-7, 516-9.
82. Letourneau, E. J., Holmes, M., & Chasedunn-Roark, J. (1999). Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 9(2), 115-120.
83. Leung, W. C., Leung, T. W., Lam, Y. Y. J., & Ho, P. C. (1999). The prevalence of domestic violence against pregnant women in a Chinese community. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 66, 23-30.
84. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 2006 Aug; 296(5):530-6.
85. Mann JR, McKeown RE, Baco J, et al. Religiosity, spirituality and antenatal anxiety in Southern U.S. women. *Arch Womens Ment Health*. 2008;11(1):19-26.
86. Marshall, L. L. (1992). Development of the Severity of Violence Against Women Scales. *Journal of Family Violence*, 7(2), 103-121.
87. Martin, S. L., English, K. T., Clark, K. A., Cilenti, D., & Kupper, L. L. (1996).

- Violence and substance use among North Carolina pregnant women. *American Journal of Public Health*, 86(7), 991-998.
88. Martin, S. L., Mackie, L., Kupper, L. L., Buescher, P. A., & Moracco, K. E. (2001). Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA*, 285(12), 1581-1630.
 89. Mazza, D., Dennerstein, L., & Ryan, V. (1996). Physical, sexual and emotional violence against women: A general practice-based prevalence study. *Medical Journal of Australia*, 164, 14-17.
 90. McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A., DeChant, H. K., et al. (1995). The "Battering Syndrome": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10), 737-746.
 91. McFarlane, J. (1991). Violence during teen pregnancy: Health consequences for mother and child. In B. Levy (Ed.), *Dating violence: Young women in danger* (pp. 136-141). Seattle: Seal Press.
 92. McFarlane, J. (1993). Abuse during pregnancy: The horror and the hope. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(3), 350-362.
 93. McFarlane, J., Parker, B., & Soeken, K. (1996). Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birth weight. *Nursing Research*, 45, 37-42.
 94. McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*, 267(23), 3176-3179.
 95. McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., Silva, C., & Reed, S. (1999). Severity of abuse before and during pregnancy for African American, Hispanic, and Anglo women. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(2), 139-144.
 96. Mezey, G. C., & Bewley, S. (1997). Domestic violence and pregnancy. *British Medical Journal*, 314(7090), 1295-1296.
 97. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002 Dec;79(3):269-77.
 98. Muhajarine, N., & D'Arcy, C. (1999). Physical abuse during pregnancy: Prevalence and risk factors. *Canadian Medical Association Journal*, 160(7), 1007-1011.
 99. Mulder, N. (1996). *Inside Southeast Asia: Religion, everyday life, cultural change*.

Amsterdam: The Pepin Press.

100. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, et al. Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. *Arch Psychiatr Nurs*. 2007 Jun;21(3):150-61.
101. Newberger, E. H., Barkan, S. E., Lieberman, E. S., McCormick, M. C., Yllo, K., Gary, L. T., et al. (1992). Abuse of pregnant women and adverse birth outcome: Current knowledge and implications for practice. *JAMA*, 267(17), 2370-2376.
102. O'Campo, P., Gielen, A. C., Faden, R. R., & Kass, N. (1994). Verbal abuse and physical violence among a cohort of low-income pregnant women. *Womens Health Issues*, 4(1), 29-37.
103. O'Leary, K. D. (1993). Through a psychological lens: Personal traits, personality disorders, and levels of violence. In R. J. Gelles & D. R. Loseke (Eds.), *Current Controversies on Family Violence*. Newbury Park: Sage.
104. Otchet, F., Carey, M. S., & Adam, L. (1999). General health and psychological symptoms status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstetric & Gynecology*, 94(6), 935-941.
105. Pagelow, M. D. (1984). *Family violence*. New York: Praeger.
106. Pande, R. (2002). The public face of a private domestic violence. *International Feminist Journal of Politics*, 4(3), 342-367.
107. Panzarine S, Slater E, Sharps P. Coping, social support and depressive symptoms in adolescent mothers. *J Adolesc Health*. 1995 Aug; 17(2):113-9
108. Parker, B., McFarlane, J., & Soeken, K. (1994). Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetric & Gynecology*, 84(3), 323-328.
109. Parker, B., McFarlane, J., Soeken, K., Torres, S., & Campbell, D. (1993). Physical and emotional abuse in pregnancy: A comparison of adult and teenage women. *Nursing Research*, 42(3), 173-178.
110. Peckover, S. (2003). 'I could have just done with a little more help': an analysis of women's help seeking from health visitors in the context of domestic violence. *Health and Social Care in the Community*, 11(3), 277-282.
111. Peedicayil, A., Sadowski, L. S., Jeyaseelan, L., Shankar, V., Jain, D., Suresh, S., et

- al. (2004). Spousal physical violence against women during pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 111, 682-687.
112. Petersen, R., Gazmararian, J. A., Spitz, A. M., Rowley, D. L., Goodwin, M. M., Saltzman, E. L., et al. (1997). Violence and adverse pregnancy outcomes: A review of the literature and directions for future research. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(5), 366-373.
113. Queensland Health. (2000). Initiative to combat the health impact of domestic violence against women: Stage 1 Evaluation Report. Brisbane: Queensland Health.
114. Quinlivan, J. A., & Evans, S. F. (2001). A prospective cohort study of the impact of domestic violence on young teenage pregnancy outcomes. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 14, 17-23.
115. Rachana, C., Suraiya, K., Hisham, A., Abdulaziz, A., & Hai, A. (2002). Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 103, 26-29.
116. Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L., & Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 325, 1-13.
117. Roberts, G. L., O'Toole, B. I., Lawrence, J. M., & Raphael, B. (1993). Domestic violence victims in a hospital emergency department. *Medical Journal of Australia*, 159, 307-310.
118. Rodriguez, M. A., Bauer, H. M., & McLoughlin, E. e. a. (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA*, 282(5), 468-474.
119. Rodriguez MA, Heilemann MV, Fielder E, et al. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant latina women. *Ann Fam Med*. 2008;6(1):44-52.
120. 1998. Lima Perú.
121. Sanchez SE, Qiu C, Perales MT, et al. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008 Mar;137(1):50-55.

122. Small MJ, Gupta J, Frederic R, et al. Intimate partner and nonpartner violence against pregnant women in rural Haiti. *Int J Gynecol Obstet.* 2008 Sep;102(3):226-31. doi:10.1016/j.ijgo.2008.05.008.
123. Savona-Ventura, C., Savona-Ventura, M., Drenghed-Nielsen, S., & Johansen, K. S. (2001). Domestic abuse in a central Mediterranean pregnant population. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 98(1), 3-8.
124. Scutt, J. (1991). Criminal assault at home: Policy directions and implications for the future. In W. Weeks & J. Wilson (Eds.), *Issues facing Australia Families: Human Services Respond* (2 ed., pp. 183-193). Melbourne: Longman Cheshire.
125. Sen, P. (1998). Violence in intimate relationships: A research project in India. In H. Afshar (Ed.), *Women and empowerment: Illustrations from the Third World* (pp. 134-154). London: Macmillan.
126. Showstack, J. A., Budetti, P. P., & Minkler, D. (1984). Factors associated with birthweight: An exploratory of the roles of prenatal care and length of gestation. *AJPH*, 74(9), 1003-1008.
127. Simeon D, Yahuda R, Cunill R, et al. Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology.* 2007;32(8-10):1149-52.
128. Smith, P. H., Tessaro, I., & Earp, J. A. (1995). Women's experiences with battering: A conceptualisation from qualitative research. *Women's Health Issues*, 5(4), 173-182.
129. Stewart, D. E., & Cecutti, A. (1993). Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 149(9), 1257-1263.
130. Straus, M. (2005). Women's violence toward men is a serious social problem. In D. R. Loseke, R. J. Gelles & M. M. Cavanaugh (Eds.), *Current Controversies on Family Violence* (2 ed.).
131. Sugg, N. K., & Inui, T. (1992). Primary care physicians' response to domestic violence. *Journal of American Medical Association*, 267(3157-3160).
132. Suárez L, Menkes C. La violencia familiar ejercida en contra de los adolescentes mexicanos. *Rev. Saúde Pública.* 2006.
133. Silverman JG, Decker MR, Reed E, et al. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Jul;195(1):140-8. Epub 2006

Apr 21.

134. Sushma, K. (2000). Domestic violence against women and girls. Retrieved 15 December, 2002.
135. Távara-Orozco L, Zegarra-Samamé T, Zelaya C, et al. Detección de violencia basada en género tres servicios de atención de salud reproductiva. *Ginecol Obstet* 2003;49(1):31-8.
136. Thanaudom, D. (1996). Family violence: A study in pregnant women. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
137. Tiwari A, Chan KL, Fong D, et al. The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *BJOG*. 2008 Feb;115(3):377-84.
138. Tollestrup, K., Sklar, D., Frost, F. J., Olson, L., Weybright, J., Sandvig, J., et al. (1999). Health indicators and intimate partner violence among women who are members of a managed care organization. *Preventive Medicine*, 29, 431-440.
139. Tolman, R. M. (1989). The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence Victims*, 4, 159-177.
140. UNIFEM. (2005). Pathway to gender equality. Retrieved 10 May, 2006.
141. U.S. Department of Health and Human Services. (1990). *Healthy people 2000: National Health promotion and disease prevention objectives*. Washington (DC): Public Health Service.
142. U.S. Department of Health and Human Services. (1998). Rural health-care providers' attitudes, practices, and training experience regarding intimate partner violence—West Virginia, March 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47(32), 670-673.
143. U.S. Preventive Services. Task Force. *Violencia Familiar*. en *Guía de medicina clínica preventiva*. Williams and Wilkins Edición Española. Barcelona 1998;3: 441-451.
144. Valladares E, Ellsberg M, Peña R, Högberg U, Persson L-A. Abuso físico durante el embarazo: un factor de riesgo de bajo peso al nacer en Nicaragua. *Obstetricia y Ginecología*. 2002, 100 (4) :100-105.
145. Vladislavovna S, Pámanes-González V, Billings D, et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(4):582-90.
146. Webster, J., Chandler, J., & Battistutta, D. (1996). Pregnancy outcomes and health care use: Effects of abuse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174(2), 760-

767.

147. Webster, J., Stratigos, S. M., & Grimes, K. M. (2001). Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. *Midwifery*, 17, 289-294.
148. Webster, J., Sweett, S., & Stolz, T. (1994). Domestic violence in pregnancy: A prevalence study. *The Medical Journal of Australia*, 161, 466-470.
149. Weinbaum, Z., Stratton, T. L., Chavez, G., Mothlewski-Link, C., Barrera, N., & Courtney, J. G. (2001). Female victims of intimate partner physical domestic violence (IPP-DV), California 1998. *American Journal Preventative Medicine*, 21(4), 313-319.
150. Westdahl C, Milan S, Magriples U, et al. Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstet Gynecol*. 2007 Jul;110(1):134
151. Whitehead, A., & Fanslow, J. (2005). Prevalence of family violence amongst women attending an abortion clinic in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 45, 321-324.
152. Wiemann, C. M., Agurcia, C. A., Berenson, A. B., Volk, R. J., & Rickert, V. I. (2000). Pregnant adolescents: Experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), 93-101.
153. Wiist, W. H., & McFarlane, J. (1998). Severity of spousal and intimate partner abuse to pregnant Hispanic women. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(3), 248-261.
154. World Health Organization. (1999). Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: Global programme on Evidence for Health Policy.
155. World Health Organization. (2000). Chapter 4: Violence by intimate partners. Retrieved 11 March, 2005.
156. World Health Organization. (2005). The World Health Report 2005: Make every mother and child count. Retrieved 10 May, 2006.
157. Yllo, K., & Bograd, M. (Eds.). (1988). *Feminist perspectives on wife abuse*. Newbury Park: Sage.
158. Yllo, K., & Straus, M. A. (1990). Patriarchy and violence against wives: The impact of structural and normative factors. In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families* (pp. 383-

- 399). New Brunswick, NJ: Transaction.
159. Yllo, K. A. (1993). Through a feminist lens: Gender, power, and violence. In R. J. Gelles & D. R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 47-62). Newbury Park, CA: Sage.
160. Yllo, K. A. (2005). Through a feminist lens. In D. R. Loseke, R. J. Gelles & M. M. Cavanaugh (Eds.), *Current Controversies on Family Violence* (2 ed.). Thousand Oaks: Sage.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Servicio:.....

Fecha:.....

Parte 1: Información General

Información personal:

- 1 Iniciales.....
- 2 Dirección.....
- 3 Edad.....años cumplidos
- 4 Grado de Instrucción:.....
- 5 Ocupación:
- 6 Estado Civil:.....
- 7 Cuál es su ingreso mensual propio?:.....
- 8 Hábito tabáquico:.....cigarrillos/día.
- 9 Hábito de consumo de bebidas alcohólicas:.....veces/mes
- 10 Consumo de drogas ilícitas:.....veces/mes

Información acerca de la pareja:

- 1 Edad.....años cumplidos
- 2 Grado de Instrucción:.....
- 3 Ocupación:
- 4 Estado Civil:.....
- 5 Cuál es su ingreso mensual?:.....
- 6 Hábito tabáquico:.....cigarrillos/día.
- 7 Hábito de consumo de bebidas alcohólicas:.....veces/mes
- 8 Consumo de drogas ilícitas:.....veces/mes

Parte 2: Información sobre conducta violenta de la pareja en el presente embarazo

Violencia Psicológica:

Marcar con una X en el casillero según corresponda:

Conducta de la Pareja	Nunca	Raras veces	En ocasiones	Con frecuencia	Muy frecuentemente
9. No me llama por mi nombre					
10. Me maldice					
11. Me grita					
12. Me trata como alguien inferior					
13. Controla mi tiempo y me obliga a decirle donde estoy					
14. Usa nuestro dinero sin consultármelo					
15. Es celoso de mis amigos					
16. Me acusa de serle infiel					
17. Interfiere en mis relaciones con otros miembros de mi familia					
18. Controla mis conversaciones por teléfono					
19. Dice que estoy loca					
20. Me culpa de sus problemas					
21. No le interesan mis sentimientos					

Violencia Física y/o Sexual:

Marcar con una X en el casillero según corresponda:

Conducta de la Pareja	Nunca	Una vez	Pocas veces	Muchas veces
22) Patea puertas, paredes o muebles				
23) Arroja o parte objetos				
24) Maneja peligrosamente cuando estoy en el carro				
25) Me lanza objetos				
27) Me aprieta los dedos				
28) Me hace gestos amenazadores				
29) Me amenaza con los puños				
30) Me empuja				
31) Amenaza suicidarse				
32) Amenaza matarme				
33) Me amenaza con un arma				
34) Me amenaza con un palo				
35) Me amenaza con un cuchillo o una pistola				
36) Me da bofetadas				
37) Me golpea con un objeto (correa, palo, etc.)				
38) Me da puñetazos				
39) Me patea				
40) Me pisotea				
41) Me estrangula				
42) Me rasguña				
43) Me jala los cabellos				
44) Tuerce mis brazos				
45) Me da de nalgadas				
46) Me pellizca				
47) Me muerde				
48) Me escupe				
49) Me quema con objetos calientes				
50) Me obliga a tener relaciones sexuales sin que yo lo desee				
51) Me agrede físicamente para tener relaciones sexuales				
53) Me obliga a hacer cosas que no me gustan cuando tenemos relaciones sexuales				