

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

**VIOLENCIA EN EL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO DE BAJO PESO AL NACER. HOSPITAL
ROOSEVELT, GUATEMALA, AGOSTO 2014.**

TESIS DE GRADO

REYNA PAOLA DE LA CRUZ MOLINA
CARNET 12315-08

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, SEPTIEMBRE DE 2014
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

VIOLENCIA EN EL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO DE BAJO PESO AL NACER. HOSPITAL
ROOSEVELT, GUATEMALA, AGOSTO 2014.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
REYNA PAOLA DE LA CRUZ MOLINA

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, SEPTIEMBRE DE 2014
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR:	P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA:	DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN:	DR. CARLOS RAFAEL CABARRÚS PELLECCER, S. J.
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:	LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL:	LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO:	DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO:	MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA:	MGTR. SILVIA MARIA CRUZ PÉREZ DE MARÍN
DIRECTOR DE CARRERA:	MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. JESSICA JUDITH CASTAÑEDA REYES

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES

LIC. BLANCA MAGDANY QUIROA ROBLEDO

LICDA. CLAUDIA MARIA DE LEON LEON



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina
Comité de Tesis

**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 11 de agosto de 2014

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: ***Violencia en el embarazo como factor de riesgo de bajo peso al nacer. Hospital Roosevelt, Guatemala, agosto 2014***, del estudiante ***Reyna Paola de la Cruz Molina*** con ***carne N° 1231508***, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,

Dra. Jessica Castañeda Reyes
Ginecóloga y Obstetra
Col. 11,812

Dra. Jessica Castañeda
Asesor de Investigación



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante REYNA PAOLA DE LA CRUZ MOLINA, Carnet 12315-08 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09401-2014 de fecha 26 de agosto de 2014, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

VIOLENCIA EN EL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO DE BAJO PESO AL NACER.
HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA, AGOSTO 2014.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 5 días del mes de septiembre del año 2014.


MGTR. SILVIA MARIA CRUZ PÉREZ DE  SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

AGRADECIMIENTOS

- A Dios: Por guiar mis pasos y ser la luz que alumbra mi camino en cada momento de mi vida.
- A mi madre Santísima: Por su dulce amor y nunca abandonarme en este largo caminar.
- A mis padres: José Pablo y María Reyna, por su amor, comprensión, cariño y apoyo incondicional, por las noches de desvelo y por siempre estar a mi lado.
- A mis hermanos: Juan José y Gerardo, por su cariño, apoyo y por su empatía en cada momento.
- A mi familia: Por estar pendientes y su apoyo durante toda mi carrera.
- A mis amigos: Por su amistad, compañerismo y estar en los momentos más difíciles de la vida.
- A mi novio: Luis, por apoyarme en cada momento, por su comprensión y cariño.
- A la Universidad Rafael Landívar: por albergarme en sus aulas y forjar los conocimientos como profesional.
- Al Hospital Roosevelt: Por ser la escuela que me formó en el ámbito personal, académica y profesional.
- A mis maestros: Por brindar sus sabias enseñanzas, su paciencia y dedicación.
- A mi asesor: Dra. Castañeda, por su paciencia, comprensión y guía para la elaboración de este trabajo.

RESUMEN

La violencia propiciada a la mujer durante el embarazo es un grave problema de salud, el cual causa graves repercusiones tanto en la madre como en el feto, por ello se debe indagar problemas sociales o familiares desde el primer contacto con la mujer para detectar factores de riesgo y combatirlos de manera temprana. En el país hay pocos estudios relacionados a este problema, esto se debe a que no se le da la importancia debida y por lo tanto no se brinda buen plan educacional a las familias.

Objetivos: Evaluar la violencia en el embarazo como factor de riesgo de bajo peso al nacer en Ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt en abril y mayo de 2014.

Diseño: casos y controles.

Lugar: Servicios de primer y tercer piso de Ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt.

Metodología: Estudio retrospectivo, de casos y controles. Se estudiaron 150 mujeres. 75 madres de niños con peso ≤ 2500 gramos y 75 madres con peso normal (Casos y controles) en los servicios de Ginecología del Hospital Roosevelt. Se utilizó un instrumento de detección de violencia, el cual consta de 3 partes. La primera parte datos generales de la madre, La segunda parte brinda datos relacionados con el embarazo actual. La tercera parte datos de violencia. La violencia se clasificó según el puntaje obtenido en cada pregunta. Posterior a ello se procedió a tabular los datos, realizar gráficas. Se realizaron proporciones, y se analizaron datos utilizando Chi cuadrado y razón de momios como métodos estadísticos, con significancia de 0.05.

Conclusiones: La presencia de violencia en el embarazo predispone a desarrollar bajo peso al nacer 3.6 veces más que una mujer que no sufre violencia. La proporción de mujeres que sufren violencia en el embarazo y tienen hijos con bajo peso al nacer es de 0.64 lo que representa 64% de los casos. El 36% de los casos sufre una relación abusiva con su pareja, el 60% sufre un primer grado de violencia y 4% sufre un nivel de violencia grave. Las características sociodemográficas de las madres que sufren violencia y tienen hijos con bajo peso son: 30 niños (52%) son del sexo masculino, el peso de los niños tiene una media de 5.13 libras. 30 madres (51.9%) se encuentran entre las edades de 21-30 años. 41 madres que representan 54.7% son unidas con su pareja. 55 madres que representan un 73.3% son amas de casa o estudiantes y por lo tanto no aportan económicamente al sostén del hogar.

Palabras clave: violencia, violencia intrafamiliar, bajo peso al nacer, agresión.

INDICE

• Carátula	
• Agradecimientos	
• Resumen	
• Índice	
• Introducción	1
1. Marco Teórico	
1.1 Violencia	3
1.1.1 Epidemiología	4
1.1.2 Formas de violencia durante el embarazo	4
1.1.2.1 Violencia física	5
1.1.2.2 Violencia psicológica	5
1.1.2.3 Violencia sexual	5
1.2 Factores predisponentes de violencia	6
1.2.1 Causas de Violencia	6
1.2.1.1 Individuales	6
1.2.1.1.1 Escolaridad	6
1.2.1.1.2 Edad de la madre	6
1.2.1.1.3 Nivel socioeconómico bajo	7
1.2.1.1.4 Baja autoestima	7
1.2.1.1.4 Embarazos no planificados	7
1.2.1.2 Sociales	7
1.2.1.3 Culturales	8
1.3 Consecuencias de violencia durante el embarazo	9
1.4 Legislación sobre violencia durante el embarazo en Guatemala	10
1.5 Complicaciones maternas y perinatales	10
1.5.1 Bajo peso al nacer	10
1.5.2 Parto pretérmino	10
1.6. Cómo detectar la violencia durante el embarazo	11
1.7. Prevención y control	13
2. Objetivos	14
2.1 General	
2.2 Específicos	
3. Materiales y Métodos	15
3.1 Diseño del estudio	15
3.2 Unidad de análisis	
3.3 Población	15
3.4 Muestra	
3.5 Criterios de inclusión y exclusión	15
3.5.1 Criterios de inclusión	
3.5.2 Criterios de exclusión	
3.6 Definición y operacionalización de variables	16

3.7	Plan de recolección de datos	19
	3.7.1 Instrumentos	
3.8	Plan de procesamiento y análisis de datos	21
3.9	Alcances y límites de la investigación	22
	3.9.1 Alcances	
	3.9.2 Límites	
3.10	Aspectos éticos de la investigación	23
3.11	Recursos	24
	3.11.1 Recursos humanos	
	3.11.2 Recursos materiales	
	3.11.3 Presupuesto	
3.12	Cronograma de actividades	25
4.	Resultados	26
5.	Análisis y discusión de resultados	38
6.	Conclusiones	41
7.	Recomendaciones	42
8.	Referencias bibliográficas	43
9.	Anexos	47
	9.1 Anexo 1: Cuestionario de violencia durante el embarazo	

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema serio de salud pública, social y de derechos humanos que afecta a muchas personas de la sociedad, siendo más severa en personas más vulnerables como son los niños, las mujeres, los ancianos y aún más vulnerable se convierte la mujer embarazada. (4)

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia contra la mujer se define como cualquier acción o conducta que por el hecho de ser mujer quién la recibe causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico tanto en el ámbito público como privado. (1)

La violencia es una de las principales causas de morbilidad materna y fetal y puede ser la causa de la pérdida de 1 de cada 5 días de vida saludable de la mujer en edad reproductiva. (20)

La violencia contra la mujer repercute de forma adversa tanto en la madre como en el feto, dando como consecuencia complicaciones como el bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, muerte fetal, así como afectación sobre las capacidades cognitivas, destrezas, capacidades físicas y sociales (20)

Se estima que la violencia contra la mujer durante el embarazo a nivel mundial afecta desde un 4% hasta un 25%, según la población y el tipo de violencia a la cual se haga referencia. (2)

Guatemala es un país en vías de desarrollo, en el cual, la mayoría de la población pertenece al estrato socioeconómico bajo, tiene tasas elevadas de analfabetismo, muchos jóvenes habitan el área rural y no se preparan de manera adecuada para su futuro, lo cual los predispone a matrimonios a muy temprana edad, ocuparse de una familia cuando no tienen trabajos estables, además la cultura machista en la cual está prohibido asistir al programa de planificación familiar, y “el hombre es el que manda y a quien se le obedece”; sumándole además los vicios como el alcoholismo y drogas, provocan grandes sufrimientos en los jóvenes, siendo las más afectadas las mujeres, y posteriormente sus hijos. (3)

Se realizó un estudio de casos y controles, en el cual se entrevistó a las madres de niños con bajo peso al nacer (peso menor a 2500 gramos) que se analizaron como casos, y se hizo comparación con madres de niños con peso mayor a 2500 gramos (los cuales fueron controles), todo ello con la finalidad de detectar si existía alguna diferencia tanto en sus características sociodemográficas como la presencia o no de violencia en el embarazo y su relación con el peso de sus hijos al momento del nacimiento.

Debido a que la violencia en Guatemala afecta a gran parte de la población, es de gran importancia que los médicos durante el control prenatal y seguimiento de las pacientes indaguen sobre datos que puedan orientar a que la paciente sufre de violencia tanto física, sexual o mental; ya que en la mayor parte de casos el médico se centra en buscar patología como causa de las complicaciones maternas y fetales; pudiendo ser en muchos casos problemas familiares como la violencia el desencadenante de dichas consecuencias. En esta investigación se relacionó el peso del recién nacido con la violencia y las características sociodemográficas de la madre. (7)

1. Marco Teórico.

1.1 VIOLENCIA

Según los Centros de Control y prevención de enfermedades de los Estados Unidos, define violencia durante el embarazo así: “Violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional causadas a una mujer embarazada” (9)

La violencia es uno de los principales problemas que afectan a la mujer embarazada. Se considera que existe un 60.6% de probabilidad que una mujer embarazada sufra de violencia en comparación con una mujer que no lo está. (9)

Existen tres tipos de violencia doméstica: física, psicológica y sexual con el paso del tiempo ha ido adquiriendo gran importancia, debido a sus repercusiones físicas, psicoemocionales y sociales, tanto inmediatas, tempranas o tardías; las cuales son predictores de un resultado perinatal adverso y un desfavorable pronóstico materno-fetal. (11)

La violencia doméstica, también denominada contra la mujer es cualquier acto de poder u omisión, abuso recurrente intencional y cíclico dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia. (11)

La violencia durante el embarazo puede tener múltiples causas, que afectan directa o indirectamente a la madre y por ende al feto, teniendo como consecuencias problemas de salud llegando a casos fatales como la muerte de cualquiera de los implicados. (9)

“La violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas. Si bien en la mayor parte de la violencia doméstica los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estos van dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales” (9)

1.1.1 EPIDEMIOLOGÍA

Se considera que la violencia es una de las principales complicaciones del embarazo con una mayor frecuencia que la hipertensión, la diabetes y cualquier otra complicación seria. (9)

Se considera que hasta el 70% de las mujeres experimentan algún tipo de violencia en el transcurso de su vida. (18)

Se estima que a nivel mundial la violencia contra la mujer durante el embarazo se encuentra desde el 1% al 70%; de los cuales señalan ser víctimas tanto de violencia física, psicológica como sexual. (17)

La mujer embarazada puede ser objeto de abuso físico en 32% de los casos; abuso sexual en 13% y de maltrato psicológico en 6.7%. (17)

“La forma más común de violencia experimentada por mujeres a nivel mundial es la violencia física infringida por una pareja íntima, incluyendo mujeres golpeadas, obligadas a tener relaciones sexuales o abusadas de alguna otra manera”. (18)

“Las mujeres entre 15 y 44 años de edad corren mayor riesgo de ser violadas o maltratadas en casa que de sufrir cáncer, accidentes de vehículos, guerra y malaria, según estadísticas del Banco Mundial” (18)

1.1.2 FORMAS DE VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO

Las formas de violencia que con mayor frecuencia sufren las mujeres durante el embarazo son: física, psicológica y sexual, (17) según otros autores también puede ser económica. (18)

1.1.2.1 VIOLENCIA FÍSICA

El maltrato físico es el tipo de violencia que más frecuentemente se presenta y sus consecuencias son las más susceptibles de ser observadas. (17)

“Las lesiones más detectadas en las citas de control prenatal y servicios de urgencias son: bofetadas o empujones en 57.6%; lesiones más graves en 42.4%, por golpes con el puño y patadas en 39%, en el 3% de los casos las mujeres sufren fracturas o lesiones permanentes”. (17)

Entre violencia física se incluyen golpes, empujones, hematomas, fracturas, puñetazos, patadas.

Los sitios anatómicos que con mayor frecuencia son dañados a causa de la violencia son: cabeza y cuello, tronco y extremidades: En adolescentes predominan las lesiones del abdomen. (17)

1.1.2.2 VIOLENCIA PSICOLÓGICA

El maltrato psicológico ha sido documentado en mujeres embarazadas. Según Collado y colaboradores, lo refieren en un 96% de los casos de violencia. (17)

El factor que más frecuentemente se presenta de la violencia psicológica es la ridiculización de la víctima. Se señala que el 17% de las mujeres agredidas refieren tener miedo al causante de violencia; el cual no es tomado por las mujeres gestantes como un acto de violencia, por lo tanto no se habla de ello y no se indaga intencionalmente; cuando en verdad si lo es. (17)

Entre violencia psicológica se puede mencionar; insultos, gritos, palabras que hagan sentir mal a la madre o la ridiculicen frente a otras personas, etc.

1.1.2.3 VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual es el tipo de maltrato que menos se ha estudiado y por lo tanto menos se ha documentado. Estudios actuales revelan que este tipo de maltrato presenta variaciones en su patrón de presentación en el transcurso del embarazo, de este modo, dicho embarazo puede ser producto mismo de violencia sexual. (17)

Se estima que a nivel mundial, una de cada cinco mujeres se convertirá en víctima de violación o intento de violación en el transcurso de su vida. (18)

“Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 11 países, determinó que el porcentaje de mujeres que han sido sujetas a violencia sexual por una pareja íntima varía del 6% en Japón hasta el 59% en Etiopía”. (18)

Entre algunas formas de violencia sexual se puede mencionar: insinuar o agredir a la mujer con el fin de tener un beneficio sexual, imponer autoridad para que la mujer ceda en cuanto a mantener una relación sexual, entre otros.

1.2 FACTORES PREDISPONENTES PARA LA VIOLENCIA

1.2.1 CAUSAS DE VIOLENCIA

En Guatemala se estima que las principales causas de violencia se deben a exclusión social y falta de aplicación de la ley a quienes la causan. (12)

Guatemala es un país centralizado, en el cual la mayor parte de los recursos que se mueven en la economía no llegan a distribuirse a las áreas rurales ni a todos los estratos sociales. (12)

Existen factores predisponentes para que la violencia durante el embarazo se presente como lo es: Antecedente de violencia familiar principalmente cuando ha ocurrido durante el año previo a la gestación; historia de maltrato a la mujer, historia de maltrato durante la infancia y adolescencia, consumo de alcohol o drogas (principalmente cocaína), altos niveles de estrés y problemas emocionales como baja autoestima, aislamiento, inseguridad y depresión. (17)

“Otros autores han señalado los siguientes factores de riesgo: mujeres jóvenes, Primigestas, bajo nivel educativo y socioeconómico; el abandono de la pareja o su ausencia pueden ser factores asociados, que en general sitúan a la mujer en una condición de vulnerabilidad social”. (17)

1.2.1.1 INDIVIDUALES:

1.2.1.1.1 ESCOLARIDAD:

Según el segundo informe temático de la Defensoría de la Mujer Indígena (DEMI), “destaca datos reveladores en materia educativa, reflejando que el 87% de mujeres indígenas son analfabetas. Solamente el 43% de ellas logran culminar el nivel primario, el 5.8% la educación media y 1% la educación superior. El 55% de las mujeres que realizan trabajo doméstico son mujeres indígenas que emigran a las ciudades”, lo cual termina siendo una causa fundamental de la violencia contra ellas, tanto por ignorancia de sus derechos así como también miedo a decir la verdad. (16)

1.2.1.1.2 EDAD DE LA MADRE

Las adolescentes embarazadas, corren un alto riesgo de ser víctimas de violencia por parte de las parejas, principalmente las que se encuentran entre los 12 y 17 años de edad. (9)

1.2.1.1.3 NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO

El nivel de desigualdad en toda América Latina lleva a que la pobreza sea un factor potente en la sociedad guatemalteca el cual lleva a situaciones de tensión social. (13)

Se estima que en Guatemala, el 51% de la población vive en situación de pobreza con un 15.2% en pobreza extrema según la encuesta nacional de condiciones de vida 2006.(14)

1.2.1.1.4 BAJA AUTOESTIMA

Una mujer con baja autoestima se predispone a ser víctima de violencia por parte de su pareja o bien de cualquier persona que se encuentre cerca de su vínculo familiar o social en que la misma se desenvuelve. Siendo de esta manera abusada en cualquiera de sus formas, la mujer no se considera con el valor suficiente como para denunciar los hechos o bien contárselos a alguien de su confianza.

1.2.1.1.5 EMBARAZOS NO PLANIFICADOS

Un embarazo imprevisto o no planificado es una causa de violencia que aumenta su prevalencia cuatro veces que en una mujer que no esta embarazada. De tal manera, se pone de manifiesto que el propio embarazo puede ser un resultado de violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos anticonceptivos. (9)

1.2.1.2 SOCIALES

Se estima que la mayor cantidad de mujeres embarazadas que sufren violencia, son personas que residen en el área rural, donde los derechos de las mujeres son violentados, no valen o simplemente son ignorados por parte de la pareja; aprovechando la condición en que se encuentran donde las autoridades no hacen ninguna acción para hacer respetar dichos derechos, sumándole aún más el miedo y temor de las mujeres a denunciar este tipo de hechos. (17)

La violencia contra la gestante también ocurre cuando la pareja, la madre o ambos consumen drogas, alcohol, causándose daños emocional y físico dentro de una condición de negligencia o descuido, en el cual ambos son culpables. (17)

El desempleo por parte de la pareja y las necesidades económicas que se viven día con día crean un ambiente de tensión y desequilibrio, que en muchos casos concluyen en violencia tanto física, psicológica como sexual. (9)

La presión familiar y social para que las mujeres contraigan matrimonio a temprana edad y por ende a tener relaciones sexuales, conlleva a peligros para su salud como lo es la vulnerabilidad al VIH/SIDA, violaciones, limitando de esta manera su asistencia a la escuela y su desarrollo personal y social. (18)

1.2.1.3 CULTURAL

Guatemala es un país que históricamente ha sido dominada por el hombre, el cual es el encargado de tomar las decisiones, él es el que manda, él es quien dice lo correcto e incorrecto, dando a la mujer un papel en el cual no es tomada en cuenta y no vale como persona.

Por lo tanto en la violencia contra la mujer existe un factor intrínseco el cual es: discriminación y racismo, machismo y estereotipos de género; los cuales ponen a la mujer en un papel de sumisión; en la cual lo único que puede hacer es tener hijos y dedicarse a las tareas del hogar.

“El problema es más común en lugares donde el concepto de masculinidad lleva implícito el honor del varón, la autoridad sobre la mujer y en ambientes donde se tolera el castigo físico como medio para resolver disputas personales”. (17)

La violencia contra las mujeres no es específica de una cultura, región o país, ni tampoco a grupos particulares de mujeres dentro de una sociedad; la violencia contra la mujer tiene sus raíces que yacen en la discriminación persistente contra las mujeres. (18)

1.3 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO

“Las mujeres que experimentan violencia sufren de una variedad de problemas de salud y se disminuye su capacidad de participar en la vida pública”. (18)

La violencia es un fenómeno tanto de salud, social y cultural que afecta a las familias y a las comunidades de todas las generaciones, dando aún más realce a otros tipos de violencia que prevalecen en la sociedad. (18)

La mujer agredida se encuentra en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas. Dichas adicciones a las drogas en el feto han sido bien documentados, pero los efectos de la depresión son más difíciles de determinar. Entre ellos se puede mencionar la pérdida de interés de la madre en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto. (9)

Algunos de los principales efectos del abuso sexual contra las mujeres son: embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual así como fístula traumática ginecológica, la cual es una lesión que resulta del desgarramiento severo de los tejidos vaginales y que deja a la mujer en una situación de incontinencia urinaria o fecal, la cual es una condición socialmente indeseable. (18)

“Las consecuencias psicológicas a largo plazo de la violencia durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento. Además el hombre golpea a su compañera probablemente también golpeará posteriormente a sus hijos. (9)

Las consecuencias de violencia ejercida contra las mujeres son muy variadas y tienen un factor dependiente del momento de la gestación, el tipo de maltrato que se presenta, la frecuencia y el tiempo de exposición a dicha violencia. De forma que en la mujer se pueden presentar repercusiones tanto en su salud física, mental, conducta social y su forma de aceptar y enfrentar el ámbito reproductivo. (17)

En muchas ocasiones, cuando la violencia ocurre antes que se presente el embarazo, es muy probable que la gestación no sea planificada. Si la violencia ocurre durante el embarazo, puede haber ausencia o retraso del control prenatal, por tanto que en la madre se puede encontrar otro tipo de problemas médicos como depresión, ansiedad, consumo de drogas, tabaco o alcohol. (17)

Cuadro 1

Consecuencias físicas de la violencia doméstica durante el embarazo
<ul style="list-style-type: none">• Aumento de peso Insuficiente• Infecciones vaginales, cervicales o renales• Sangrado vaginal• Trauma abdominal• Hemorragia• Exacerbación de enfermedades crónicas• Complicaciones durante el parto• Retraso en el cuidado prenatal• Aborto espontáneo• Bajo peso al nacer• Ruptura de membranas• Placenta previa• Infección uterina• Magulladuras del feto, fracturas y hematomas• Muerte
<p>(“Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcome.” <i>Journal of the American Medical Association</i>, 267:1992).</p>

1.4. LEGISLACIÓN SOBRE VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO EN GUATEMALA

Guatemala en un país multiétnico, pluricultural y multilingüe. La Constitución Política de la República de Guatemala se organiza para proteger a las personas y a la familia, con su bien común que es proteger la vida humana desde su concepción, brindando integridad y seguridad a las personas. (10)

Según la Ley contra el Femicidio en Guatemala define:

“Artículo 3, inciso I: Víctima, es la mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia”. (10)

“Artículo 3, inciso J: Violencia contra la mujer: Es toda acción u omisión basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga como resultado el daño inmediato o ulterior, sufrimiento físico, sexual, económico o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en el ámbito público como en el ámbito privado”. (10)

“Artículo 3, inciso L: Violencia física: Acciones de agresión en las que se utiliza la fuerza corporal directa o por medio de cualquier objeto, arma o sustancia con la que se causa daño, sufrimiento físico, lesiones o enfermedad a una mujer”. (10)

“Artículo 3, Inciso M: Violencia psicológica o emocional: Acciones que pueden producir daño o sufrimiento psicológico o emocional a una mujer, a sus hijas o hijos, así como las acciones, amenazas o violencia contra las hijas, hijos u otros familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad de la víctima, en ambos casos con el objeto de intimidarla, menoscabar su autoestima o controlarla, la que sometida a ese clima emocional puede sufrir un progresivo debilitamiento psicológico con cuadros depresivos”. (10)

“Artículo 3, Inciso n: Violencia sexual: acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer uso de los métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual”. (10)

Como se observa, Guatemala cuenta con un sistema organizado de leyes que tienen la obligación de brindar protección a la mujer víctima de violencia, de esta manera la mujer se encuentra respaldada por el Estado, para apoyarla, protegerla y brindarlas herramientas para que la mujer víctima de violencia pueda salir de este círculo que la rodea.

1.5. COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES

“La violencia antes y durante el embarazo tiene graves consecuencias de la salud, tanto para la madre como para el bebé. Conlleva embarazos de alto riesgo y problemas relacionados con el embarazo, incluyendo el aborto espontáneo, parto antes de término y bajo peso al nacer. (18)

Las complicaciones maternas y perinatales a causa de la violencia son muy variadas, y es responsabilidad el médico que atiende a la mujer embarazada encontrar oportunamente signos que puedan orientar a que la paciente está siendo víctima de violencia. (16)

Durante la revisión médica ya sea en un centro hospitalario o bien en una clínica particular se debe realizar una buena historia clínica, junto con un buen examen físico y la realización de exámenes complementarios para detectar amenazas y lesiones en la madre, los cuales repercuten en ella misma como en su hijo. (17)

Entre las lesiones que con mayor frecuencia se detectan en las mujeres embarazadas destacan: Sangrados vaginales, infección de las vías urinarias,

hipertensión arterial. Entre otros hallazgos se mencionan: pobre ganancia ponderal o desnutrición en la madre, anemia, infecciones de transmisión sexual. (17)

“La evolución del embarazo en estos casos puede ser un aborto espontáneo, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, infecciones intraamnióticas, rotura uterina e incluso la muerte materna”. (17)

“Las consecuencias inmediatas de esta situación en el producto son: bajo peso al nacimiento (17%) y prematuridad (21.4%). Las tardías son: muerte fetal o neonatal, riesgo elevado de muerte en el primer año de vida, maltrato infantil, falta de vínculo madre-hijo y de una lactancia materna saludable, posibilidades limitadas para el desarrollo de sus capacidades físicas, cognitivas, afectivas y sociales”. (17)

1.5.1 BAJO PESO AL NACER

Según la Organización Mundial de la salud, define bajo peso al nacer cuando al nacimiento un niño pesa entre 1500 a 2500 gramos, dicha medición debe de realizarse al momento de nacer o en las primeras horas de vida. (8)

Por lo general los niños prematuros presentan bajo peso al nacer, sin embargo hay niños que nacen a término pero con bajo peso al nacer debido a problemas con su crecimiento intrauterino. (8)

1.5.2 PARTO PRETERMINO

Parto pretérmino o prematuro se define como el parto que ocurre antes de las 37 semanas de edad gestacional. Un parto prematuro es una de las principales causas de mortalidad perinatal en Estados Unidos. (19)

1.6 . COMO DETECTAR LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO

Los médicos y profesionales de salud que brindan la atención prenatal a la mujer embarazada tienen la oportunidad de identificar si durante un embarazo está ocurriendo algún acto de violencia, que repercuten de forma negativa en el desarrollo del feto así como en la situación de salud de la madre, de forma que dañan el curso normal del embarazo. (17)

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su primer informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, señala las dificultades que existen para describir la magnitud y consecuencias del problema; los factores de riesgo y evaluación de programas de prevención. Por lo tanto se tiene que recurrir a la identificación de datos indirectos para inferir las características reales del fenómeno”. (17)

Debido a este problema encontrado, se han desarrollado diversos instrumentos para identificar la violencia durante el embarazo, aunque existe controversia en relación a la forma más efectiva para obtener esta información, entre los cuestionarios autoaplicables y las entrevistas. (17)

1.7 PREVENCIÓN Y CONTROL

Es muy importante que todo el personal de salud y personas que interactúan con la mujer embarazada conozcan los efectos que la violencia causa tanto en la madre como en el menor. De esta manera, se debe brindar conocimiento sobre el tema, sensibilizar y promover la búsqueda intencionada, así como alentar a la mujer a que se exprese abiertamente en un ambiente de seguridad y privacidad.(17)

Una detección oportuna de la violencia durante el embarazo ofrece estrategias para prevenirlo, evitar o reducir tragedias o consecuencias irreversibles posteriormente. El manejo debe de ser inmediato y de forma interdisciplinaria; asimismo es necesario informar a las autoridades de salud sobre la situación que sufre la madre y el feto. (17)

2. Objetivos.

2.1 Objetivo general:

Evaluar la violencia en el embarazo como factor de riesgo para bajo peso al nacer en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt en los meses de abril y mayo de 2,014

2.2 Objetivos Específicos:

1. Determinar la proporción de mujeres que sufren violencia durante el embarazo y tienen hijos con bajo peso al nacer.
2. Identificar relación entre el bajo peso al nacer de los recién nacidos y las mujeres que sufren violencia durante el embarazo.
3. Identificar las características sociodemográficas de las madres con hijos con bajo peso al nacer.

3. Materiales y Métodos

3.1 Diseño del estudio

- Casos y controles

3.2 Unidad de análisis

- Unidad de análisis son:
 - Casos: puérperas con hijo con peso < o igual 2500 gramos (5.5 libras) al momento del nacimiento.
 - Controles: puérperas con hijo con peso >2500 gramos al momento del nacimiento.

3.3 Población

- La población estuvo comprendida por mujeres puérperas de 13 a 45 años que estén ingresadas en los servicios de primer y tercer piso post parto del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.

3.4 Muestra

- La muestra fue de 75 casos, cada uno con su respectivo control.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

6.5.1 Criterios de inclusión:

- Mujeres puérperas de parto normal o cesárea en el pos operatorio inmediato o mediato, que se encuentren ingresadas en los servicios de primer y tercer piso post parto del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.
- Mujeres en el puerperio con hijo de bajo peso al nacer (<2500 gramos).
- Mujeres en el puerperio con hijo de peso normal (> o igual a 2500 gramos)
- Mujeres puérperas primíparas o multíparas.

6.5.2. Criterios de exclusión

- Mujeres puérperas que no hablaran español.
- Mujeres puérperas con hijos prematuros.
- Mujeres puérperas que presentaron morbilidades asociadas.
- Mujeres puérperas que no aceptaron participar en el estudio.

3.6 Definición y operacionalización de variables

Tabla 1. Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable o escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	Se calcula la edad a partir de la fecha de nacimiento. Dato proporcionado por la mujer gestante en la encuesta.	Cuantitativa de Razón	Años
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Se definirá en base a la información obtenida por la paciente	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Unida
Paridad	Número de embarazos que ha tenido la mujer en el trascurso de su edad reproductiva	Número de hijos vivos o muertos que ha tenido la mujer. Nulípara: ningún parto Primípara: primer parto Pequeña Multípara: de 2 a 4 partos Gran Multípara: cinco a más partos	Cualitativa Nominal	Nulípara Primípara Pequeña multípara. Gran Multípara
Escolaridad	Tiempo durante el cual la persona asiste a la escuela o a un centro de enseñanza, y va aprobando los años establecidos.	Información obtenida de la paciente, mediante la boleta de recolección de datos	• Cualitativa Ordinal	• Analfabeta • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Universitario

Bajo peso al nacer	Peso que tiene el recién nacido al momento del nacimiento.	Dato obtenido de la historia clínica de la paciente. Se clasificará según: <ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso: < 2500 gramos al momento del parto Peso normal: >2500 gramos al momento del parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso al nacer: < o igual 2500 gramos al momento del parto • Peso normal al nacer: >2500 gramos al momento del parto
Violencia física	Aquella lesión física de cualquier tipo infringida por una persona a otra, ya sea mediante golpes, mordeduras, quemaduras o cualquier otro medio que sea susceptible de causar lesiones. Arrojar objetos a la víctima, empujar, golpear, abofetear, patear, estrangular, apalear o atacar con un arma.	Se clasificará según el resultado de la encuesta. Si sufrió violencia: de 12 a 45 puntos No sufrió violencia: menos de 11 puntos	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativo. • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Si sufrió violencia física. • No sufrió violencia física
Violencia psicológica	Fenómeno mediante el cual una o más personas agreden de manera verbal a otra u otras personas, estableciendo algún tipo de daño a nivel psicológico y emocional en las personas agredidas. Forzar a la víctima a realizar actos degradantes, amenazar con causar daño a la pareja o a sus hijos, atacar o destruir objetos valiosos y animales domésticos, o tratar de dominar o controlar la vida de una mujer	Se clasificará según la encuesta pasada a la mujer. Si sufrió violencia psicológica de 12 a 45 puntos No sufrió violencia psicológica: menos de 11 puntos	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativo • Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Si sufrió violencia psicológica • No sufrió violencia psicológica

Violencia sexual	Es el acto de coacción hacia una persona con el objeto de que lleve a cabo una determinada conducta sexual no deseada. Actividad sexual forzada, lo cual incluye relación sexual vaginal, oral o anal.	Se evaluará según la encuesta pasada a la mujer. Si sufrió de violencia sexual: de 12 a 45 puntos. No sufrió de violencia sexual: menos de 11 puntos	• Cualitativo Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si sufrió violencia sexual. • No sufrió violencia sexual.
Preclamsia	Se le llama así al aumento de la presión arterial que se presenta en la mujer que está embarazada	Se evaluará según diagnóstico dado el expediente de la madre al momento del ingreso, ya sea por clínica, o presencia de proteínas en orina,	Cualitativo nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
Diabetes Gestacional	Se le llama así al aumento de la glicemia en la mujer embarazada, lo cual queda por fuera de los límites normales.	Se evidenciará según expediente materno, ya sea por antecedente, toma con glucómetro o curva de glucosa	Cualitativo nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente

Fuente: Propia

3.7 Plan de Recolección de Datos

Primera etapa: Obtención aval institucional.

- Autorización por el Comité de Tesis de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Rafael Landívar.
- Autorización por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt
- Autorización por parte de la Jefatura de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.

Segunda etapa: Validación del instrumento de recolección de datos.

- Antes del inicio de la recolección de datos, se seleccionaron a 10 mujeres voluntarias con características semejantes a la población de estudio para responder a las preguntas del instrumento de recolección de datos.
- Se observaron las dificultades del instrumento y se midió el tiempo promedio de llenado del instrumento. Se corrigieron los errores encontrados al instrumento.

Tercera etapa: Identificación de la población y solicitud de aceptación para participar en el estudio.

- Se verificó los casos de niños con bajo peso al nacer en los servicios de primer y tercer piso post parto.
- Se seleccionó al grupo de participantes (casos y controles) de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos.
- Se les explicó el estudio y resolvieron dudas.
- Para este tipo de estudio no se requirió firma ni consentimiento informado.

Cuarta etapa: Recolección de datos.

- Se presentó a los servicios de primer y tercer piso post parto del Departamento de Ginecología y Obstetricia una vez al día, de lunes a viernes y se seleccionará a los participantes, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.
- Se les dió una charla informativa a cada mujer, donde se le expuso la importancia de su participación en el estudio, se les explicó que no existían riesgos ni para ella ni para su hijo, que la información obtenida era de carácter confidencial y que jamás se utilizaría como evidencia para denuncia.
- No se les solicitó la firma de consentimiento informado. Debido a las características del estudio, no fué necesario.

- En forma individualizada, se les pasó la boleta de recolección de datos para que las pacientes las llenaran (la primera y segunda serie).
- Inmediatamente se apuntó el peso del recién nacido así como también el sexo del mismo y cualquier otra complicación que presento.

Quinta etapa: Tabulación y análisis de los datos

- Recolectada toda la información, se introdujeron los datos obtenidos de la boleta de recolección de datos.
- Se ingresaron los datos de las boletas a una base de datos electrónica en el programa SPSS v.18. A fin de minimizar y corregir oportunamente eventuales errores de codificación o digitación.
- Se realizó el análisis de la información a través del método estadístico de casos y controles por medio de razón de momios.
- Se plantearon conclusiones.

Sexta etapa: Informe final y presentación de resultados

- Se elaboró el informe final
- Se presentó el informe final al Comité de Tesis de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.
- Se presentaron los resultados a las autoridades del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

3.7.1 Instrumentos

En la presente investigación se utilizó una boleta de recolección de datos (ver anexo 1). Esta constará de 4 secciones:

- La primera sección: los datos generales de la mujer puérpera; edad, estado civil, paridad y escolaridad.
- Segunda sección: Datos relacionados al embarazo actual.
- Tercera sección: datos sobre daños y tipos de violencia que la madre ha sufrido, índice de abuso:
 - Tipo de respuesta Valor de cada respuesta: Sí 3 puntos, a veces 2 puntos, rara vez 1 puntos, nunca 0 puntos. Se suman los puntos de cada respuesta, y el total proporcionó el índice de abuso a que está expuesta.

- De 0 a 11 puntos: relación abusiva (existencia de problemas en los hogares, pero que se resuelven sin violencia física) no se clasifica como violencia doméstica.
 - De 12 a 22 puntos: primer nivel de abuso (la violencia en la relación está comenzando), es una situación de alerta y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.
 - De 23 a 34 puntos: abuso severo, en este punto es importante solicitar ayuda institucional o personal y abandonar la casa temporalmente.
 - De 35 a 45 puntos: abuso peligroso, considerar en forma urgente e inmediata la posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo, judicial y legal.
- Se clasificará como caso de violencia doméstica: de 12 a 45 puntos según las respuestas de la encuesta y de 0 a 11 puntos según las respuestas de la encuesta como no violencia.

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

- Se diseñó una plantilla para el ingreso de los datos de la boleta de recolección, en una base de datos en SPSS v.18. Se ingresaron los datos a la base de datos. Se revisó la plantilla luego del ingreso de datos para determinar si existen datos inconsistentes. Esta plantilla tiene las siguientes características.
 1. Restricciones a la entrada de valores improbables e ingreso de datos durante el trabajo de campo.
 2. Análisis de datos: análisis descriptivo de las variables explorando la consistencia de los datos y cálculo estadístico del estudio de casos y controles con la ayuda de razón de momios.
- Los resultados del estudio se analizaron de acuerdo con los objetivos y variables.
- Además se realizó una descripción inicial de las participantes del estudio según variables como: edad, estado civil, paridad y escolaridad.
- Se ordenaron y presentaron los datos en tablas y gráficos, según el tipo de variable, para observar la distribución general de los resultados encontrados en cada variable del estudio.

- Se identificó asociaciones de variables categóricas por medio de la razón de momios con una identificación de relación efecto-causas con el Odds Ratio con significancia del 0.05 y la prueba estadística de Chi Cuadrado.

3.9 Alcances y límites de la investigación

3.9.1 Alcances:

- Este identificó la prevalencia de violencia tanto física, psicológica y sexual durante el embarazo que da como consecuencia bajo peso al nacer (<2500 gramos), en las pacientes que resuelven su embarazo en el Hospital Roosevelt y son ingresadas a los servicios de primer y tercer piso post parto.
- Asimismo el presente determinó las características epidemiológicas de las personas afectadas por la violencia, como lo es número de embarazos, nivel de escolaridad, ingreso previo a algún centro de atención en salud, quién ha propiciado la violencia, etc.
- Se realizó un análisis sobre el bajo peso al nacer, con las diferentes características sociodemográficas de la madre que sufre violencia.
- Con el estudio se consiguió los siguientes beneficios: Crear conciencia en el personal de salud sobre la importancia de indagar sobre problemas personales y no solo enfocarse en patologías, debido que éstas no siempre son la causa de dichos problemas. Además brindó las herramientas a utilizar (encuestas), para determinar los casos de violencia durante el embarazo.
- Este estudio aportó información valiosa acerca de la prevalencia de violencia durante el embarazo en pacientes que son ingresadas en los servicio de primer y tercer piso post parto, en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt.
- Los resultados obtenidos servirán de base para realizar estudios similares posteriores sobre el número de pacientes atendidas víctimas de violencia física, psicológica y sexual en el Departamento de Ginecología y Obstetricia.

3.9.2 Límites:

- Es un estudio que se limitó a una población y a un período de tiempo específico.
- La capacidad de la comprensión de las personas puede afectar las respuestas obtenidas.
- La veracidad de las respuestas brindadas por las pacientes puede no ser en su totalidad confiable debido a miedo o desconfianza de parte de las mismas.

3.10 Aspectos éticos en la investigación

- Las personas involucradas en el estudio recibieron previo a participar en él una charla informativa en la cual se les explicó el propósito del estudio, las fases del mismo, el procedimiento propuesto y la libertad que tienen de retirarse en cualquier momento del mismo. No se dañó la salud de la mujer en estudio, ni se le expuso a ninguna terapia que dañara al recién nacido.
- En todo momento se guardó confidencialidad de las respuestas de cada persona, los resultados solo fueron utilizados con propósito estadístico para poder hacer un análisis de todo el estudio.
- Este estudio además ayudará a la población en general a que se trate a la mujer embarazada de forma íntegra, velando por el bienestar físico, sexual y psicológico de la mujer, en esta etapa tan importante, con el fin de disminuir la morbi- mortalidad materna e infantil de Guatemala.
- Además ayudará a que el Departamento de Ginecología y Obstetricia pueda incluir entre sus protocolos la evaluación de la violencia física, sexual y psicológica, ya que la mujer embarazada que asiste al departamento, tiene un embarazo de alto riesgo, por lo que necesita intervenciones mayores y radicales, con el fin de tener un producto sano y una madre en óptimas condiciones para la lactancia y el puerperio. Esta mejoría en la prestación de servicios llegará a repercutir a todo nivel en la sociedad de una manera positiva.

3.11 Recursos

3.11.1 Recursos humanos

- Un Investigador
- Una asesora
- Un tutor de investigación

3.11.2 Recursos materiales

- Materiales y suministros
 - Papel de escritorio
 - Útiles de oficina
 - Tinta de impresora
- Mobiliario y equipo
 - Computadora
 - Vehículo

3.11.3 Presupuesto

Tabla 4. Presupuesto de la investigación

No.	Rubro de Gasto	Cantidad
A.	Recurso humano	
	Asesor	2500
B.	Recursos materiales	
B1	Materiales y Suministro	
	Útiles y materiales de oficina y computo	500
	Fotocopias de Cuestionarios	250
	Impresión, encuadernado y otros	500
B2	Mobiliario y equipo	
	Transporte y combustible	2,000
C	Otros	
	Presentación de Informe	500
	Total	Q6,250

Fuente: Propia

3.12 Cronograma de Actividades

Tabla 2. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	AÑO 2012				AÑO 2014				
	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo
Realización del anteproyecto	X	X	X						
Correcciones del anteproyecto	X	X	X						
Presentación y aprobación del anteproyecto			X						
Realización del protocolo				X	X	X			
Aprobación del protocolo							X		
Validación de los instrumentos								X	
Recolección de los datos								X	X
Procesamiento de datos									X

ACTIVIDAD		
	Junio	Jul
Análisis de la información	X	
Informe final	X	
Presentación al comité		X

Fuente: Propia

4. RESULTADOS

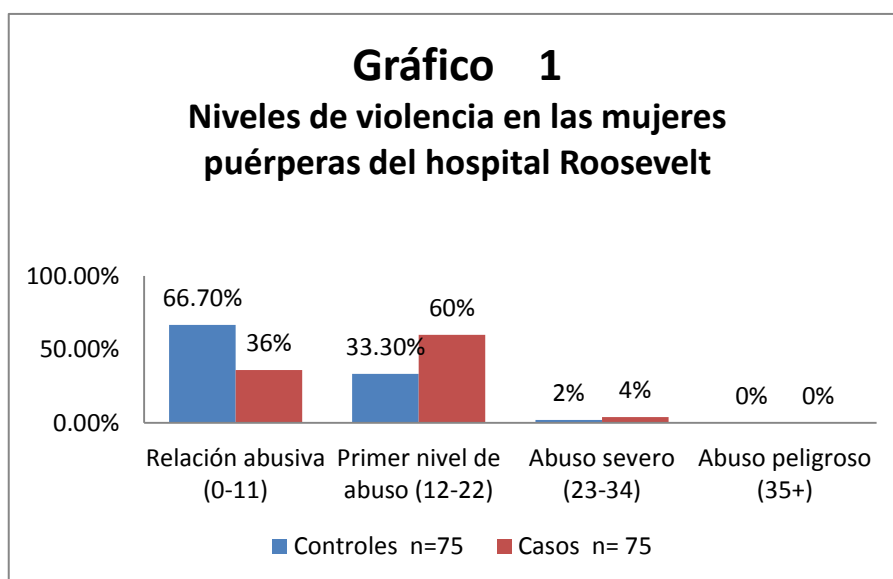
Cuadro de frecuencia y grado de violencia

Se utilizó un instrumento de 15 preguntas, a cada una de ellas se le asignó un valor dependiendo de la respuesta de la misma, siendo los valores los siguientes: Si: 3 puntos, A veces: 2 puntos, Rara vez: 1 punto, No: 0 puntos. Al terminar la encuesta se procedió a sumar el valor de la misma, obteniendo los siguientes resultados. Si la suma obtenida es de 0 a 11 puntos refiere que en el hogar pueden existir problemas pero los resuelven hablando sin violencia. Si la suma era de 12 puntos hacia arriba se considera que la madre si sufre de violencia durante su embarazo.

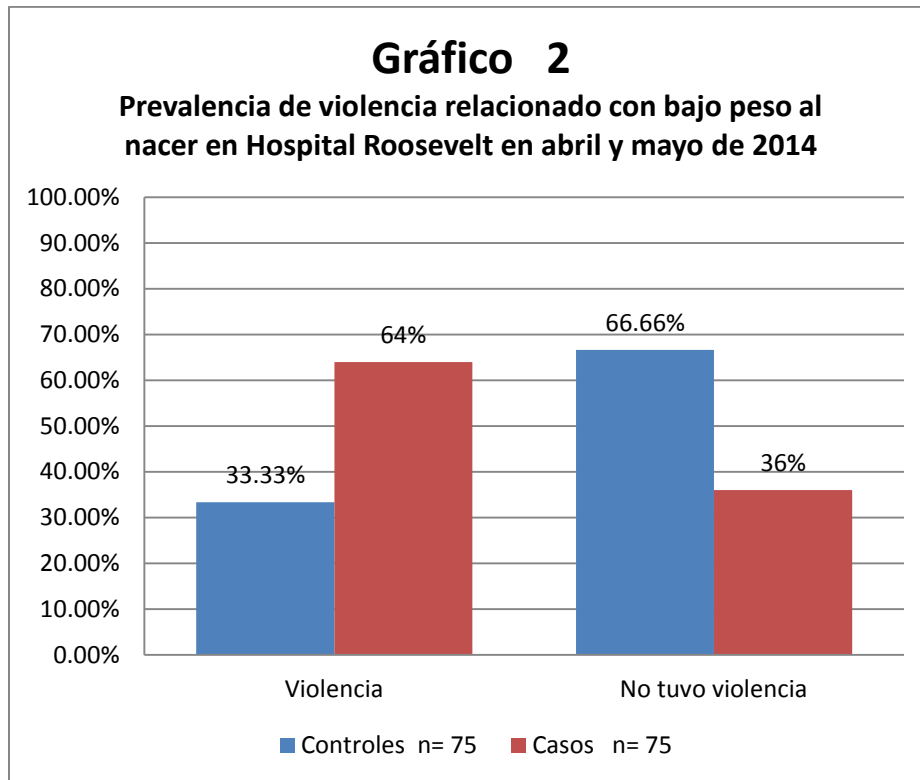
Tabla 1
Grado de violencia que sufren las madres encuestadas en Hospital Roosevelt en abril y mayo de 2014

	Casos	Controles
Relación abusiva (0-11)	27 (36%)	50 (66.7%)
Primer nivel de abuso (12-22)	45 (60%)	25 (33.3%)
Abuso severo (23-34)	3 (4%)	0 (0%)
Abuso peligroso (35+)	0 (0%)	0 (0%)
Total	75 (100%)	75 (100%)

Fuente: propia. Datos obtenidos de encuesta Hospital Roosevelt.



Fuente: Propia. Datos obtenidos de encuesta Hospital Roosevelt.



Fuente: Propia. Datos obtenidos de encuesta en Hospital Roosevelt.

Tabla 2
Distribución de casos y controles de madres que sufrieron Violencia, Hospital Roosevelt en abril y mayo de 2014

	Bajo peso	Peso normal	
Tuvo violencia	48	25	73
No tuvo violencia	27	50	77
Total	75	75	150

Fuente: Propia. Datos obtenidos de encuesta Hospital Roosevelt.

Tabla 3
Asociación de factores de la madre con la violencia en Hospital Roosevelt

Factores de la madre y del recién nacido	Violencia/No violencia	
	OR	Valor P
Edad materna ≤ 20 años/>20 años	0.818	0.5879
Peso del recién nacido Bajo peso/peso normal	3.555	0.000172
Estado civil Casada/no casada	0.348	0.0079
Ocupación Ama de casa/Otra	0.71	0.351
Escolaridad Primaria incompleta/primaria completa	1.77	0.1649
Lugar de origen Rural/ Urbano	0.61	0.1562
Ingreso previo Si /No	1.77	0.3312
Embarazo deseado Si/No	0.507	0.0694
Control prenatal Si/No	0.240	0.0027
Número de hijos ≤ 4 hijos/>4 hijos	0.435	0.0606

Fuente: Propia. Datos obtenidos de encuesta en Hospital Roosevelt.

Nota: los valores marcados en celeste muestran las variables relacionadas con violencia.

Tabla 4
Escolaridad de las madres encuestadas en el hospital Roosevelt en abril y mayo de 2014

Nivel de Escolaridad	Bajo peso		Peso normal	
	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Analfabeta	10.7%	10.7%	0%	0%
Primaria incompleta	14.7%	25.4%	14.7%	14.7%
Primaria completa	16%	41.4%	17.3%	32%
Secundaria incompleta	30.7%	72.1%	32%	64%
Secundaria completa	26.7%	88.7%	36%	100%
Universitario	1.3%	100%	0%	100%

Tabla 5
Asociación de factores de la madre con el peso al nacer en Hospital Roosevelt en meses de abril y mayo de 2014.

Factores de la madre y del recién nacido	Bajo peso/peso normal	
	OR	Valor P
Edad materna ≤ 20 años/>20 años	0.872	0.7119
Violencia Si/No	3.555	0.000172
Estado civil Casada/no casada	1.24	0.5698
Ocupación Ama de casa/Otra	0.876	0.7160
Escolaridad Primaria incompleta/primaria completa	0.506	0.1024
Lugar de origen Rural/Urbano	1.252	0.5024
Ingreso previo Si /No	0.159	0.009004
Embarazo deseado Si/No	0.935	0.8546
Control prenatal Si/No	0.567	0.1955
Número de hijos ≤ 4 hijos/>4 hijos	1.14	0.796

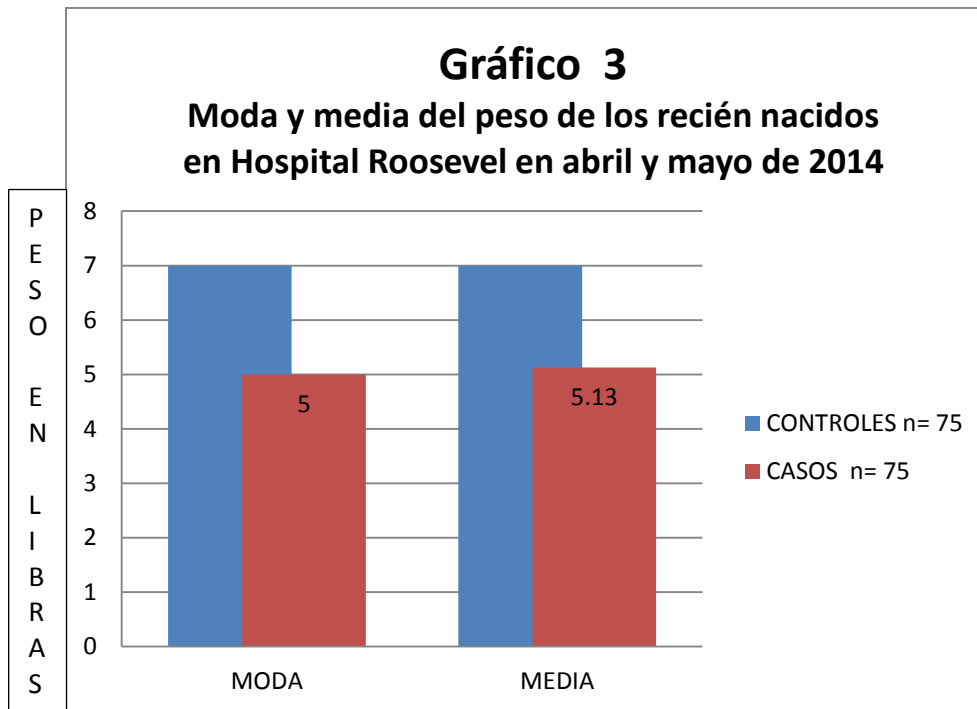
Fuente: Propia. Datos obtenidos de encuesta en Hospital Roosevelt.
 Nota: los datos marcados en celeste muestra las variables que tienen relación entre sí con una significancia de 0.05.

Con estos datos obtenidos se puede concluir que la existencia de violencia en el embarazo predispone a la aparición de bajo peso al nacer 3.6 veces más que una madre que no sufre violencia. (P=0.000172, OR=3.55).

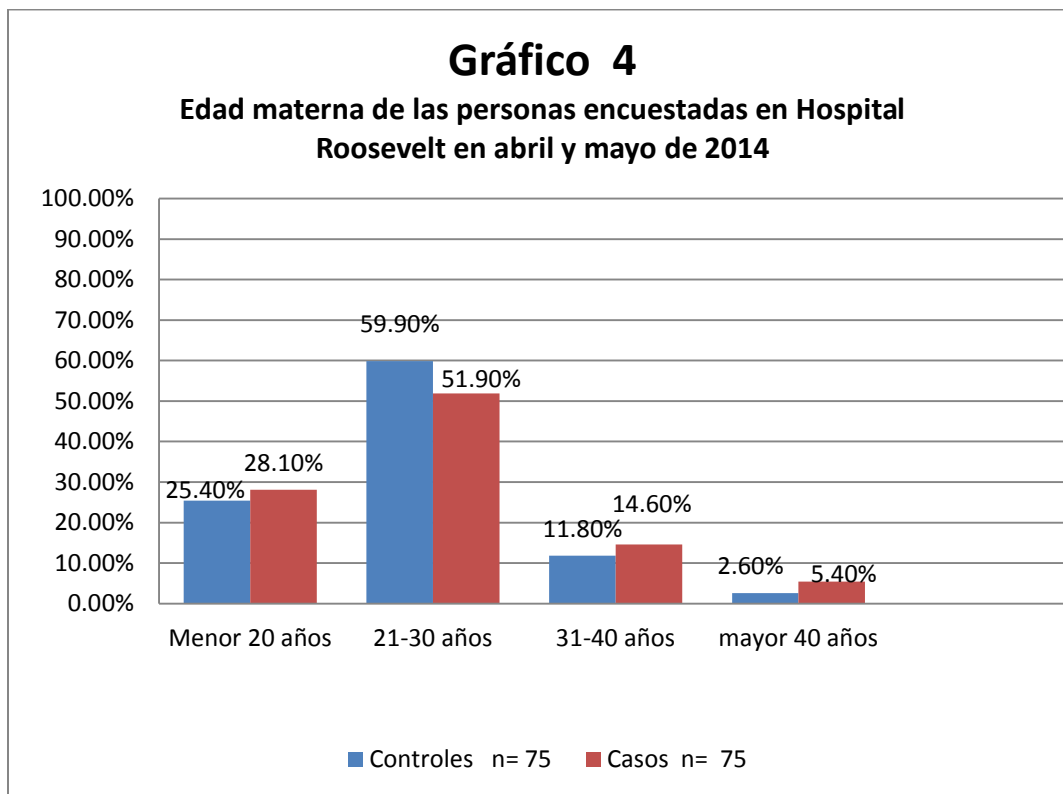
El hecho de ser unida con su pareja, predispone a sufrir violencia 1.2 veces más que una mujer casada.

Proceder del área rural, predispone a la presencia de violencia en el embarazo 1.25 veces más que una mujer que vive en el área urbana.

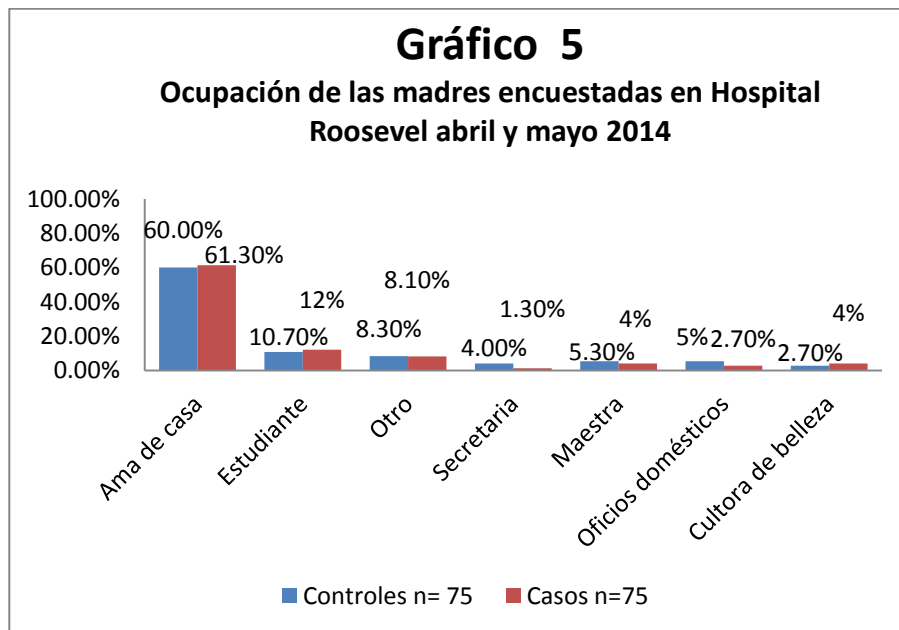
Tener más de 4 hijos, predispone a la aparición de violencia en 1.14 veces más que una mujer que tiene 1 o 2 hijos.



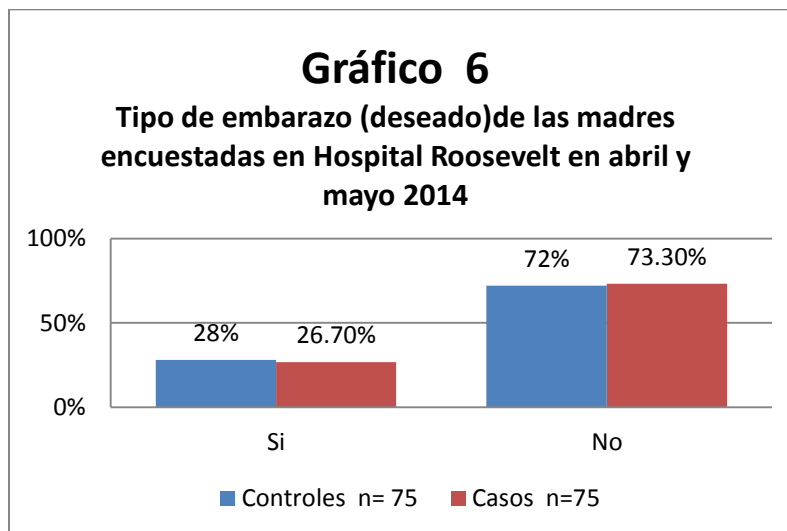
Fuente: Propia. Datos obtenidos de encuesta Hospital Roosevelt 2014.



Fuente: Propia. Datos obtenidos de encuesta Hospital Roosevelt 2014.



Fuente: Propia. Datos obtenidos de encuesta Hospital Roosevelt.



Fuente: Propia. Datos obtenidos de encuesta Hospital Roosevelt.

Tabla No. 5
Lugar de origen de las madres del Hospital Roosevelt en abril y mayo 2014

Lugar de origen	Bajo peso	Peso normal
Urbano (capital)	44 (58%)	48 (64%)
Rural (Pueblo/aldea)	31 (42%)	27 (36%)

Fuente: propia. Datos obtenidos de Encuesta en Hospital Roosevelt

Tabla No. 6
Resumen de variables relacionadas con bajo peso al nacer.

INDICADOR	Bajo peso al nacer FRECUENCIA / %	Peso normal FRECUENCIA / %
Sexo del Recién Nacido		
Masculino	39 (52%)	41 (54.7%)
Femenino	35 (46.7%)	32 (42.7%)
No sabe	1 (1.3%)	2 (2.7%)
Total 150	75 casos	75 controles
Peso del Recién Nacido	5.13 libras (Media) 5 libras (Moda)	7 libras (Media) 7 libras (Moda)
Edad materna		
Menores de 20 años	21 (28.1%)	19 (25.4%)
31-30 años	39 (51.9%)	45 (59.9%)
31-40 años	11 (14.6%)	9 (11.8%)
>40 años	4 (5.4%)	2 (2.6%)
Estado civil		
Casada	17 (22.7%)	20 (26.7%)
Soltera	17 (22.7%)	13 (17.3%)
Unida	41 (54.7%)	42 (56%)
Ocupación		
Ama de casa	46 (61.3%)	45 (60%)
Estudiante	9 (12%)	8 (10.7%)
Maestra	3 (4%)	4 (5.3%)
Cultora de belleza	3 (4%)	0 (0%)
Oficios Domésticos	2 (2.7%)	4 (5.3%)
Otros	12 (16%)	14 (18.7%)
Trabaja fuera del hogar		
Si	25 (33.33%)	23 (30.7%)
No	42 (56%)	34 (45.3%)
Ns/NR	8 (10.7%)	18 (24%)
Escolaridad		
Analfabeta	8 (10.7%)	
Primaria incompleta	11 (14.7%)	11 (14.7%)
Primaria completa	12 (16%)	13 (17.3%)
Secundaria incompleta	23 (30.7%)	24 (32%)
Secundaria completa	20 (26.7%)	27 (36%)
Universitarios		
Violencia		
Si	48 (36.5 – 3.62)	25 (36.5 – 3.62)
No	27 (38.5 – 3.44)	50 (38.5 – 3.44)
	Valor de p= 0.000172 OR: 3.555	

Fuente: Propia. Datos obtenidos de encuesta Hospital Roosevelt 2014.

Con los datos sobre violencia obtenidos se puede concluir que de los casos, 48 madres que representan el 64% sufrieron violencia, mientras que 27 que representan un 36% no sufrieron violencia. En contraparte, los controles, 25 madres que representan el 33.33% no sufrió violencia en el embarazo, mientras que un 66.7% de la población tiene problemas en el hogar pero lo solucionan hablando dentro del mismo. (Gráfico 2)

Con los datos obtenidos se calculó la proporción de mujeres que sufren violencia en el embarazo y tienen hijos con bajo peso, siendo una proporción de 64% de los casos. De la misma forma, se calculó la proporción de mujeres que sufren violencia en el embarazo, siendo un 48% de la muestra estudiada.

Con estos datos obtenidos se realizó la prueba estadística de Chi cuadrado, utilizando un intervalo de confianza de 0.05 dando como resultado un valor de 0.000172 con lo cual se indica que la presencia de violencia en el embarazo si tiene relación con el bajo peso al nacer.

También se calculó el Odds Ratio, con un intervalo de confianza de 0.05, obteniendo un valor de 3.555, con lo cual se concluye que la exposición a violencia aumenta la probabilidad de desarrollar bajo peso al nacer. En este estudio 3.6 veces más probabilidad de nacer con bajo peso en comparación con un niño que la madre no sufre violencia.

El presente estudio de casos y controles se realizó con una muestra de 150 mujeres puérperas ingresadas en los servicios de primer y tercer piso post parto del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt en los meses de abril y mayo del año 2014. Dicha muestra fue subdivididas en dos grupos específicos de la siguiente manera: 75 casos, los cuales fueron seleccionados según el peso del recién nacido, peso menor a 2500 gramos (5.5 libras); y 75 controles, las cuales son mujeres puérperas madres de niños con peso normal al momento de nacer >2500 gramos (>5.5 libras).

En cuanto al peso de los niños, se presentó una distribución de la siguiente manera: Casos: 75 niños con peso menor a 5.5 libras, presentándose una media de 5.13 y moda de 5. Mientras que los controles: 75 niños con peso mayor a 5.5 libras, se encontró una media y moda de 7. Con lo cual se puede evidenciar que se encuentra un rango promedio entre 5 y 7 libras de peso respectivamente. (Gráfico No. 3)

De los 75 casos, 39 fueron madres de niños del sexo masculino (52%), y 35 del sexo femenino, que representa (46.7%). De los 75 controles, 41 fueron del sexo masculino (54.7%) y 32 niños fueron del sexo femenino (42.7%), y 2 madres (2.7%) refirieron no conocer el sexo de sus hijos. Se puede evidenciar tanto en casos como en controles, que la mayor parte de los niños son del sexo masculino.

De las madres de los recién nacidos encuestadas, tanto de casos como de controles, se encuentran en las edades de 21 a 30 años porcentajes considerables: (39) 51.9% y (50) 59.9% respectivamente. Mujeres menores de 20 años también se encuentran casos (21) 28.1% y controles (19) 25.4%, que son cifras importantes a tomar en cuenta, de aquí radica la importancia de concientizar y brindar buen plan educacional sobre el momento indicado para formar una familia y por ende para buscar un embarazo de forma que la madre se encuentre preparada física y psicológicamente para este momento tan importante en su vida. (Gráfico 4).

De las madres encuestadas, se obtuvo datos sobre el estado civil de las mismas, obteniendo los siguientes resultados. Del grupo de casos: 41 madres representan el 54.7% de las mujeres son unidas con su pareja, mientras que 17 madres son casadas y 17 solteras, el cual representa un 22.7% respectivamente. A comparación con el grupo de controles, 42 madres que representan un 56% de las mismas son unidas, mientras que 20 madres que representan 26.7% son casadas y 13 que representan un 17.3% son solteras. Con lo que se puede observar claramente que en el estudio, tanto el grupo de madres de casos como de controles el estado civil que prevalece es unida.

En relación a la ocupación de las madres de familia estudiadas, se obtuvo los siguientes datos. Los casos 46 madres que representan el 61.3% son amas de casa, 9 madres que representan (12%) son estudiantes, 5 madres que representan un 5.3% trabajan de operarias en maquilas, 3 madres son maestras y 3 cultoras de belleza que representan un 4% respectivamente. En comparación con los controles, 45 madres que representan el 60% son amas de casa, 8 que representan el 10.7% son estudiantes, 4 son maestras y 4 realizan oficios de limpieza, lo que representa un 5.3%, el resto de madres se dedican a oficios varios como es contador, secretaria, comerciante, etc. Que representan porcentajes minoritarios. En lo que se puede observar que más del 60% de las madres tanto de casos como de controles no laboran fuera del hogar, sino que se dedican a los oficios domésticos y al cuidado de los hijos, lo que en muchas ocasiones las predispone a que sean totalmente dependientes de la pareja sin importar el tipo de trato o comunicación que se tenga en el hogar. (Gráfico No. 5)

Las madres de familia que además de los oficios del hogar laboran fuera del mismo, casos 25 madres (casos) que representan un 33.33% labora fuera del hogar, 42 que representa un 56% no labora fuera del hogar y 8 madres que representan 10.7% no sabe o no responde. En contraparte con los controles, 23 madres que son un 30.7% si labora fuera del hogar, 34 madres que representan un 45.3% no laboran fuera del hogar y 18 madres que representan un 24% no saben o no responden a dicho cuestionamiento. Con lo que se puede observar que los porcentajes son similares tanto en casos como en controles, y que tomando en cuenta ambos grupos, únicamente 48 madres que representan un 32% laboran fuera del hogar, lo que provoca cierta dependencia económica con su pareja y las obliga a soportar cualquier tipo de trato tanto bueno como malo con tal de tener el sustento diario para sus familias.

En cuanto a la escolaridad materna, de los casos, 23 madres que representan un 30.7% tienen secundaria incompleta, 20 madres que son 26.7% de los casos tienen secundaria completa, 12 madres que representan un 16% tienen primaria completa, 11 madres que representan 14.7% tienen primaria incompleta y 8 madres que son 10.7% son analfabetas. A comparación de los controles, 27 madres que son 36% tienen secundaria completa, 24 madres que representan un 32% tienen secundaria incompleta, 13 madres que son 17.3% tienen primaria completa, 11 madres que son 14.7% tienen primaria incompleta. Con esto se puede observar que una mayoría de las madres de familia tienen un nivel de escolaridad bajo, y del total de 150 madres, solo 47 que representan un 31.3% tienen un título a nivel diversificado y únicamente 1 persona que representa el 0.7% de la muestra asiste a la universidad.

En cuanto a la persona que sostiene económicamente el hogar, de los casos, 52 que representan 69.3% reportan que lo mantiene el esposo, 15 madres que representan el 20% lo mantienen los padres, 5 madres que son el 6.7% reportan que son ellas quienes mantienen su hogar y 3 madres que son 4% refieren que son otras familiares las que lo mantiene. En contraparte, los controles, 61 madres que representan el 81.3% refieren que el hogar lo mantiene el esposo, 11 madres que representan el 14.7% refiere que lo mantiene sus padres y solo 2 que representan un 2.3% refieren que son ellas quienes mantienen el hogar, y 1 madre que es 1.7% lo mantienen otros familiares. Con ello se puede observar que más del 60% de los hogares de las madres encuestadas la pareja es quien sostiene económicamente el hogar, otro porcentaje es ayudado por los padres de la madre y en un bajo porcentaje la madre también colabora con los gastos del hogar.

El 100% de las madres, tanto casos como controles se encontraron ingresadas en los servicios de primer y tercer piso post parto del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt. De las 150 madres, 13 refirieron tener ingreso hospitalario previo lo que representa 8.7%; de las cuales 11 madres fueron casos (7.3%) y 2 madres controles (1.4%) De los 11 casos, 8 madres (72.7%) estuvieron ingresadas una sola vez y 3 madres (27.3%) estuvieron ingresadas en dos ocasiones previas.

Indagando sobre el número de gestas de las mujeres que ingresaron al estudio, se evidenció que, de los casos, 34 madres que representan (45.3%) son primigestas, 15 madres (20%) son secundigestas, 13 madres (16%) es tercera gesta, 6 madres (8%) es la cuarta gesta, y 8 madres tienen 5 o más gestas. En contraparte, 28 madres (37.3%) son primigestas, 22 madres (29.3%) son secundigestas, 13 madres (17.3%) son tercera gesta, 3 madres (4%) son cuarta gesta, y 9 madres tienen 5 gestas o más. Con lo que se puede observar que el 41.3% del total de mujeres que ingresaron al estudio es su primera gesta, pero también es preocupante que 17 madres que representan el 12% de todas las madres tienen 5 hijos o más, lo que constituye un problema serio para la salud pública no solo porque entre más hijos los niveles de pobreza aumentan, sino el tipo de atención, educación y alimentación que la familia le pueda brindar a este número elevado de hijos.

Se indagó en las madres sobre datos de embarazo deseado o bien planificado, obteniendo los siguientes resultados. De los casos, 55 madres que representan un 73.3% refirió no haber planificado su embarazo, mientras que 20 que representan un 26.7% refirió tener un embarazo deseado. De los controles, 54 madres que representan el 72% refieren no haber planificado su embarazo, mientras que 21 que representan el 28% refiere haber planificado el embarazo. Con lo anterior se puede evidenciar que el 72.7% de la población no desea o no planifica quedar embarazada, en lo que radica la importancia de concientizar a la población sobre lo importante que es utilizar algún método de planificación familiar para tener control de cuando desean tener hijos así como también el número de hijos que pueden mantener de una manera digna. (Gráfico No. 6)

En relación si la madre llevó control prenatal, de los casos, 59 madres que representan un 78.7% refiere que tuvo al menos una consulta de control prenatal, mientras que 16 que representan un 21.3% refiere nunca haber asistido a algún centro de atención. De los controles, 65 madres que representan 86.7% refieren haber asistido al menos a una consulta de control prenatal, mientras que 9 que representan 13.3% nunca asistieron a consulta. Con esto se puede evidenciar que

al menos 10% más de las mujeres control sí asistieron a citas de control prenatal en comparación con los casos. Lo cual nos alarma y nos indica que se debe concientizar sobre la importancia de llevar control prenatal, seguimiento nutricional, así como también del uso de ácido fólico y sulfato ferroso durante el embarazo para evitar complicaciones o malformaciones en sus hijos.

Los lugares donde llevaron a cabo sus citas de control prenatal son principalmente: Centros de Salud 37 que representan un 29.8%, 21 madres llevaron su control con médico particular lo que representa un 16.1%, 14 madres que representan 11.3% lo llevaron en la consulta externa del Hospital Roosevelt, 7 madres que representan 11.3% lo llevaron a cabo en Aprofam, 5 madres (4%) en el IGSS, 21 madres que representan un (16.9%) refieren si llevar control prenatal pero no mencionan el lugar y el resto en diferentes lugares cerca de sus hogares.

Con ello se puede notar que la mayor parte de mujeres que si llevaron su control prenatal lo realizaron ya sea en un Centro de Salud Pública o con médico particular.

En cuanto el lugar de origen de las mujeres encuestadas se encontró que de los casos, 22 que representan un 58% son del área urbano mientras que 31 que representan un 42% son del área rural, en contraparte de los controles, 48 (64%) son del área urbana y 27 (36%) son del área rural con lo que se puede concluir que el 61.3% de madres encuestadas son del área urbana, y aun así el porcentaje de mujeres que llevan control prenatal y que se atienden en el Hospital Roosevelt que tengan procedencia rural es bajo, porque si se analiza una gran parte de mujeres principalmente del área rural no asisten a control prenatal a este centro hospitalario y tampoco a resolver sus embarazos a centros de atención del tercer nivel, por lo cual las cifras serían aún más alarmantes si el porcentaje de madres del área rural fuera mayor. De esta forma también se podría pensar que los valores de violencia en el área rural que reporta este estudio podrían estar subestimados debido a que las mujeres que residen en el área rural únicamente representan el 43% de todas las mujeres entrevistadas, y muchas veces no hablan por miedo “al que dirán”, por pena o por que la pareja se pueda enterar.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se realizó una investigación donde se estudió la relación de la violencia en el embarazo con el bajo peso al nacer en los servicios de ginecología y obstetricia del Hospital Roosevelt, obteniendo que la presencia de violencia en el embarazo aumenta 3.6 veces la probabilidad de tener hijos con bajo peso al nacer (intervalo de confianza del 95%), lo que se relaciona con el estudio realizado en Costa Rica donde evidenciaron que la presencia de violencia aumenta 3 veces la probabilidad de hijos con bajo peso al momento del nacimiento. Esto se puede deber a que Costa Rica tiene características similares a la población guatemalteca, sin olvidar que la población de Costa Rica es menor que la de Guatemala. (20)

Se determinó que la relación entre violencia en el embarazo aumenta la probabilidad en 3.6 veces más de tener hijos con bajo peso que una mujer que no sufre violencia. En un comunicado publicado por la Organización mundial de la salud refieren que las mujeres que tienen violencia aumentan un 16% más la probabilidad de tener un hijo con bajo peso al nacer, lo cual no está relacionado con el estudio, pero a mi parecer es de gran importancia tomarlo en cuenta, debido a que ya se están reportando esas cifras tan alarmantes en un momento dado, si no se toman en cuenta las medidas necesarias se podría cumplir esto y sería devastador para la población guatemalteca. (25)

En el presente estudio se identificó una proporción de 0.48 que representa el 48% de casos de madres que sufren violencia en el embarazo, lo que se relaciona con una revisión de 26 trabajos de diferentes países realizada por Heise donde se evidencia entre un 20 a un 75% de las mujeres sufren violencia. (21) En otro estudio realizado en México, se evidenció que la prevalencia de violencia en el embarazo fue de 39.24%, lo que se relaciona con el estudio realizado en Guatemala, esto a pesar de que México es un país mucho más desarrollado que el nuestro. (26)

Se indagó sobre datos que evidencien si el embarazo fue deseado o planificado, obteniendo que 55 madres que representan un 73.3% no desearon quedar embarazadas en este momento, esto no se relaciona con un estudio realizado en Colombia en donde se evidencia que el 55% de las madres tuvieron un embarazo no deseado. A mi criterio, esto se al tamaño de la población estudiada en Colombia es mucho mayor al estudiado en el Hospital Roosevelt, además que Colombia es un país más desarrollado que Guatemala, por lo cual se considera que no se pueden extrapolar los datos a otras poblaciones. (22)

Se encontró que 41 madres que representan 54.7% de madres que sufren violencia son unidas, esto es estadísticamente significativo ($P=0.0079$), por lo que se concluye que la violencia es mayor en mujeres no casadas y que tienen hijos con bajo peso al nacer que en mujeres casadas. Esto se relaciona con el estudio realizado en Costa Rica en donde refieren que las mujeres no casadas fueron significativamente más agredida que las casadas ($P=0.037$). (20)

En el mismo estudio de Costa Rica, se evidenció que el 80% no tenía un empleo remunerado. Mientras que en el presente estudio se determinó que 66.66% de los casos no labora fuera del hogar y por lo tanto se encuentra totalmente dependiente de la pareja como sostén del hogar. Esto se correlaciona a mi criterio porque ambos estudios se realizaron en países con características demográficas similares. (20)

Se determinó que de las 150 mujeres estudiadas, un 48% de madres refirieron sufrir violencia en el embarazo, esto se relaciona con un estudio realizado en Perú en el año 2012 y publicado en la Revista peruana de epidemiología en la cual reportan que un 49.05% de las mujeres estudiadas sufren violencia durante esta etapa de su vida. A mi criterio esto se relaciona debido a que la población estudiada en Perú, tenía las mismas características sociodemográficas de la población Guatemalteca, a pesar que en Perú se estudió una población mucho mayor que en este estudio. (22)

En el estudio se determinó que el 58% procede del área urbana, lo que se relaciona con el estudio relacionado en Perú donde se evidencia que el 64% de la población que sufre violencia es del área rural. Estos datos se ven reflejados de esta manera a mi criterio porque en ambos estudios porque el mayor porcentaje de mujeres estudiadas son del área urbana. (22) En otro estudio realizado en Colombia, se determinó que la presencia de violencia se dio más en el área urbana, (OR: 0.93). Lo que se relaciona con los datos obtenidos del Hospital Roosevelt en donde la mayor proporción de madres que sufren violencia y tienen hijos con bajo peso al nacer proceden del área urbana (OR= 1.61), con lo cual se concluye que vivir en el área urbana y presentar violencia predispone 1.25 veces más tener hijos con bajo peso que una madre que no sufre violencia. (24)

En el estudio se determinó que el mayor porcentaje de mujeres que tienen hijos con bajo peso al nacer y sufren violencia tienen un nivel de escolaridad de secundaria incompleta, mientras que en el estudio realizado en Perú, su población que sufre violencia tiene un nivel de escolaridad de secundaria completa y nivel universitario. Lo cual no se relaciona con este estudio a mi criterio porque Perú es un país con un nivel de desarrollo más elevado que Guatemala y las mujeres tienen un mayor acceso a la educación, en donde las mujeres se dedican más a la superación en el ámbito profesional. (22)

De la misma forma, se comparó con un estudio realizado en Colombia, en el cual se determinó que el 48% de las madres que participaron en el estudio se encontraban con un nivel de escolaridad de secundaria completa, lo que se relaciona con este estudio en Guatemala en donde el 56% tienen secundaria incompleta o completa. Con lo cual observamos que en ambos países los niveles de escolaridad son bajos y las oportunidades de superación escasas. (24)

Se determinó que el 48% de la población estudiada sufre violencia, independientemente del peso de sus hijos, en un estudio comparativo de 12 países, realizado por la organización Panamericana de la Salud, en el cual se incluye Guatemala, se determinó que la prevalencia de violencia contra la mujer embarazada en el país se encuentra entre un rango de 17% hasta 53%, con una media de 42%, lo cual se relaciona con los valores encontrados en este estudio. (P=0.0007, IC= 95%) (23,25)

Se estableció que la violencia durante el embarazo relacionada con el bajo peso al nacer se presenta más en las madres entre las edades de 21-30 años de edad (OR=0.87); lo que está correlacionado con un estudio realizado en Colombia, en el cual determinaron la relación de la edad con la presencia de violencia (OR=0.99). Con lo cual se puede observar que ambos no son estadísticamente significativos, a pesar de que ambos reflejan ser la mayor parte de las mujeres entre estas edades. El parto se dio a una edad aproximada de 28 años, con una media de 2.3 hijos en ambos estudios. (24).

El 73.3% de las madres encuestadas en el Hospital Roosevelt manifestó que fue un embarazo no deseado, lo cual se correlaciona con un estudio realizado en Colombia en donde se determinó que el 63% de los embarazos eran no deseados (24). La probabilidad de tener un hijo con bajo peso al nacer se ve incrementada cuando el hijo es no deseado en un 73.3% (OR=0.93, P=0.85). Esto se correlaciona con un estudio realizado en México, en donde se obtuvo que el riesgo de bajo peso se incrementó de manera significativa cuando la pareja no deseaba el embarazo (p= 0.04, OR=1.67). Con lo cual se puede pensar que el no desear tener un hijo predispone que el cuidado de la madre sea menos y además de ello la violencia ejercida a la madre se suma a dicho problema, o bien que ese embarazo sea producto de una acción violenta por ello se vuelve no deseado. (26)

Se determinó que tener 4 hijos o más, predispone a la aparición de violencia en comparación con las madres que tienen menos hijos, esto se correlaciona con un estudio realizado en México en el cual se presenta en un 48.7% de las madres. (26)

CONCLUSIONES

1. La violencia tanto física, psicológica como sexual propiciada a la mujer en el embarazo aumenta 3.6 veces la probabilidad de desarrollar bajo peso al nacer en comparación con una madre que no sufre violencia.
2. Las madres que no sufren violencia en el embarazo tienen un mayor porcentaje de hijos con peso normal y se considera que resuelven sus problemas familiares dialogando sin llegar a presentar agresiones o violencia. Mientras que las madres de niños con bajo peso al nacer, resuelven sus problemas con agresividad y falta de respeto, por ende presentan violencia intrafamiliar en mayor grado.
3. La proporción de mujeres que sufren violencia durante el embarazo y tienen hijos con bajo peso es de 64% de los casos. La proporción de mujeres que sufren violencia en el embarazo independientemente del peso de sus hijos es de 48%.
4. Las mujeres no casadas con su pareja, que residen en el área rural, que además tienen más de 4 hijos y que de escolaridad son analfabetas o tienen primaria incompleta tienen mayor predisposición a presentar violencia que las mujeres casadas, residentes de áreas urbanas y que tienen un mayor grado educativo, y como consecuencia tienen más hijos con bajo peso al momento de nacer.
5. La presencia de violencia en el embarazo predispone 1.77 veces más a presentar ingresos hospitalarios y por ende representan un elevado costo para el país.

RECOMENDACIONES

1. Brindar plan educacional a las madres en la consulta externa del Hospital Roosevelt, sobre la importancia de la detección temprana de violencia intrafamiliar, exponiéndole las consecuencias de la misma, para mejorar el bienestar en general de la mujer en la sociedad.
2. Informar e incentivar al personal médico y estudiantes de medicina, para que indaguen e identifiquen factores de violencia, tanto física, psicológica como sexual, para brindar apoyo de forma temprana a la mujer y evitar complicaciones tanto maternas como fetales.
3. Implementar documentos de apoyo en el departamento Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt, dirigidos a todo el personal de salud para el estudio y abordaje de la violencia intrafamiliar, con el fin de dar un tratamiento integral a la mujer.
4. El problema de violencia durante el embarazo debe ser abordado de forma multidisciplinaria, de manera que su estudio involucre personal médico, personal de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, etc. De esta manera brindar un apoyo integral a la mujer antes del embarazo, durante el embarazo y después del mismo.

7. Referencias Bibliográficas:

1. González, I., Romero, I., et al. Muerte materna desde una perspectiva de violencia de género. *Perinatología y Reproducción Humana*. México. 2010. Pag. 60-66. En línea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101h.pdf>. Accesado el 04 de agosto de 2012.
2. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 2006; 275:1915-20. En línea: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8648873>. Accesado el 02 de agosto de 2012.
3. Alonso, A., Cerezo, A., et. Al. Informe de situación sobre VIH y violencia basada en género: Una aproximación desde las determinantes sociales. Grupo temático interagencial sobre VIH de las Naciones Unidas en Guatemala. 2011. Guatemala. En línea: <http://www.pnud.org.gt/data/publicacion/Informe%20violencia%20y%20genero%20080811.pdf> Accesado el 05 de septiembre de 2012
4. Castro, R., Ruiz, A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. *Revista de Salud Pública*, 2004. México. Pag. 62-70. En línea: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18453.pdf>. Accesado el 02 de agosto de 2012.
5. Piejo, J. Detección y atención de la violencia doméstica. Atención de la salud reproductiva. Perú. 2006. 43-50
6. George D. CDC explores pregnancy-homicide link. *The Washington Post*, 23 February, 2005. Washington DC

7. Távara, L., Orderique, L., y cols. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. 2007. Accesado 03 agosto de 2012. En línea: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n1/pdf/a02v53n1.pdf.
8. Galimberti, D. Rol de los tocoginecólogos en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. XVII Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. 2002. Santa Cruz, Bolivia. 19-25. Accesado el 15 de agosto de 2012.
9. OPS. Hoja informativa: La violencia doméstica durante el embarazo. Programa mujer, salud y desarrollo. Washington, DC. 2005. Accesado el 18 de diciembre de 2012. Accesado: 03 de febrero de 2012. En línea: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/violencepregnancysp.PDF>
10. Ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia Contra la mujer. Decreto 22-2008. Guatemala. Pag. 5, 8, 9.
11. Altarac M., Strobino D. (2012). Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birthweight. J Am Womens Assoc.
12. Matute, A., García, I. (2007). Informe estadístico de la violencia en Guatemala, Guatemala. Programa de Naciones Unidas para el desarrollo. Programa de seguridad ciudadana y prevención de la violencia del PNUD
13. Informe de desarrollo humano (2005). La cooperación internacional ante una encrucijada. New York. Accesado: 18 de marzo de 2013. En línea: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/national_activities/informe_estadistico_violencia_guatemala.pdf
14. Encuesta nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI). (2006) Instituto Nacional de Estadística. Accesado: 18 de marzo de 2013. En línea: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/national_activities/informe_estadistico_violencia_guatemala.pdf

15. Collado, S., Villanueva, L. (2007). Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. Ginecología-Obstetricia mexicana. Vol 75, No. 5, pg, 257-269 Accesado el 15 de marzo de 2013.
16. Defensoría de la Mujer Indígena (DEMI). Informe el Acceso de las Mujeres Indígenas al Sistema de Justicia Oficial de Guatemala. Maya Na oj, Guatemala 2007, Pág. 27 Accesado 03 de abril de 2013. En red: <http://www.oacnudh.org.gt/documentos/publicaciones/Estudio%20sobre%20violencia%20dom%C3%A9stica%20hacia%20mujeres%20ind%C3%ADgenas.pdf>
17. Pérez, M., López, G., León, A. (2008). Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta pediátrica Mex. Vol. 29, No. 5. En línea: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/SepOct2008/ActaPediatic-267-72.pdf> Accesado: 25 de abril de 2013
18. 2009. Published by the UN Department of Public Information. DPV. 2546C. Accesado 01 de mayo de 2013. En línea: http://www.un.org/es/events/endviolenceday/pdfs/unite_the_situation_sp.pdf
19. Cunningham, Leveno, Blomm, et, a. (2006) Obstetricia de Williams. 23 Edición. Mc. Graw Hill. Mexico.
20. Núñez, H., Monge, R., Dávila, C. (2003). La violencia física, psicológica, emocional, y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. Revista Panamericana de Salud Pública. Pan American Journal Public Health 14. Accesado: 14 julio 2014.

21. Heise, L. Ellsberg, M. (2002) . A global overview of gender-based violence. Int Journal Gynecol Obstet 78. Suppl. 1 S5-S14.
22. Saravia, J., Mejia, M. (2012). Violencia física contra la mujer en el embarazo: prevalencia y factores asociados. Revista peruana de epidemiología. En red: www.redalyc.org. Accesado 12 de julio de 2014.
23. Bott, S., Guedes, A. (2013). Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington DC. OPS.
24. Pallitto. C. Ocampo, P. (2006). Relación de violencia contra la mujer en la pareja y el embarazo no planeado: Análisis de una muestra nacional de Colombia. Revistas de violencia basada en género y salud reproductiva. Colombia.
25. (2013). Comunicado de prensa. Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones endémicas”. Ginebra/Washington DC. En red: www.paho.org, www.who.int Accesado 14 julio 2014.
26. Collado, S., Villanueva, L. (2007). Relación entre la violencia familiar en el embarazo y el riesgo de bajo peso al nacer en el recién nacido. Mexico. Revista de Ginecología y Obstetricia.

8. ANEXOS

INSTRUMENTO ORIGINAL

Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar

1. ¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

2. ¿Te acusa de infidelidad o de que actúas en forma sospechosa?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

3. ¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

4. ¿Te critica y humilla, frente a otra persona, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas hogareñas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

5. ¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

6. Cuando quiere que cambies de comportamiento, ¿te presiona con el silencio, con la indiferencia o te priva de dinero?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

7. ¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público, como si fuera otra persona?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

8. ¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, él se irrita o te culpabiliza?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

9. ¿Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

10. ¿Te ha amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarse él, a ti o a algún miembro de la familia?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

11. ¿Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

12. Después de un episodio violento, él se muestra cariñoso y atento, te regala cosas y te promete que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que "todo cambiará"

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

13. ¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

14. ¿Es violento con los hijos/as o con otras personas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

15. ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado al sentir que tu vida y la de los tuyos han sido puestas en peligro por tu pareja?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

REFERENCIA:

Cáceres, Ana. Y cols. (2005). Servicio Nacional de la Mujer Chile.

Programa estatal de la Mujer y Consejo para el desarrollo integral de la Mujer; Tamaulipas; Gobierno de Estado. En red: http://Tamaulipas.gob.mx/congreso_mujer/programa/resultados.asp

NOTA: El presente instrumento fue modificado con el fin de adaptarlo a la población que asiste a consulta al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt. Se modificaron las palabras tu (que refieren a la segunda persona) de todas las preguntas del cuestionario original, por la palabra "usted", con el objetivo que la relación paciente-encuestador sea de forma respetuosa, de forma más horizontal, eliminando cualquier grado de superioridad.

Algunas de las preguntas fueron redactadas nuevamente para tratar de centrarlas y hacerlas lo más objetivo posible para conseguir resultados más confiables.

A cada una de las preguntas se les colocó una tabla para marcar con una "X", ello con la finalidad de enmarcarlos en el tiempo (antes del embarazo, durante el embarazo y en el último mes de gestación), en el cual la persona fue víctima de violencia, tanto física, psicológica como sexual.

“Violencia en el embarazo como factor de riesgo de bajo peso al nacer”

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas, marque con una X, si tiene alguna duda pregúntela a la investigadora.

SECCIÓN I: DATOS GENERALES.

- ¿Cuántos años tiene? _____
- ¿Cuál es su estado Civil?
Casada _____ Soltera _____ Unida _____
- Ocupación _____
Trabaja si _____ no _____
- Estudios: Analfabeta _____
Prim. incompleta _____ Primaria completa _____
Sec. incompleta _____ Sec. completa _____
Universitarios _____
- Quién sostiene el hogar:
 - Esposo _____
 - Esposa _____
 - Otro, describa _____

Introducción a las preguntas

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de mujeres embarazadas, estamos haciendo unas preguntas sobre el tema a todas las mujeres que son atendidas en el servicio 3 PPP del Hospital Roosevelt. Es muy importante que usted sea sincera en sus respuestas. Lo que usted nos cuente será confidencial, no será usado para denuncia y no será revelada su identidad. Si tiene alguna duda en cuanto a las preguntas se le aclarará.

SECCION II – DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL

Ingresada: Si _____ No _____
 Ingreso previo: Si _____ No _____ Cuantas veces: _____
 Número de embarazos _____
 Embarazo deseado: Si _____ No _____
 Control prenatal: Si _____ No _____
 Preeclamsia Si _____ No _____
 Diabetes: Si _____ No _____
 Peso _____ Talla _____
 IMC _____

SECCION III – TIPO DE VIOLENCIA

Questionario Autodiagnóstico de Violencia Intrafamiliar .

Si la respuesta es afirmativa, marque cuando fue la agresión:

Antes= antes del embarazo
 Durante= En el transcurso del embarazo
 Último mes= en el último mes en curso
 Siempre= la agresión ha sido en todo momento

- ¿Siente usted que su pareja constantemente la vigila?

Sí _____ a veces _____ rara vez _____ no _____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

- ¿Su pareja la ha acusado de infidelidad o de que actúa en forma sospechosa?

Sí _____ a veces _____ rara vez _____ no _____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

- ¿Usted ha perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?

Sí _____ a veces _____ rara vez _____ no _____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

4. ¿Su pareja le critica y humilla, frente a otra persona, sobre su apariencia, su forma de ser, el modo en que hace sus tareas hogareñas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

5. ¿Su pareja controla estrictamente sus ingresos o el dinero que le entrega, originando discusiones?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

6. Cuando su pareja desea que cambie de comportamiento, ¿Le presiona con el silencio, con la indiferencia o le priva de dinero?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

7. ¿Tiene su pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto con usted en público, como si fuera otra persona?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

8. ¿Usted se siente que está en permanente tensión (estrés) y que, haga lo que haga, él se irrita o le culpabiliza?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

9. ¿Alguna vez le ha golpeado con sus manos, con un objeto o le ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

10. ¿Alguna vez le ha amenazado con un objeto o arma, o con matarse él, a usted o a algún miembro de la familia?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

11. ¿Usted cede a sus requerimientos sexuales por temor o le ha forzado a tener relaciones sexuales?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

12. Después de un episodio violento, él se muestra cariñoso y atento, le regala cosas y le promete que nunca más volverá a golpearle o insultarle y que "todo cambiará"

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

13. ¿Ha buscado o ha recibido ayuda por lesiones que él le ha causado? (primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

14. ¿Su pareja es violento con los hijos/as o con otras personas?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

15. ¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo ha intentado al sentir que su vida y la de los suyos han sido puestas en peligro por su pareja?

Sí ____ a veces ____ rara vez ____ no ____

ANTES	DURANTE	ULTIMO MES	SIEMPRE
-------	---------	------------	---------

Gracias por tus respuestas, cualquier duda puedes consultarla con la encuestadora.