

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**PREECLAMPSIA ASOCIADA A VIOLENCIA FAMILIAR.
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA,
2016.**

Presentado por:

La Bachiller en Obstetricia

Ochoa Minchán Ana María

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA

Cajamarca, Perú 2017

COPYRIGHT © 2017
ANA MARÍA OCHOA MINCHÁN
Todos los derechos reservados

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Primeramente a Dios y a Jesucristo que son mi fuerza y mis guías en todos los momentos de mi vida, que sin ellos hubiera dejado este camino atrás pero que me ayudaron en el tiempo correcto.

A mi hermano Luis, por ser base importante en mi vida, no sólo en lo personal sino también en lo académico, que siempre me ayuda a superarme y me motiva a seguir adelante con su ejemplo de amor y apoyo incondicional.

A mi mamá que gracias a ella logré este propósito de ser una profesional.

A mi hermana y sobrinas: Marjorie y Kiara ya que representan una fuerte motivación día a día.

A mi tío por su cariño y apoyo.

A todas mis amigas por su apoyo emocional para seguir adelante especialmente a Nataly y Leidy.

Ana María

SE AGRADECE A:

La Universidad Nacional de Cajamarca,
por acogerme en sus aulas, durante toda
mi formación profesional

La Facultad de Ciencias de la Salud, en
especial a todos los docentes de la
Escuela Académico Profesional de
Obstetricia por las enseñanzas, consejos
y experiencias brindados, contribuyendo
a mi vida profesional

La Dra. Obst. Ruth Elizabeth Vigo
Bardales por todas sus enseñanzas, por
la paciencia y tiempo brindados para el
desarrollo del presente trabajo

Ana María

LISTA DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Lista de contenidos.....	v
Lista de ilustraciones	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1 Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
1.4. Justificación de la investigación.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes del problema.....	7
2.2. Teorías sobre el tema.....	9
2.3. Hipótesis.....	17
2.4. Variables.....	17
2.4.1. Conceptualización y operacionalización de variables.....	18
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	19
3.1. Diseño y tipo de investigación.....	19
3.2. Área de estudio y población.....	19
3.3. Muestra y tipo de muestreo.....	20

3.4. Unidad de análisis.....	20
3.5. Definición de Caso – Control.....	21
3.6. Criterios de inclusión y de exclusión.....	21
3.7. Criterios éticos.....	21
3.8. Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	22
3.9. Procesamiento y análisis de datos.....	23
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
4.1. Perfil sociodemográfico y obstétrico.....	25
4.2. Incidencia de preeclampsia leve y severa.....	28
4.3. Violencia familiar y preeclampsia.....	29
4.4. Tipo de violencia y preeclampsia.....	32
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS.....	44

LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
TABLA 01. Perfil sociodemográfico y obstétrico de gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016.	24
TABLA 02. Distribución de gestantes según tipo de preeclampsia, atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016.	26
TABLA 03. Índice de abuso por parte de la pareja de gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016	27
TABLA 04. Índice de abuso por parte de los miembros de la familia de gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016	28
TABLA 05. Tipo de violencia originada por la pareja de gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016	30
TABLA 06. Tipo de violencia originada por los miembros de la familia de gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016	32

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre violencia familiar y preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2016.

El estudio fue no experimental, transversal, correlacional y de casos y controles. La muestra estuvo conformada por un total de 101 gestantes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión; de las cuales, 51 no tuvieron complicación hipertensiva y 50, presentaron preeclampsia. Los hallazgos fueron: las gestantes del estudio se caracterizan por proceder de Cajamarca, ser convivientes, amas de casa, católicas y multigestas. La preeclampsia leve se presentó con mayor incidencia que la severa. Respecto a la violencia familiar y preeclampsia se encontró que la relación abusiva y el abuso peligroso originado por la pareja, se presentaron, de forma semejante, tanto en los casos como en los controles; la relación abusiva y el primer nivel de abuso provocado por los miembros de la familia fue similar, tanto en gestantes sin y con preeclampsia; el abuso peligroso ocasionado por los miembros de la familia predominó en gestantes con preeclampsia. Los hallazgos de la asociación entre tipo de violencia y preeclampsia revelaron que la violencia psicológica y económica provocada por la pareja, se asocia a la presencia de preeclampsia; asimismo, la violencia económica de parte de los miembros de la familia predominó en gestantes con preeclampsia. Se concluye que no se encontró asociación significativa entre violencia familiar y preeclampsia.

Palabras clave: violencia familiar, preeclampsia.

ABSTRACT

The present research aimed to determine the association between family violence and preeclampsia in pregnant women attended at the Obstetrics and Gynecology Service of the Regional Teaching Hospital of Cajamarca during the period 2016.

The study was non-experimental, transverse, correlational and case-control. The sample consisted of a total of 101 pregnant women who met the inclusion and exclusion criteria; Of which 51 had no hypertensive complications and 50 had preeclampsia. The findings were: the pregnant women of the study are characterized by coming from Cajamarca, being cohabiting, housewives, catholic and multigesters. Mild preeclampsia presented with a higher incidence than severe preeclampsia. Regarding family violence and preeclampsia, it was found that the abusive relationship and the dangerous abuse originated by the couple, presented in a similar way, both in cases and in controls; The abusive relationship and the first level of abuse caused by family members was similar, both in pregnant women with and without preeclampsia; The dangerous abuse caused by family members predominated in pregnant women with preeclampsia. The findings of the association between type of violence and preeclampsia revealed that the psychological and economic violence provoked by the couple is associated with the presence of preeclampsia; Likewise, economic violence on the part of family members predominated in pregnant women with preeclampsia. We conclude that there was no significant association between family violence and preeclampsia.

Keywords: family violence, preeclampsia

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar es la manifestación extrema de la desigualdad y del sometimiento en el que viven las víctimas en el mundo. Constituye un atentado contra el derecho a la vida, a la seguridad, a la libertad, y la dignidad de las personas y por lo tanto, un obstáculo para el desarrollo de una sociedad democrática (1).

La violencia contra la mujer, en cualquiera de sus formas, tiene diferentes facetas como: lesiones físicas y emocionales, una maternidad forzada en caso de abuso sexual, el contagio de infecciones de transmisión sexual, etc. Como consecuencia de la violencia, la mujer maltratada desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con depresión, angustia, baja autoestima, y entre los principales problemas para la mujer se encuentran el aislamiento, adicción al tabaco, al alcohol y las drogas, terminando, muchas veces, en suicidio u homicidio. Ante este problema es urgente que se considere a la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública, el cual pone en peligro el bienestar y la vida de las mujeres maltratadas y el producto (2).

La violencia durante el embarazo, en general es un determinante social de la salud. El problema se torna mucho más complejo al comprender que las repercusiones de dicha violencia no se limitarán a la mujer solamente, sino que afectarán también al producto en desarrollo. Las investigaciones en este campo han demostrado asociación entre los niveles de ansiedad materna e indicadores neonatales que hablan de un pobre desarrollo afectivo, en el corto plazo, y una deficiente estructuración cognitiva en el largo plazo, evidenciado mediante un incremento en la incidencia de trastornos de déficit de atención e hiperactividad, de autismo en la niñez, o síndromes depresivos en la adolescencia (3).

Por otro lado la preeclampsia, definida como hipertensión arterial que usualmente debuta (o agrava la hipertensión pre-gestacional) a las ≥ 20 semanas de embarazo, es un síndrome inducido por la gestación que, a pesar de los avances de investigación, sigue afectando hasta 7% de todos los embarazos, y es una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal en países en desarrollo y desarrollados (4).

Una gran cantidad de respuestas de la mayoría de mujeres sometidas a la violencia de género, demuestra un profundo malestar, que si no se resuelve, desarrolla patrones sintomáticos crónicos y de larga duración, que coinciden con el trastorno de estrés postraumático, causante de los índices elevados de depresión femenina, la experiencia de la violencia al interior del hogar durante el embarazo se ha relacionado con un mayor riesgo de preeclampsia (5).

Desde esta perspectiva se realizó el presente estudio cuyo objetivo fue la asociación entre violencia familiar y preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los meses de setiembre-octubre del año 2016.

El informe final del presente trabajo de investigación está constituido por cuatro capítulos, los mismos que a continuación se detallan:

CAPÍTULO I: en el cual se consignan la definición, formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación; **CAPÍTULO II:** conformado por los antecedentes, las teorías sobre el tema, la hipótesis y las variables; **CAPÍTULO III:** correspondiente al diseño metodológico y **CAPÍTULO IV:** comprende al análisis y discusión de resultados.

Finalmente están las conclusiones y las recomendaciones producto de la investigación; así como las referencias bibliográficas y los anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La violencia es un problema que generalmente se calla y oculta, principalmente, por la propia víctima y que, en muchas culturas, es tolerada y hasta legitimada como un derecho del hombre sobre la mujer y los hijos, pasando así a formar parte de la interacción intrafamiliar. Se la instituye como práctica cotidiana, perpetuándose a través de generaciones en la crianza de los hijos; los que a su vez la replican, cuando son padres, a sus propios hijos (6).

La violencia familiar, especialmente ejercida contra la mujer, es reconocida como un problema de salud pública; así, en Miami (USA, 2005), la violencia doméstica es considerada la causa de mayor daño hacia las mujeres. En Caracas, la violencia por parte de la pareja es descrita que de cada 12 hombres, uno de ellos ocasiona la muerte de una mujer y, cerca del 97% de los casos de justicia de paz están relacionados a otro tipo de violencia; entre 1990 y 2007, más de 900 mujeres chilenas fueron asesinadas, la gran mayoría víctimas de sus parejas o ex-parejas. En República Dominicana, la violencia psicológica cometida por la pareja, alcanza el 67,5%; en Bolivia, el 52,3% de las mujeres son víctimas de violencia física por parte de su pareja; en Colombia, el 65,7% de las mujeres son víctimas de violencia psicológica por parte de la pareja actual o ex. De cada 10 mexicanas, 3 sufren violencia psicológica y 2 violencia económica (7, 8, 9, 10).

En el Perú (2010), la mayor cantidad de reportes de violencia familiar se concentraron en Lima con 41,5%, seguido por Arequipa con un 10,8%, La Libertad con un 4,8%, Piura con un 4,0%, Cusco con un 3,9% y Ancash con un 3,3%. Dentro de las cuales la violencia psicológica alcanza un 68,2 %, la física un 42,3 % y la sexual 9,8% (11).

En la Región Cajamarca (2015) se viene atendiendo un total de 836 casos por situaciones de violencia familiar y sexual, de los cuales 731 de los casos son mujeres y 105 son hombres; a través de 22 667 actividades por violencia familiar y sexual. Cabe precisar que en la Región Cajamarca, del total de casos atendidos, el 47% corresponde a víctimas de violencia psicológica; 43,2%, a violencia física; y 9,8%, a violencia sexual; en la violencia por parte de los miembros de la familia tenemos que los padres infringen en un 3,4%, el hijo 2,4%, el padrastro 1,3%, el abuelo 0,3% y otros un 2,9% (11, 12).

Entre los datos estadísticos registrados con respecto al tipo de violencia por parte de la pareja; las que sufrieron de violencia psicológica, se encontraron que un 43,1% han sido humilladas, menospreciadas, encerradas, les han destruido sus pertenencias, han sido vigiladas; amenazadas de ser abandonadas, correrlas de la casa o quitarle a sus hijos; intimidadas con algún arma, con matarlas. Con relación a la violencia económica, 24,5% han recibido reclamos por la forma en que gastan el dinero, les han prohibido trabajar o estudiar, o les han quitado dinero o bienes (terrenos, propiedades, etc.). Referente a la violencia física, el 14,0% han sido golpeadas, amarradas, pateadas, con intento de ahorcamiento y agredidas con arma; finalmente, la violencia sexual reporta un 7,3% de mujeres a quienes se les ha exigido u obligado tener relaciones sexuales (13).

El embarazo, proceso biológico altamente condicionado, suele ser afectado por eventos estresantes, inherentes o externos al mismo, que influyen sobre la situación orgánica de la madre, y, por ende, sobre el producto del embarazo; se viene observando que, en algunos casos, la violencia aumenta durante esta etapa, ocasionando complicaciones como: hemorragias, infecciones, partos pretérmino, aborto, además de ocasionar trastornos de conducta que van desde la agresividad, estrés, angustia, depresión y en ocasiones hasta intentos de suicidio (14, 15).

En este contexto, la violencia familiar puede ser un elemento detonador de la hipertensión arterial, ya que genera estrés y es fuente de descarga de adrenalina, muchos autores señalan que eventos estresantes aumentan el riesgo de padecer preeclampsia; la cual constituye la principal causa de enfermedad materno-perinatal y además un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal. A nivel mundial, la incidencia de

preeclampsia oscila entre 2 – 10% de los embarazos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente). En el Perú, la preeclampsia es la segunda causa de muerte materna, representando el 32% de muertes (16).

Es por ello que, en base a lo anteriormente expuesto y, al reporte anual, realizado en el servicio de hospitalización del área de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, de 696 casos de hipertensión inducida por la gestación (preeclampsia leve, severa, eclampsia y HELLP) que hacen un porcentaje del 29% y que, ocupa el segundo lugar en complicaciones del embarazo, parto y postparto; es que se plantea el estudio de la violencia familiar y su relación con la preeclampsia, a fin de obtener información que permita crear estrategias que aporten a la disminución de su incidencia y a la mejora de la salud materna y perinatal.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre violencia familiar y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el período 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre violencia familiar y preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el perfil sociodemográfico y obstétrico de las gestantes del estudio.
- Identificar la incidencia de preeclampsia.
- Establecer la asociación entre la violencia familiar y la preeclampsia.
- Establecer la asociación entre el tipo de violencia y la preeclampsia.

1.4. Justificación

El entorno familiar, según múltiples evidencias, se constituye en el ámbito de mayor riesgo para el ejercicio de la violencia, principalmente contra las mujeres, las niñas, los niños, las y los adolescentes y contra las personas adultas mayores. Siendo este un ambiente social primario para los seres humanos, es decir, que de la relación de cada uno de sus integrantes, depende el adecuado proceso de socialización, pues es en su interior donde se generan las acciones positivas o negativas que determinan el buen o mal funcionamiento de un adecuado desarrollo como individuos integrados en un contexto social determinado (17).

En el Perú, la violencia familiar contra la mujer, durante el embarazo, se constituye en un factor de riesgo psicosocial que complica el embarazo. En el año 2012 el 15% de las embarazadas en Lima y 28% en Cusco habían sufrido violencia física por lo menos en un embarazo, siendo usualmente, el autor de los hechos, el cónyuge. En América Latina, está aumentando la probabilidad de que una mujer sea asesinada por su compañero sexual (17).

De otro lado, se reconoce a la enfermedad hipertensiva del embarazo, como una complicación que continúa sin tener relaciones causales claras, sin embargo se han identificado condiciones fisiopatológicas y clínicas, así como diversos factores de riesgo social y psicológico, predictores de la enfermedad. En este contexto, la presencia de violencia en general (física, psicológica o sexual), se constituye en un factor de riesgo, 2 veces mayor, para desarrollar preeclampsia (18).

Resulta lamentable y difícil de aceptar que, de manera rutinaria en la práctica obstétrica, no se indague o identifique el problema de violencia intrafamiliar como un factor de riesgo obstétrico y perinatal, el cual repercute en la salud integral de la madre-hijo, de su núcleo familiar y por ende, de la sociedad en general.

Cada vez en el Hospital Regional Docente de Cajamarca ingresan una cantidad considerable de gestantes con preeclampsia y a la vez en nuestro país se está tomando más conciencia de como la violencia afecta de gran manera la vida de las personas es por ello que en la presente investigación se plantea el estudio de la violencia familiar y su asociación con la preeclampsia, a fin obtener mayor información sobre esta problemática con dicha patología y la forma en que se podría ayudar a disminuir su incidencia; a su vez permitirá implementar estrategias educativas dirigidas a la mujer, pareja y familia, para mejorar la salud materna, y a la par sensibilizar, informar y capacitar al personal de salud en el manejo de la violencia familiar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Ariño, R. (Ecuador, 2012); realizó un estudio de tipo transversal que tuvo como objetivo conocer la prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo y los estresores psicosociales asociados en mujeres gestantes del Hospital Vicente Corral obteniendo los siguientes resultados: los trastornos hipertensivos fueron frecuentes en las gestantes entre 20 y 34 años, con estado civil de unión libre, grado de instrucción primaria y procedencia rural. El tipo de trastorno hipertensivo del embarazo más frecuente fue la hipertensión gestacional con 50,9%, seguido de preeclampsia con 47,4% y por último la eclampsia con 1,7%. Los estresores que se asociaron con la presencia de dichos trastornos fueron: violencia psicológica con 63,6%, física con 2,9% (19).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Pedemonte, G. y Valderrama, B. (Tarapoto, 2013); realizaron un estudio cuya finalidad fue determinar la influencia de la violencia intrafamiliar en las complicaciones del embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales empleando el tipo de investigación cuantitativo, descriptivo correlacional, transaccional, obteniendo como resultados que el 95,7% de las adolescentes embarazadas se ubican en el grupo de edad de adolescentes tardíos (entre 15 y 19 años); el 61,7%, tienen la condición de estado civil conviviente; y el 38,3% son de estado civil solteras; y el 63,8% de las gestantes adolescentes son amas de casa. La violencia psicológica prevalece con una puntuación media de 4,83; seguida por la violencia física con una puntuación media de 2,94; la violencia económica con una media de 2,79; y la violencia sexual es la menos prevalente con una puntuación

media de 1,62; y dentro de las complicaciones maternas la hipertensión gestacional le corresponde un 6,4% (20).

Ku, E. (Lima, 2011); realizó un estudio analítico de casos y controles buscando como objetivo analizar la relación que existe entre los factores psicosociales y la presencia o ausencia de preeclampsia, en mujeres hospitalizadas realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, teniendo como resultados que la ansiedad, la depresión y la violencia se asociaron significativamente con preeclampsia, no encontró asociación entre disfunción familiar y preeclampsia y concluyó que los estresores psicológicos y sociales se asociaron significativamente con preeclampsia (21).

Ku, E. (Lima, 2012); realizó un estudio titulado “Estresores Psicosociales Asociados a Preeclampsia” de tipo analítico de casos y controles cuyo objetivo fue analizar la relación que existe entre los factores psicosociales y la presencia o ausencia de preeclampsia, en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, donde obtuvo como resultados que la edad promedio para los casos fue de 34,5 años, siendo la edad mínima de 19 años y la máxima de 45 años, en cuanto al estado civil, predominó la convivencia, representando el 58,3% de los casos, el 15% de los casos eran madres solteras, el nivel de escolaridad el 48,3% tenía secundaria completa; el 33,4% tenía educación superior el 5% tenía educación primaria, en cuanto a la ocupación el 65% amas de casa. Del grupo de puérperas con preeclampsia, el 38% eran primigestas y el 62% correspondía a multigestas, el 62% tuvo más de seis controles prenatales; sólo el 2% de cada grupo no se controló el embarazo. El 63% de puérperas con antecedente de preeclampsia durante el embarazo que participaron tuvo preeclampsia severa y el 37% restante preeclampsia leve. La presencia de violencia en general (ya sea física, psicológica o sexual), resultó un factor de riesgo 2 veces mayor para desarrollar preeclampsia (22).

Salas, A. y Salvatierra, D. (Lima, 2011 - 2012); realizaron un estudio donde buscaba analizar la asociación entre la violencia intrafamiliar durante el embarazo y los resultados maternos en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho; cuyo tipo de investigación fue comparativo, transversal y retrospectivo; y los resultados fueron: el promedio de edad de las puérperas adolescentes fue 17 años. Del total de participantes, 56,9% alcanzó el nivel de

instrucción de secundaria incompleta; 50,9% manifiesta estado civil de soltera. El tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94,8%), seguido de la violencia física (17,2%) y la violencia sexual (8,6%). En el grupo con violencia intrafamiliar durante el embarazo fue significativa la mayor frecuencia de resultados maternos adversos, como la preeclampsia fue de 8,6% (23).

2.2 Teorías

2.2.1. Violencia familiar

2.2.1.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud define a la violencia familiar o intrafamiliar como todo patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder que se manifiesta en el uso de la violencia física, psicológica, sexual y/o económica. Comprende todos aquellos actos violentos desde el empleo de la fuerza física, hasta el hostigamiento, acoso o intimidación, que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, a un miembro de la familia contra algún otro familiar. El término incluye una amplia variedad de fenómenos, entre los que se encuentran algunos componentes de la violencia contra las mujeres, violencia contra el hombre, maltrato infantil, o padres de ambos sexos (24).

2.2.1.2. Tipos de violencia familiar

2.2.1.2.1. Violencia Física

Actos de agresión intencional en la que utilizan cualquier parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia, con la finalidad de sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de otra persona, generalmente más débil, encaminado a su sometimiento y control. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por arma, sujetar, amarrar, paralizar, abandonar en lugares peligrosos, negación de ayuda cuando la persona está enferma o herida (25).

La experiencia demuestra que el abuso físico es generalmente recurrente y aumenta tanto en frecuencia como en severidad a medida que pasa el tiempo, muchas veces este tipo de violencia deja cicatrices, enfermedades que duran toda la vida, lesiones leves y/o severas e incluso puede causar la muerte (25).

2.2.1.2.2. Violencia Psicológica

Toda acción dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o decisiones de una persona, mediante la humillación, intimidación, amenazas, desprecio, aislamiento, expulsión del hogar o cualquier otro medio que afecte la estabilidad psicológica o emocional (25).

2.2.1.2.3. Violencia Sexual

Se considera la violencia sexual, desde su definición más amplia donde incluye además de actos de violación; actos contra el pudor como: tocamientos, hostigamiento sexual, exhibicionismo; es decir, todo acto con fines sexuales que atenta contra la dignidad de las personas, se da mediante el uso de la fuerza o la amenaza de usarla, la intimidación, la coerción, chantaje, presión indebida, soborno, manipulación o cualquier otro mecanismo que anule, limite la voluntad personal de decidir acerca de la sexualidad y de la reproducción (25).

2.2.1.2.4. Violencia Económica

Formas de agresión con el fin de controlar tanto el flujo de recursos monetarios que ingresan al hogar, o bien la forma en que dicho ingreso se gasta, como la propiedad y uso de los bienes muebles e inmuebles que forman parte del patrimonio de la pareja (reclamos de dinero, amenazas o incumplimiento con relación a dar el gasto, usurpación de bienes materiales, prohibiciones de trabajar o estudiar) (26).

2.2.1.3. Ciclo de la violencia familiar o intrafamiliar

Muchas investigaciones han coincidido en lo que se denomina: el ciclo de la violencia. Se llama así al proceso en que suceden muchas relaciones en que la violencia es ejercida siguiendo un patrón más o menos estable en el que se han identificado 3 fases:

Fase I: Aumento de Tensión

En esta fase el agresor acumula tensión. Se muestra nervioso, irritable y no reconoce su cólera; manifiesta hostilidad, provocaciones y verbalizaciones ofensivas y agresivas. Comienza con sutiles menosprecios, ira contenida, fría indiferencia, sarcasmos, largos silencios. Pueden aparecer algunos episodios de comportamiento agresivo dirigido más hacia objetos que hacia la persona (da portazos, arroja objetos, rompe cosas) (27).

Fase II: Explosión violenta

Sigue una descarga incontrolada de las tensiones acumuladas (golpes, insultos, frases hirientes, abuso sexual, etc.). Luego de la descarga desaparece la tensión y el estrés en el agresor. Si hay algún tipo de intervención (policía, fiscalía, familiares, amigos) aparenta calma y tranquilidad. Tiende a minimizar y culpar a la pareja diciendo que lo provocó, o que ella es la culpable de la situación. En esta fase los incidentes se tornan periódicos y las lesiones son cada día más graves. Cesa cuando el agresor descarga su tensión (27).

Fase III: Arrepentimiento y reconciliación

Entra luego a una fase en la que el agresor muestra signos de arrepentimiento, se muestra amable, cercano y en ocasiones pide perdón o promete no ejercer más violencia, trata inclusive de reparar el daño. Da señales de amor, consideración y todo es felicidad. A esta falsa ilusión sigue un nuevo ciclo de tensiones, desde el momento que considera que está perdiendo el control sobre la víctima. Este ciclo se vuelve a repetir una y otra vez (27).

La violencia familiar ocurre en personas que pertenecen a cualquier nivel educacional, económico, social, o de cualquier grupo cultural o religioso, de diferente adscripción política, nación, país. Se manifiesta además tanto en hombres como en mujeres, aunque es mucho más frecuente en hombres por el estilo de relación patriarcal y machista que todavía prevalece en las familias. También lo podemos observar de hijos a padres, hacia personas mayores y entre otros familiares. En todos los casos, el patrón de la amenaza de ejercer violencia y su ejercicio dentro de la familia, son conductas aprendidas en su entorno y reforzadas por la violencia en los medios, la sociedad y su estructura tradicional de dominación en la familia (27).

2.2.1.4. Causas de la violencia familiar o intrafamiliar

La violencia familiar es parte de nuestra realidad. En todas las sociedades, todas las personas independientemente de factores socioeconómicos, culturales, étnicos, etc., son objeto de violencia en sus diversas expresiones cotidianas. La violencia está presente en todas partes, en las calles, las escuelas, los centros de trabajo y en los hogares (28).

La aceptación, tolerancia o sanción de las conductas violentas varía de una sociedad a otra y se modifica en el tiempo, al modificarse las creencias y los valores. El hecho de que la violencia, desde tiempos ancestrales, se utilice como un mecanismo para “resolver conflictos” entre las personas, grupos y naciones, ha llevado erróneamente a interpretar esto como un rasgo inherente a la naturaleza humana y esto ha impedido entender sus causas y ha limitado su prevención, atención integral y erradicación (28).

2.2.1.5. Violencia familiar o intrafamiliar durante el embarazo

Esta situación es un patrón de coacción y control, que incluye la agresión física, sexual, emocional o combinación de ellos y amenazas contra una mujer, por su pareja o expareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo. Este fenómeno se ha descrito a nivel mundial entre el 1% y el 70%. Las mujeres señalan haber sido agredidas física, sexual o psicológicamente. Esto ocurre con mayor prevalencia en países en vías de desarrollo (29).

2.2.1.6. Repercusiones de la violencia intrafamiliar o familiar para el feto

La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresiones estas pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto. Distintos estudios muestran que el hijo de una madre que ha experimentado estrés durante el embarazo tiene un riesgo más elevado de sufrir ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, problemas de conducta y emocionales, retraso del lenguaje, problemas cognitivos, desorden conductual, déficits cognitivos y otros trastornos de inicio tardío como esquizofrenia. Todo esto puede ser debido a que a través de las diferentes vías de afectación el estrés produce cambios en el cerebro

que en algunos casos puede aumentar el riesgo de producir distintas patologías, dado que el feto se encuentra en un periodo vulnerable del desarrollo (30).

2.2.1.7. Consecuencias de la violencia familiar en el embarazo

La violencia intrafamiliar causa tensión y deterioro psíquico e influye en la aparición de trastornos como la depresión, ansiedad y estrés (31, 32).

El maltrato en el embarazo afecta los resultados maternos mediante respuestas fisiológicas desencadenadas por el estrés. El organismo genera mecanismo con finalidad de afrontar el estrés producido por la violencia o maltrato. El estrés debido al maltrato puede conducir a la depresión, al aumento deficiente de peso o, a los trastornos somáticos; los niveles altos de estrés en las embarazadas aumentan significativamente el riesgo de abortos, hiperémesis gravídica, partos prematuros, preeclampsia, distocia y prolongación del parto (33).

El entorno en la gestación, condiciona la aparición de estresores psicosociales como la violencia y la disfunción familiar; los cuales complican el desarrollo del embarazo y contribuyen a una mayor morbilidad materna. El apoyo social compensa los efectos negativos de la violencia, la detección oportuna de los casos de violencia en el embarazo incrementa la posibilidad de identificar los factores de riesgo y factores estresores, así como el habilitar medidas de prevención e intervención para reducir los resultados adversos en la salud materna (34).

2.2.2 Preeclampsia

2.2.2.1. Definición

Desorden multisistémico que se manifiesta a partir de las 20 semanas de gestación con presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg asociada a proteinuria significativa (más de 300 mg en 24 horas) (35).

2.2.2.2. Clasificación

2.2.2.2.1. Preeclampsia leve:

Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg.
- Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico) (35).

2.2.2.2. Preeclampsia severa:

La presencia de preeclampsia y una o más de las siguientes características:

- Cefalea, escotomas, reflejos aumentados.
- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg.
- Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (Test de ácido sulfosalicílico).
- Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis (35).

2.2.2.3. Repercusiones maternas de la preeclampsia

- Cardiovascular: si existe un cuadro severo durante el tercer trimestre se manifiestan cambios (36).
- Renal: durante el desarrollo de la enfermedad hipertensiva el riñón sufre el mayor daño. El signo capital de la preeclampsia, la glomeruloendoteliosis, se evidencia a partir del estudio minucioso de la función renal (36).
- Hepática: la función hepática se ve alterada en los casos extremos.
- Controles hematológicos: la alteración de los factores de coagulación, la trombocitopenia y la hemólisis son las complicaciones más frecuentes. (36).
- Fondo de ojo: pueden hallarse estrechamientos vasculares, edema, hemorragias, exudados, fondo algodonoso (36).

2.2.3. Estrés y preeclampsia

La respuesta al estrés o síndrome adaptativo general, preparan al organismo para enfrentar una situación de emergencia. Todo estímulo que produzca una respuesta al estrés se denomina factor estresante; la exposición prolongada a un factor estresante produce una respuesta en tres etapas:

- ✓ Reacción de alarma.

- ✓ Reacción de resistencia.
- ✓ Agotamiento.

La **reacción de alarma** se inicia con impulsos nerviosos del hipotálamo a la médula espinal y al sistema nervioso simpático, consiste en reacción de enfrentamiento que aumenta la producción de adenosina trifosfato (ATP) e incrementa la circulación sanguínea.

La **reacción de resistencia** es una reacción de largo plazo y desencadena la liberación de hormonas hipotalámicas como liberadoras de corticotropina (CRH); esta hormona estimula a la hipófisis anterior incrementando la secreción de adrenocorticotropa (ACTH); que a la vez estimula a la corteza suprarrenal aumentando la secreción de cortisol. El cortisol tiene la función de reducir la inflamación y suprimir la formación de tejido conectivo, además produce un aumento de la presión arterial, y actúa sobre la placenta adelantando su reloj biológico, y puede así desencadenarse el parto antes de las 37 semanas. La cicatrización de heridas es más lenta en la reacción de resistencia prolongada. La reacción de resistencia permite superar los periodos estresantes, sin embargo, la exposición prolongada a niveles altos de cortisol y otras hormonas asociadas con el estrés, puede afectar tanto la presión arterial de la madre, como el crecimiento y el desarrollo del feto. También, causan supresión del sistema inmunitario y cambios patológicos, producto de la persistencia de la reacción de resistencia, después que se interrumpe el factor estresante, esta respuesta se traduce como la **etapa de agotamiento** (37, 38, 39) a exposición a factores estresantes crónicos afecta el micro circulación placentaria; disminuyendo su función e incrementando la actividad uterina (40).

Las mujeres embarazadas víctimas de maltrato, tienen altos índices de estrés y son más propensas a complicaciones infecciosas, partos prematuros y tienen menos probabilidades de recibir atención prenatal. El abuso en el embarazo tiene efectos adversos significativos para las infecciones de tracto urinario, déficit en el aumento de peso materno, partos prematuros y cesáreas.

Los orígenes de los trastornos hipertensivos durante el embarazo no están claramente definidos, pero múltiples factores están implicados. El estrés, la ansiedad y la depresión parecen contribuir al riesgo (41).

Los resultados reportaron que mayores niveles de síntomas de ansiedad o depresivos al inicio del embarazo, antes del desarrollo de la preeclampsia, tiene 2 a 3 veces más probabilidad de desarrollar la enfermedad en comparación a mujeres menos ansiosas o deprimidas.

Otro mecanismo que vincula el estrés materno con los resultados adversos es la inflamación. Los marcadores de la inflamación son predictores de los resultados maternos. El éxito de la gestación tiende a un equilibrio hacia la inmunidad mediada por anticuerpos y respuestas celulares inflamatorias como la producción de citoquinas (42, 43).

Las citoquinas son proteínas producidas por distintas células pero básicamente por células del sistema inmunitario; tienen múltiples funciones y ejercen su acción a través de diferentes células diana. Las citoquinas pueden ser clasificadas como proinflamatorias y antiinflamatorias. Las citoquinas proinflamatorias promueve los mecanismos de la inflamación. Contrario a lo anterior, las citoquinas antiinflamatorias limitan la respuesta inmune inflamatoria, mediante la inhibición de la producción de citoquinas proinflamatorias (44).

La respuesta inmune, depende de la modulación del balance de las citoquinas producidas por los tipos celulares T helper 1 (Th1) y T helper 2 (Th2). Estos subtipos de células T están asociados con diferentes propiedades funcionales. Las células T helper 1 (Th1) producen citocinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α), interleuquina-12 (IL-12) e interferón gamma (INF γ) (45, 46, 47).

Estas citoquinas son responsables de las reacciones inflamatorias del sistema inmune, estimulando la activación de macrófagos y la producción de anticuerpos opsonizantes que potencian la fagocitosis de patógenos. Las células T helper 2 producen citoquinas incluyendo interleuquina-4 (IL-4), interleuquina-5 (IL-5), interleuquina-6 (IL-6), interleuquina-10 (IL-10) e interleuquina-13 (IL-13) que favorecen la respuesta humoral e inhiben a las citoquinas Th1 (46, 47).

Un embarazo exitoso se asocia con una disminución de la actividad inflamatoria de las citoquinas T helper 1 y el mantenimiento o incremento de la actividad de las citoquinas T helper 2 antiinflamatorias (42, 43, 47).

Una citoquina de gran interés en el contexto del embarazo es la interleuquina-6 (IL-6), clasificada como una citoquina T helper 2, sin embargo, la interleuquina (IL-6) tiene propiedades proinflamatorias y antiinflamatorias. Los niveles elevados de interleuquina-6 (IL-6), durante el embarazo, son predictivos para el desarrollo de la

infección, así como en los resultados adversos perinatales. Los altos niveles de interleuquina-6 son predictores del nacimiento prematuro de causa idiopática o por infecciones relacionadas con los casos (48).

El estrés, la ansiedad y síntomas depresivos, se han asociado con mayores niveles circulantes de citoquinas pro-inflamatorias; así como mayor respuesta inflamatoria a los factores del estrés psicológico. La inflamación crónica contribuye al desarrollo de una serie de condiciones de salud graves, incluyendo enfermedades cardiovasculares (49). Los niveles altos de interleuquina-6, están casualmente asociados con el desarrollo de hipertensión gestacional y parto pretérmino (50).

La hipertensión gestacional y la preeclampsia, son condiciones que se caracterizan por altos niveles de marcadores inflamatorios circulantes, incluyendo la interleuquina-6. La inflamación, disfunción placentaria, el metabolismo lipídico anormal, y la disfunción endotelial, caracterizan la preeclampsia y pueden ser respuestas inducidas por citoquinas proinflamatorias. La evidencia sugiere que la respuesta inmune inflamatoria es la clave para el desarrollo inicial de la enfermedad (41).

2.3. Hipótesis

La violencia familiar está asociada, significativamente, a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el período 2016.

2.4. Variables

Variables independientes

- Violencia Familiar
- Tipo de violencia familiar

Variable dependiente

- Preeclampsia Leve
- Preeclampsia Severa

2.4.1 Conceptualización y operacionalización de variables.

VARIABLES	SUB VARIABLE	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INDEPENDIENTE 1: Violencia Familiar.- Patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder que se producen en el seno de un hogar y que perpetra, por lo menos, a un miembro de la familia contra algún otro familiar (24).	Índice de abuso por parte de la pareja	Relación abusiva Primer nivel de abuso Abuso severo Abuso peligroso	0 – 11 puntos 12 – 22 puntos 23 – 34 puntos 35 – 45 puntos	Intervalo
	Índice de abuso por parte de los miembros de la familia.	Relación abusiva Primer nivel de abuso Abuso severo Abuso peligroso	0 – 11 puntos 12 – 22 puntos 23 – 34 puntos 35 – 45 puntos	Intervalo
VARIABLE INDEPENDIENTE 2: Tipos de Violencia Familiar: Toda acción dirigida a perturbar la conducta de una persona, mediante la humillación que afecte la estabilidad psicológica, la integridad física, actos contra el pudor y/o el control del flujo de recursos monetarios que ingresan o la forma en que se gasta (25, 26).	Originada por la pareja	V. Psicológica V. Física V. Sexual V. Económica	Nunca A veces Casi siempre Siempre	Nominal
	Originada por los miembros de la familia.	V. Psicológica V. Física V. Sexual V. Económica	Nunca A veces Casi siempre Siempre	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE: Preeclampsia.- Desorden multisistémico que se manifiesta a partir de las 20 semanas de gestación con presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg asociada a proteinuria significativa (más de 300 mg en 24 horas) (35).		Sin preeclampsia Preeclampsia leve/severa	Si - No	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de investigación

El diseño de la investigación fue no experimental, de corte transversal, correlacional y de casos y controles.

No experimental: porque no se manipuló ninguna variable.

De corte transversal: porque se quiso determinar si la violencia familiar se asocia con la preeclampsia.

Correlacional: porque se analizó la influencia de la violencia familiar en la preeclampsia.

Caso – control: se determinó la asociación de la violencia familiar frente a las gestantes con preeclampsia, y a gestantes normales.

3.2. Área de estudio y población

3.2.1. Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el distrito de Cajamarca, ubicado al norte del Perú, entre los paralelos 4° 30" y 7° 30" de latitud sur, y los meridianos 77° 47" y 79° 20" de longitud oeste, a 856 Km de la capital del País, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m. y cuenta con una temperatura media anual de 18.9°C.

3.2.2. Población

La población estuvo conformada por todas las gestantes con y sin preeclampsia, atendidas durante el año 2016, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

3.3. Muestra y tipo de muestreo

Teniendo en cuenta la incidencia de preeclampsia, se decidió trabajar con un tamaño que estuvo determinado por las gestantes que se presentaron dentro del intervalo de tiempo destinado para el estudio, considerando a 51 sin preeclampsia y 50 con preeclampsia.

3.3.1. Tamaño de la muestra

$$n = \frac{N Z^2 p q}{d^2(N-1) + Z^2 p q}$$

n = tamaño de muestra.

N = población de estudio de abril a junio 2016, fue 146 gestantes con preeclampsia.

Z = es el valor correspondiente a la distribución de Gauss de 1.96, con un nivel de confianza de 95%.

p = proporción esperada de la característica a evaluar, p=0.30 (30%).

q = es 1-p (q = 0.70).

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio, a 0.05

$$n = \frac{(146)(1.96)^2(0.30)(0.70)}{(0.05)^2(146-1) + (1.96)^2(0.30)(0.70)} = 101$$

3.3.2. Tipo de muestreo

La selección de la muestra para los casos y controles se hizo a través de un muestreo probabilístico según los criterios de inclusión y exclusión hasta completar cuidadosamente el número que exige la muestra.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las gestantes con y sin preeclampsia, atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca y que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.5. Definición de Caso – Control

Caso: Gestantes atendidas en el Hospital Regional durante el año 2016, con diagnóstico de preeclampsia, leve o severa, los mismos que fueron en número de 50.

Control: Gestantes atendidas en el Hospital Regional durante el año 2016, con embarazo normal y sin diagnóstico de preeclampsia, los mismos que fueron en número de 51.

3.6. Criterios de inclusión y exclusión

Se hizo de acuerdo a los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Gestantes que aceptaron voluntariamente ser parte de la muestra del estudio.
- Gestantes con y sin diagnóstico de preeclampsia.

Criterios de exclusión

- Gestantes diagnosticadas como hipertensas antes de las 20 semanas de embarazo.
- Gestantes con retardo mental, con problemas psiquiátricos y/o problemas en el habla.

3.7. Criterios éticos

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación como son los siguientes:

Autonomía.- La gestante entrevistada tendrá libertad de emitir sus respuestas sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora.

No maleficencia.- La información se obtendrá luego que la gestante brinde el consentimiento para la entrevista y acceso a su historia clínica.

Consentimiento informado.- La gestante será informada de forma clara y precisa el propósito y modalidad de la investigación y emitirá su autorización firmado el documento de consentimiento informado.

Confidencialidad.- La información referida por la gestante, no será revelada, utilizándose solo para fines de la investigación.

3.8. Métodos e instrumentos de recolección de datos

Para la realización de la presente investigación, en una primera fase se solicitó el permiso correspondiente a la dirección del Hospital Regional Docente de Cajamarca; luego se informó al personal que labora en los servicios de Gineco- Obstetricia.

Posteriormente se procedió a la captación de las gestantes que cumplían con los criterios de inclusión y se les aplicó la encuesta estructurada anónima y de autollenado.

Descripción de los instrumentos de recolección de datos

- ***Ficha de Recolección de Datos (Anexo 1)***

Se realizó la recolección de datos mediante la aplicación de una encuesta tipo cuestionario, para lo cual se elaboró de un formulario estructurado, donde se incluyó información a partir de la historia clínica de la paciente como: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, lugar de procedencia, religión, fórmula obstétrica y número de controles prenatales.

- ***Cuestionario de autodiagnóstico para la identificación de violencia familiar (Anexo 2 y Anexo 3)***

Para el autodiagnóstico de violencia familiar de la gestante con y sin preeclampsia se utilizó el cuestionario propuesto y validado por el Instituto Nacional de las Mujeres México (2005).

Este Cuestionario que mide violencia intrafamiliar (Anexo 2) consta de quince preguntas, las cuales tuvieron alternativas basadas según la siguiente escala:

Tipo de respuesta	Valor de cada respuesta
Siempre	3 puntos
Casi siempre	2 puntos
A veces	1 punto
Nunca	0 puntos

Luego de sumó los puntos de cada respuesta, y el total nos proporcionó el índice de abuso a que estuvo expuesta:

De 0 a 11 puntos. Relación abusiva: Existencia de problemas en el hogar de la paciente, pero que se resuelven sin violencia física.

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 tener en cuenta la importancia de solicitar ayuda personal.

De 35 a 45 puntos. ¡Abuso peligroso! Debe considerarse en forma URGENTE e inmediata la posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo.

- ***Cuestionario Autodiagnóstico de tipo de Violencia familiar, originado por la pareja o los miembros de la familia (Anexo 4 y Anexo 5).***

Para el autodiagnóstico de tipo de violencia familiar en la gestante con y sin preeclampsia se utilizó el cuestionario propuesto y validado por Valderrama y Pedemonte (2013), en el que se identificó el tipo de violencia familiar prevalente; psicológica, física, sexual y/o económica. Se consideró que la encuestada sufre de violencia con solo responder a una o más de las alternativas A VECES, CASI SIEMPRE o SIEMPRE según tipo de violencia.

- ***Consentimiento informado (Anexo 6)***

A través del cual se informó a la gestante, de manera ordenada, los objetivos del estudio y el procedimiento realizado.

3.9. Procesamiento y análisis de datos

3.9.1. Procesamiento de datos

El procesamiento de la información se realizó utilizando el sistema de cómputo a través del programa SPSS versión 23 para Windows, generando una base de datos, la cual permitió organizar los datos resumidos en tablas simples y de contingencia.

3.9.2 Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo en dos fases:

Fase descriptiva: en base a las estadísticas obtenidas con las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas; en el proceso se describieron los resultados y se contrastaron con los antecedentes.

Fase inferencial: se verificó la hipótesis formulada, usando para tal efecto la prueba de Chi cuadrado, considerando significativo cuando $p \leq 0.05$. Los datos para el análisis son presentados en tablas estadísticas simples (absolutas y relativas) y tablas estadísticas de contingencia.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico y obstétrico.

TABLA 01. Perfil sociodemográfico y obstétrico de gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016.

Datos sociodemográficos y obstétrico		Control		Caso		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
Edad	≤ 15 años	4	7,8	1	2,0	5	5,0
	16 - 20 años	11	21,6	9	18,0	20	19,8
	21 - 25 años	11	21,6	13	26,0	24	23,8
	26 - 30 años	8	15,7	12	24,0	20	19,8
	31 - 35 años	9	17,6	8	16,0	17	16,8
	≥36 años	8	15,7	7	14,0	15	14,9
TOTAL		51	100,0	50	100,0	101	100,0
Grado de instrucción	Primaria	23	45,1	19	38,0	42	41,6
	Secundaria	18	35,3	21	42,0	39	38,6
	Superior	10	19,6	10	20,0	20	19,8
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Procedencia	Provincias	18	35,3	19	38,0	37	36,6
	Cajamarca	30	58,8	30	60,0	60	59,4
	Costa	3	5,9	1	2,0	4	4,0
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Estado civil	Solteras	5	9,8	4	8,0	9	8,9
	Convivientes	30	58,8	35	70,0	65	64,4
	Casadas	16	31,4	11	22,0	27	26,7
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Ocupación	Ama de casa	42	82,4	47	94,0	89	88,1
	Estudiante	8	15,7	2	4,0	10	9,9
	Profesional	1	2,0	1	2,0	2	2,0
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Paridad	Primigesta	20	39,2	22	44,0	42	41,6
	Multigesta	31	60,8	28	56,0	59	58,4
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Religión	Católica	29	56,9	34	68,0	63	62,4
	No católica	22	43,1	16	32,0	38	37,6
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0

Fuente: Datos recolectados a través de la encuesta del estudio.

La tabla que antecede permite observar que en el 23,8% las gestantes del estudio tienen entre 21 y 25 años. De ellas, el 21,6% de gestantes sin preeclampsia, se ubican en los grupos de edad comprendidos entre 16 a 20 años y de 21 a 25, respectivamente; mientras que las gestantes con preeclampsia, se ubican mayoritariamente entre los 21 a 25 años, con un 26,0%.

Respecto a la variable grado de instrucción, el 45,1% corresponde las gestantes sin preeclampsia que solo han estudiado la primaria, en contraste al 42% de gestantes con preeclampsia que han cursado el nivel educativo de secundaria.

Según el lugar de procedencia, en ambos casos, es decir tanto para gestantes sin y con preeclampsia, coincide que son procedentes tanto de Cajamarca con un 58,8% y un 60,0% respectivamente; seguido de aquellas que proceden de las diferentes provincias con 35,3% y 38% respectivamente.

El cuanto al estado civil, en ambos casos la mayoría son convivientes con un 58,8% para las gestantes sin preeclampsia y, 70% para gestantes con preeclampsia; seguido del estado civil casadas con un 31,4% y un 22% respectivamente.

La ocupación de la gran mayoría de gestantes sin y con preeclampsia es amas de casa, con 82,4% y 94% respectivamente. Luego están las gestantes estudiantes con un 15,7% para aquellas sin preeclampsia y un 4,0% para las que cursan el embarazo con preeclampsia.

Con respecto a la paridad se observa que la mayoría son multigestas, con un 60,8% para las gestantes sin preeclampsia en comparación a un 56% de gestantes con preeclampsia; en cambio en el grupo de primigestas, la mayoría se encuentra en el grupo de gestantes con preeclampsia con 44%.

Finalmente la variable religión indica que predomina la católica con 68% para las gestantes con preeclampsia, en comparación al 56,9% de gestantes sin preeclampsia.

Según el estudio de Ariño, R. (2012); los resultados obtenidos fueron: los trastornos hipertensivos fueron frecuentes en las gestantes entre 20 y 34 años, con estado civil de unión libre, grado de instrucción primaria y procedencia rural (19); donde se

puede apreciar que hay cierta similitud con el presente estudio sobre la edad y estado civil.

Al analizar la tabla podemos notar que la mayoría de gestantes tanto en los casos como el control pertenecen a edades tempranas que solo han alcanzado máximo a un nivel secundario, que se dedican a ser amas de casa y ya son multigestas nos lleva a la reflexión acerca de cómo esta nuestra realidad; ver como al ser tan jóvenes podrían lograr muchas cosas en sus vidas pero que sin embargo no lo pueden alcanzar por diferentes circunstancias; es ahí donde el entorno familiar que debería ser una base sólida en la formación no lo es, en consecuencia atrae más problemas a la sociedad.

4.2 Incidencia de preeclampsia leve y severa.

TABLA 02. Distribución de gestantes según tipo de preeclampsia, atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016.

Tipo de Preeclampsia	N°	%
Preeclampsia Leve	29	28,7
Preeclampsia severa	21	20,8
Gestante sin preeclampsia	51	50,5
TOTAL	101	100,0

Fuente: Datos recolectados a través de la encuesta del estudio.

Se visualiza que el mayor porcentaje de gestantes preeclámpticas del Hospital Regional Docente de Cajamarca corresponde al grupo de preeclampsia leve 28,7%, seguido del grupo de preeclampsia severa con un 20,8%.

Los resultados se diferencian de los encontrados por Ku, E. (2012), quien en su estudio determinó que el 63% de puérperas tuvieron antecedente de preeclampsia severa durante el embarazo y; el 37% restante, preeclampsia leve (22).

Según el estudio de Ariño, R. (2012) el tipo de trastorno hipertensivo del embarazo más frecuente fue la hipertensión gestacional con 50,9%, seguido de preeclampsia con 47,4% y por último la eclampsia con 1,7% (19).

Estos datos estadísticos de ambos estudios nos llevan a la conclusión de que la preeclampsia es una patología latente que en vez de ir disminuyendo va en aumento; sin olvidar que la preeclampsia leve es un trastorno que fácilmente se convierte en eclampsia en tan solo horas lo que nos advierte como profesionales que debemos estar alerta en todo momento.

4.3 Violencia familiar y preeclampsia.

TABLA 03. Índice de abuso por parte de la pareja de gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016.

Índice de abuso por parte de la pareja	Control		Caso		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Relación abusiva	48	94,1	49	98,0	97	96,0
Primer nivel de abuso	2	3,9	0	0,0	2	2,0
Abuso severo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Abuso peligroso	1	2,0	1	2,0	2	2,0
TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0

Fuente: Datos recolectados a través de la encuesta del estudio.

Los hallazgos de la tabla que antecede permiten apreciar que en ambos casos predomina la relación abusiva, encontrando un 94% en gestantes sin preeclampsia, y un 98,0% en aquellas con dicha patología; eso permite argumentar que existen problemas dentro del hogar, pero que se han podido resolver sin violencia física.

El índice de *abuso peligroso* se relacionó con ambos casos en un 2% para cada uno, lo que indica que es necesario que las gestantes dejen la relación de forma temporal y busquen un apoyo profesional de inmediato.

Al analizar la tabla e interpretando las repuestas del Cuestionario Autodiagnóstico de tipo de Violencia Familiar (Anexo 03), se encontró que la mayoría de encuestadas contestó la alternativa de NUNCA; atribuyéndose, quizás, a lo delicado del tema en cuestión. Estos resultados discrepan con el registro de denuncias hecho por la población en general, ya que en la Región Cajamarca se viene atendiendo un total de 836 casos por situaciones de violencia familiar y sexual, de los cuales 731 de los casos son mujeres; y un porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que sufrieron violencia física y sexual ejercida por el esposo o compañero en los últimos 12 meses fue un 12,7% de un total de 394 485 casos (11).

Lo anteriormente analizado permite inferir que la violencia impartida por la pareja a la mujer durante el embarazo, suele ser encubierta por las víctimas, debido a la cultura de machismo predominante en la población y el escaso empoderamiento de la mujer frente a sus derechos humanos y al proceso del embarazo.

TABLA 04. Índice de abuso por parte de los miembros de la familia de gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016.

Índice de abuso por parte de los miembros de la familia	Control		Caso		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Relación abusiva	44	86,3	44	88,0	88	87,1
Primer nivel de abuso	5	9,8	4	8,0	9	8,9
Abuso severo	2	3,9	1	2,0	3	3,0
Abuso peligroso	0	0,0	1	2,0	1	1,0
TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0

Fuente: Datos recolectados a través de la encuesta del estudio.

Esta tabla permite apreciar, al igual que la tabla anterior, que predomina la relación abusiva en gestantes sin y con preeclampsia, siendo un 86,3% y 88,0% respectivamente.

El primer nivel de abuso se manifiesta en gestantes sin preeclampsia con un 9,8% en comparación a las gestantes con preeclampsia, en quienes se presentó este hecho en un 8%.

De igual manera el abuso severo se presentó mayormente en gestantes sin preeclampsia con 3,9% a diferencia de las gestantes con preeclampsia, en quienes se evidenció en un 2,0%.

El hallazgo más importante, por su magnitud, se da en referencia al abuso peligroso, el cual se dio en 1 gestante con preeclampsia que equivale a un 2%; lo cual indica que dicha persona necesita de forma urgente obtener apoyo profesional de la salud, pues el impacto de la violencia incrementa el daño a la salud mental de la mujer, somatizándose en un problema de morbilidad materna y/o perinatal.

Si se retrotrae el análisis de la tabla 03 y, tomando en cuenta el cuestionario del anexo 2, en el cual se evidenció que la mayoría de entrevistadas respondió con NUNCA a muchos de los ítems; se puede señalar que en este caso alguna gestante tuvo el valor de responder con una realidad más creíble, sobretodo tomando en cuenta que en esta ocasión se evalúa la violencia generada por la familia.

Al análisis de las bases teóricas se puede afirmar que los orígenes de los trastornos hipertensivos durante el embarazo no están claramente definidos, pero múltiples factores están implicados tales como el estrés, la ansiedad y la depresión; donde los mayores niveles de síntomas de ansiedad o depresivos al inicio del embarazo, antes del desarrollo de la preeclampsia, tiene 2 a 3 veces más probabilidad de desarrollar la enfermedad en comparación a mujeres menos ansiosas o deprimidas (41). Al relacionarlos con la única gestante que respondió con la verdad nos acerca mucho con dicha teoría ya que el abuso peligroso provocado por parte de algún miembro de la familia genera un estrés provocando ansiedad por la magnitud de los problemas dentro del entorno familiar.

Sin olvidar también la repercusión de la preeclampsia en las gestantes como son: en el sistema cardiovascular, renal donde durante el desarrollo de la enfermedad hipertensiva el riñón sufre el mayor daño, la función hepática, etc. (36). Lo cual nos ayuda a enfatizar aún más en la importancia para contribuir a prevenir estos casos de preeclampsia.

4.4 Tipo de violencia y preeclampsia.

TABLA 05. Tipo de violencia originada por la pareja de gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016.

Tipo de violencia originada por la pareja		Control		Caso		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
Psicológica	Nunca	48	94,1	46	92,0	94	93,1
	A veces	2	3,9	2	4,0	4	4,0
	Casi Siempre	0	0,0	1	2,0	1	1,0
	Siempre	1	2,0	1	2,0	2	2,0
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Chi-cuadrada de Pearson = 0.176; GL = 1; Valor p = 0.675							
Física	Nunca	49	96,1	48	96,0	97	96,0
	A veces	1	2,0	1	2,0	2	2,0
	Casi Siempre	1	2,0	1	2,0	2	2,0
	Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Chi-cuadrada de Pearson = 0.000; GL = 1; Valor p = 0.984							
Sexual	Nunca	49	96,1	48	96,0	97	96,0
	A veces	2	3,9	2	4,0	4	4,0
	Casi Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Chi-cuadrada de Pearson = 0.000; GL = 1; Valor p = 0.984							
Económica	Nunca	50	98,0	47	94,0	97	96,0
	A veces	0	0,0	2	4,0	2	2,0
	Casi Siempre	0	0,0	1	2,0	1	1,0
	Siempre	1	2,0	0	0,0	1	1,0
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Chi-cuadrada de Pearson = 1.083; GL = 1; Valor p = 0.298							

Fuente: Datos recolectados a través de la encuesta del estudio.

La tabla que antecede permite identificar el tipo de violencia que predomina en las gestantes del estudio; siendo la violencia psicológica la que tuvo mayor relación con las gestantes con preeclampsia con un 8,0% en comparación con las gestantes sin preeclampsia que se obtuvo un 5,9%; la violencia física se presentó en un 4% en ambos casos; en cuanto a la violencia sexual no hubo mucha diferencia ya que se obtuvo 3,9% para gestantes sin preeclampsia y 4% para gestantes con preeclampsia; y, finalmente la violencia económica se dio más en gestantes con

preeclampsia con un 6% a diferencia de las gestantes sin preeclampsia que sólo obtuvo un 2.0%.

Al analizar dicha tabla se puede inferir que tanto la violencia psicológica como la económica, ocasionado por la pareja, influyen en la parte emocional de la gestante con preeclampsia, provocando estrés, lo cual desencadenaría dicha complicación durante la gestación. Eso se explica en el sentido de que, según la teoría del estrés relacionado con la preeclampsia; la ansiedad y la depresión se asocian con mayores niveles circulantes de citoquinas pro-inflamatorias; así como mayor respuesta inflamatoria a los factores del estrés psicológico (41).

Con respecto a la violencia física; las entrevistadas respondieron que NUNCA debido a que en los ítems se pregunta por una "pareja golpeadora" en todos los sentidos, es decir, que para ellas los golpes recibidos tendrían que ser constantes para considerarlos violencia y no, así lo hayan permitido por una sola vez. Y con respecto a la violencia sexual la mayoría de las gestantes también contestaron que NUNCA lo cual nos hace interpretar de varias maneras una de ellas puede ser que se sientan invadidas en su intimidad y por eso responden así, miedo de hablar, vergüenza, etc. Y solo algunas de ellas contestaron A VECES ya que ellas tienen una idea clara de sus "deberes" de esposa; es decir, que para dichas participantes tener relaciones íntimas con la pareja es un obligación así ellas no lo deseen en ese momento.

Ku, E. (2011), en su estudio obtuvo como resultado que la presencia de violencia; en cualquiera de sus formas (física, psicológica o sexual), resultó un factor de riesgo 2 veces mayor para desarrollar preeclampsia. Lo cual coincide ya que de cierta manera en ambos estudios predomina la violencia psicológica en la preeclampsia indicando así la relación estrecha con dicha patología (21).

Según Pedemonte, G. y Valderrama, B. (2013); obtuvieron como resultados que la violencia psicológica prevalece con una puntuación media de 4,83; seguida por la violencia física con una puntuación media de 2,94; la violencia económica con una media de 2,79; y la violencia sexual es la menos prevalente con una puntuación media de 1,62; se encontró cierta similitud con el presente estudio en violencia psicológica ya que en ambos fue la que se dio con mayor frecuencia (20).

Ku, E. (2012); encontró que la presencia de violencia en general (ya sea física, psicológica o sexual), resultó un factor de riesgo 2 veces mayor para desarrollar preeclampsia; es decir que hubo significancia estadística lo que se diferencia en este estudio ya que aquí no hubo dicha significancia acerca del tipo de violencia con respecto a la pareja y la preeclampsia ($p < 0.05$) (Anexo 04) (22).

TABLA 06. Tipo de violencia originada por los miembros de la familia de gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016.

Tipo de violencia originada por los miembros de la familia		Control		Caso		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
Psicológica	Nunca	44	86,3	43	86,0	87	86,1
	A veces	5	9,8	7	14,0	12	11,9
	Casi Siempre	1	2,0	0	0,0	1	1,0
	Siempre	1	2,0	0	0,0	1	1,0
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Chi-cuadrada de Pearson = 0.002; GL = 1; Valor p = 0.968							
Física	Nunca	47	92,2	46	92,0	93	92,1
	A veces	2	3,9	3	6,0	5	5,0
	Casi Siempre	2	3,9	0	0,0	2	2,0
	Siempre	0	0,0	1	2,0	1	1,0
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Chi-cuadrada de Pearson = 0.001; GL = 1; Valor p = 0.977							
Sexual	Nunca	48	94,1	49	98,0	97	96,0
	A veces	2	3,9	1	2,0	3	3,0
	Casi Siempre	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Siempre	1	2,0	0	0,0	1	1,0
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Chi-cuadrada de Pearson = 1.001; GL = 1; Valor p = 0.317							
Económica	Nunca	49	96,1	47	94,0	96	95,0
	A veces	0	0,0	2	4,0	2	2,0
	Casi Siempre	1	2,0	1	2,0	2	2,0
	Siempre	1	2,0	0	0,0	1	1,0
	TOTAL	51	100,0	50	100,0	101	100,0
Chi-cuadrada de Pearson = 0.232; GL = 1; Valor p = 0.630							

Fuente: Datos recolectados a través de la encuesta del estudio.

La tabla evidencia que violencia psicológica en gestantes sin y con preeclampsia se presentó de forma semejante, con 14% y 13,8% respectivamente.

Respecto a la violencia física, tampoco hubo diferencia significativa, pues se dio en gestantes con preeclampsia en un 8% y en gestantes sin preeclampsia en un 7,8%.

En cuanto a la variable violencia sexual, esta predominó en las gestantes sin preeclampsia con 5,9%, en contraste a las gestantes con preeclampsia, en quienes se manifestó en un 2,0%.

La violencia económica se dio mayoritariamente en gestantes con preeclampsia con un 6,0%, a diferencia de las gestantes sin preeclampsia en quienes se encontró sólo un 4,0%.

Se observa que los tipos de violencia de mayor predominio son la violencia psicológica y económica; con respecto a la primera se ha podido apreciar que el grupo de las gestantes sin preeclampsia han respondido en las alternativas de CASI SIEMPRE y SIEMPRE a comparación del grupo de gestantes con preeclampsia que solo contestaron en A VECES; y en la segunda vemos que en las gestantes sin preeclampsia solo 2 respondieron en CASI SIEMPRE y SIEMPRE, en el grupo de gestantes con preeclampsia contestaron en A VECES y CASI SIEMPRE; lo cual manifiesta que la violencia con relación a la familia no es un factor tan determinante como para desarrollar preeclampsia, pues no se encontró significancia estadística.

Referente a la violencia física, se obtuvo respuestas en las que se evidencia que la mayoría de las participantes habían recibido golpes por parte de algún miembro de la familia, pero lo consideran normal y merecido al “portarse mal”; y, finalmente la violencia sexual se traduce a través de respuestas negativas, lo que se atribuye, probablemente al tipo de preguntas que no son tan específicas; es decir, solo se abarcan aspectos netamente relacionados a contacto íntimo, ante las cuales las gestantes evidencian vergüenza.

Según Ku, E. (2011); en los resultados obtenidos no encontró asociación entre disfunción familiar y preeclampsia; lo que se asemeja con el presente estudio ya que aquí tampoco se halló dicha relación entre ambas variables (21).

Mientras que en el estudio de Salas, A. y Salvatierra, D. (2011 – 2012) como resultados obtuvieron que el tipo de violencia intrafamiliar más frecuente fue la violencia psicológica (94,8%), seguido de la violencia física (17,2%) y la violencia sexual (8,6%); lo cual no hay similitud con los resultados analizados en la presente tabla, y con respecto a la relación entre violencia intrafamiliar durante el embarazo y la preeclampsia si se encontró significancia estadística lo que no coincide con Ku, E. ni con el presente estudio (23).

Ariño, R. (2012) manifestó que los estresores que se asociaron con la presencia de dichos trastornos fueron: violencia psicológica con 63,6%, física con 2,9% (19); lo que no concuerda con el presente estudio ya que no hubo ninguna asociación.

CONCLUSIONES

1. Las gestantes del estudio se caracterizan por tener el siguiente perfil sociodemográfico y obstétrico:
 - a. Las gestantes sin preeclampsia pertenecen, mayoritariamente, al grupo de edad comprendido entre los 16 y 25 años; con educación primaria, proceden de Cajamarca, son convivientes, amas de casa, católicas y multigestas.
 - b. Las gestantes con preeclampsia tienen entre 21 y 30 años, con educación secundaria, de Cajamarca, convivientes, amas de casa, católicas y multigestas.
2. La preeclampsia leve se presenta con mayor incidencia que la severa.
3. La asociación entre violencia familiar y preeclampsia revela que:
 - a. La relación abusiva y el abuso peligroso originado por la pareja, se presentó, de forma semejante, tanto en los casos (gestantes con preeclampsia) como en los controles (gestantes sin preeclampsia).
 - b. La relación abusiva y el primer nivel de abuso originado por los miembros de la familia se manifestó, de manera similar, tanto en gestantes sin y con preeclampsia.
 - c. El abuso peligroso predominó en gestantes con preeclampsia.
4. El tipo de violencia asociado a la preeclampsia reveló que:
 - a. La violencia psicológica y económica, provocada por la pareja, se relacionaron con la presencia de preeclampsia.
 - b. La violencia económica ocasionada por los miembros de la familia predominó en gestantes con preeclampsia.
5. La violencia familiar no está asociada, significativamente, a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

RECOMENDACIONES

AL MINSA:

Promover un programa para educar y sensibilizar a las familias con la finalidad de brindar apoyo a sus integrantes para evitar en un futuro una mala relación interpersonal, con la pareja y así reducir la vulnerabilidad de la mujer frente a la violencia.

Que los establecimientos de salud desarrollen estrategias de comunicación dirigido a la gestante y especialmente a la pareja para lograr un cambio de comportamiento y por ende un cambio social.

A LAS UNIVERSIDADES:

Que las universidades formadoras de profesionales de la salud, en el desarrollo de las asignaturas programen y ejecuten campañas contra la violencia familiar.

AL COLEGIO DE OBSTETRAS:

A los profesionales de Obstetricia hacer de manera permanente un tamizaje de salud mental que incluyan a la pareja, familia y a la gestante; para así mejorar el vínculo existente entre ambos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Red Ciudadana para la detección y apoyo a las Víctimas de Violencia de Género. Andalucía. España.2007.
2. Gobierno del estado de colima. “Segundo seminario taller de capacitación metodológica para la atención a personas receptoras de violencia intrafamiliar“. Del consejo estatal para la prevención y atención a la violencia intrafamiliar. Adscrito a la dirección de prevención y readaptación social. México 2001.
3. Abbott DH, Zhou R, Bird IM, Dumesic DA, Conley AJ. Fetal programming of adrenal androgen excess: lessons from a nonhuman primate model of polycystic ovary syndrome. *Endocr Dev.* 2008; 13:145-58.
4. Muñoz M, Oliva P. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo adolescente. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* 2009; 281-285.
5. Lindheimer M, Roberts J, Cunningham G, Chesley L, eds. *Chesley's Hypertensive Disorders in Pregnancy Elsevier*, 2009:1- 4.
6. ENDES. *Violencia contra las mujeres.* 2009.
7. Saravia JC, Mejía M, Becerra S, Palomino A.; *Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados.* *Rev. Perú epidemiol.* 2012; 16(2):7.
8. OPS. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Panorama general.* Washington DC. 2013.
9. Jesús A. *La violencia doméstica jamás se justifica.* *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer.* 2005; 2(1):1-4.
10. Garmendia LF. *La violencia en América Latina.* *An Fac med.* 2011; 72(4):269-276.
11. *Intervención de los Programas Sociales del MIMP en la Región Cajamarca mayo 2015*
12. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. *Boletín N°4 La Violencia Familiar: Abordajes desde el Estado y la Sociedad Civil.* Diciembre 2011 [acceso 15 de abril del 2016]; 16.
13. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011.* Bases de datos publicados el 29 de julio de 2013, ajustadas a las Proyecciones de la Población en México que el Consejo Nacional de Población actualizó el 16 de abril de 2013.

14. Flórez L, Rodríguez G. Análisis experimental del impacto psicobiológico de un programa de atención psicológica a maternas con preeclampsia. IJCHP [online] 2001[citado 15 de Febrero de 2015]; 1: 259-292 Disponible en <http://www.aepc.es/ijchp/articu-los.php?coid=Espa%F1ol&id=12>.
15. Pinto MC, Aguilar OM, Gómez JD. Psychological Maternal Stress as a Possible Prenatal Risk Factor for the Development of Cognitive Problems: Neuropsychological Characterization of a Colombian Sample. Univ Psychol. 2010; 9(3):749-59.
16. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Reporte Epidemiológico de la Mortalidad materna en el Perú 2012. 2013.
17. Pacora P. "Violencia Familiar". UNMSM Instituto de Patología-Facultad de Medicina UNMSM Hospital Nacional Docente Madre-Niño - San Bartolomé Diciembre 2006.
18. Salvador J. La Dimensión Biopsicosocial de la Preeclampsia: un abordaje conceptual-empírico. Revista ginecología y obstetricia de México. 2009; 77(5): 231-237.
19. Ariño, R. (Ecuador, 2012). "Prevalencia de Trastornos Hipertensivos del Embarazo y Estresores Psicosociales asociados en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador 2012".
20. Pedemonte, G. y Valderrama, B. (Tarapoto, 2013). "Violencia intrafamiliar y su influencia en las complicaciones del embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morales, distrito de Morales. Mayo - Octubre 2013".
21. Ku, E. (Lima, 2011). "Estresores Psicosociales Asociados a Preeclampsia en Mujeres Hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2011".
22. Ku, E. (Lima, 2012). "Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012".
23. Salas, A. y Salvatierra, D. (Lima, 2011 – 2012). "Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012".
24. Gómez, B.; Ramírez, V.; XXI ¿Otro siglo violento? España: Editorial Díaz Santos; 2005.
25. Bardales G, Huallpa E. "Violencia Familiar y Sexual en mujeres y varones de 15 - 59 años. Estudio realizado en los distritos de San Juan de Lurigancho, Puno, Tarapoto (2009) pág. (10-11).

26. Castro R, Riquer F. Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003, 2ª edición, INMUJERES-CRIM, México, 2006.
27. Guía Técnica para la atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género. Resolución Ministerial LIMA 13-02-2007
28. García L, Cerda de la O B. "Violencia Familiar", 2005.
29. Pérez M, López G, León A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta Pediátrica de México (2008) 271 Vol. 29, N° 5).
30. "Violencia y Embarazo". INFOGEN A.C la calidad de la salud. 26 de julio del 2011. <http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=11607>.
31. Lam N, Contreras H, Cuesta F, Mori E, Cordori J, Carrillo N. "Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género". Rev. Perú. epidemiol. [Revista en internet]. 2008 [acceso 5 de setiembre del 2011]; 12(3). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v12_n3/pdf/a05v12n3.pdf
32. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. Washington, D.C. 2002.
33. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. J Obstet Gynaecol [Internet]. 2008 Apr [cited 2012 Jan 15]; 28(3):266-71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sarkar%20NN.%20The%20impact%20of%20intimate%20partner%20violence%20on%20women's%20reproductive%20health%20and%20pregnancy%20outcome>. Cited in: PubMed PMID: 18569465.
34. Pallitto C. Violencia doméstica y salud materna infantil y reproductiva: Un análisis crítico de la bibliografía. Organización Panamericana de la Salud. 2004.
35. Hospital Regional de Cajamarca. Guías Clínicas de Atención Obstétrica. In. Cajamarca; 2011. p. 50 - 52.
36. Schwarcz, R FRDC. Enfermedades maternas inducidas por el embarazo o que lo complican. Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo. 2010. p. 301 – 313.
37. Tortora G, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 11º ed. México D.F. Editorial Médica Panamericana. 2006.

38. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *Journal of Maternal - Fetal & Neonatal Medicine* [Internet]. 2007 [cited 2011 Nov 8]; 20(3):189-209. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Alder%20J%2C%20Fink%20N%2C%20Bitzer%20J%2C%20H%C3%B6sli%20I%2C%20Holzgreve%20W.%20Depression%20and%20anxiety%20during%20pregnancy%3A%20A%20risk%20factor%20for%20obstetric%2C%20fetal%20and%20neonatal%20outcome%3F%20A%20critical%20review%20of%20the%20literature.> Cited in: PubMed PMID: 17437220.
39. Michael A, Papageorghiou A. Potential significance of physiological and pharmacological glucocorticoids in early pregnancy. *Hum Reprod Update* [Internet]. 2008 [cited 2011 Nov 2]; 14 (5):497-517. Available from: <http://humupd.oxfordjournals.org/content/14/5/497.long>. Cited in: PubMed PMID: 18552168.
40. Herrera J, Ersheng G, Shahabuddin A, Lixia D, Wei Y, Faisal M, Barua P, Akhtner H. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. *Colombia Médica* [Internet]. 2006 (citado 25 de noviembre del 2011); 37(2-1):6-14. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/431>
41. Page, NM. The endocrinology of pre-eclampsia. *Clin Endocrinol (Oxf)*. [Internet]. 2002 Oct [cited 2011 Nov 21]; 57(4):413-423. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Page%2C%20NM.%20The%20endocrinology%20of%20pre-eclampsia.%20Clin%20Endocrinol%20\(Oxf\).](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Page%2C%20NM.%20The%20endocrinology%20of%20pre-eclampsia.%20Clin%20Endocrinol%20(Oxf).) Cited in: PubMed PMID: 12354123.
42. Raghupathy R. Th1-type immunity is incompatible with successful pregnancy. *Immunol Today*. [Internet]. 1997 Oct [cited 2011 Sep 18]; 18(10):478-82. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Raghupathy%2C%20R.%20\(1997\).%20Th1-type%20immunity%20is%20incompatible%20with%20successful%20pregnancy.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Raghupathy%2C%20R.%20(1997).%20Th1-type%20immunity%20is%20incompatible%20with%20successful%20pregnancy.) Cited in: PubMed PMID: 9357139.
43. Wegmann TG, Lin H, Guilbert L, Mosmann TR. Bidirectional cytokine interactions in the maternal-fetal relationship: is successful pregnancy a TH2 phenomenon? *Immunol Today*. [Internet]. 1993 Jul [cited 2012 Jan 18]; 14(7):353-356. Available from:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wegmann%2C%20T.%20G.%2C%20Line%2C%20H.%2C%20Guilbert%2C%20L.%2C%20%26%20Mosmann%2C%20T.%20R.%20\(1993\).%20Bidirectional%20cytokine%20interactions%20in%20the%20maternalfetal%20relationship%3A%20Is%20successful%20pregnancy%20a%20th2%20phenomenon%3F](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wegmann%2C%20T.%20G.%2C%20Line%2C%20H.%2C%20Guilbert%2C%20L.%2C%20%26%20Mosmann%2C%20T.%20R.%20(1993).%20Bidirectional%20cytokine%20interactions%20in%20the%20maternalfetal%20relationship%3A%20Is%20successful%20pregnancy%20a%20th2%20phenomenon%3F). Cited in: PubMed PMID: 8363725.

44. Marcell L, González VE. Relación de las citoquinas proinflamatorias con la corioamnionitis subclínica y el parto pretérmino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 9 de setiembre del 2011]; 37(4): 562-576. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400013&lng=es.
45. Elenkov IJ. Glucocorticoids and the Th1/Th2 balance. *Ann N Y Acad Sci*. [Internet]. 2004 Jun [cited 2012 Jan 13]; 1024:138-46. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Elenkov%2C%20I.%20J.%20\(2004\).%20Glucocorticoids%20and%20the%20th1%2Fth2%20balance.%20](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Elenkov%2C%20I.%20J.%20(2004).%20Glucocorticoids%20and%20the%20th1%2Fth2%20balance.%20) : Cited in: PubMed PMID: 15265778.
46. Mosmann TR, Sad S. The expanding universe of T-cell subsets: Th1, Th2 and more. *Immunol Today*. [Internet]. 1996 Mar [cited 2012 Jan 4]; 17(3):138-146. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mosmann%2C%20T.%20R.%2C%20%26%20Sad%2C%20S.%20\(1996\).%20The%20expanding%20universe%20of%20tcell%20subsets%3A%20Th1%2C%20th2%20and%20more](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mosmann%2C%20T.%20R.%2C%20%26%20Sad%2C%20S.%20(1996).%20The%20expanding%20universe%20of%20tcell%20subsets%3A%20Th1%2C%20th2%20and%20more). Cited in: PubMed PMID: 8820272.
47. Wilder RL. Hormones, pregnancy, and autoimmune diseases. *Ann N Y Acad Sci*. [Internet]. 1998 May 1 [cited 2012 Jan 7]; 840:45-50. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wilder%2C%20R.%20L.%20\(1998\).%20Hormones%2C%20pregnancy%2C%20and%20autoimmune%20diseases.%20](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wilder%2C%20R.%20L.%20(1998).%20Hormones%2C%20pregnancy%2C%20and%20autoimmune%20diseases.%20). Cited in: PubMed PMID: 9629235.
48. Dizon-Townson DS. Preterm labour and delivery: a genetic predisposition. *Paediatr Perinat Epidemiol*. [Internet]. 2001 Jul [cited 2012 Jan 13]; 15 Suppl 2:57-62. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dizon-Townson%2C%20D.%20S.%20\(2001\).%20Preterm%20labour%20and%20delivery%3A%20A%20genetic%20predisposition](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dizon-Townson%2C%20D.%20S.%20(2001).%20Preterm%20labour%20and%20delivery%3A%20A%20genetic%20predisposition). Cited in: PubMed PMID: 11520400.
49. Bruunsgaard H, Pedersen M, Pedersen BK. Aging and proinflammatory cytokines. *Curr Opin Hematol*. [Internet]. 2001 May [cited 2012 Jan 19];

8(3):131-136. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bruunsgaard%20H%2C%20Pedersen%20M%2C%20Pedersen%20BK.%20Aging%20and%20proinflammatory%20cytokines>. Cited in: PubMed PMID: 11303144.).

50. Arck PC. Stress and pregnancy loss: role of immune mediators, hormones and neurotransmitters. *Am J Reprod Immunol*. [Internet]. 2001 Aug [cited 2011 Dec 2]; 46(2):117-123. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Arck%20PC.%20Stress%20and%20pregnancy%20loss%3A%20role%20of%20immune%20mediators%2C%20hormones%20and%20neurotransmitters>. Cited in: PubMed. PMID: 11506075.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESTUDIO: *Preeclampsia asociada a Violencia Familiar. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016.*

Código: _____

Condición: Caso ()

Control ()

Preeclampsia leve ()

Preeclampsia severa ()

ENCUESTA

Estimada señora:

La presente encuesta tiene como objetivo determinar si existe asociación entre la preeclampsia y la violencia familiar de gestantes hospitalizadas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo 2016. Toda la información que nos brinde será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados únicamente para fines de la investigación.

Instrucciones:

Marque con una X en el casillero que refleje más su forma de pensar o de sentir. Por favor, no deje ninguna pregunta sin responder.

I. Datos generales:

1. Edad: () años.

2. Estado civil: Casada ()

Soltera ()

Conviviente ()

3. Grado de instrucción:

Primaria incompleta ()

Primaria completa ()

Secundaria incompleta ()

Secundaria completa ()

Superior técnico ()

Superior universitaria ()

4. Ocupación:

Ama de casa ()

Trabajadora del hogar ()

Estudiante ()

Profesional ()

Comerciante ()

Otro ()

5. Lugar de procedencia:.....

6. Fórmula Obstétrica: G () P () () () ()

7. Control Prenatal: Sin CPN ()

<6 controles ()

> 6 controles ()

ANEXO 2

Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Familiar, originado por los miembros de la familia.

Para conocer si vives violencia familiar o si te encuentras en una situación de riesgo te pedimos que respondas a las siguientes preguntas.

N°	Ítems	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
01	¿Sientes que algún miembro de tu familia constantemente te está controlando?				
02	¿Te acusan de infidelidad o de que actúas en forma sospechosa?				
03	¿Has perdido contacto con tu pareja, con amigas, compañeras/os de trabajo para evitar que algún miembro de tu familia se moleste?				
04	¿Algún miembro de tu familia te critica y humilla, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas hogareñas?				
05	¿Algún miembro de tu familia controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te recibes, originando discusiones?				
06	Cuando quieren que cambies de comportamiento, ¿te presionan con el silencio, con la indiferencia o te privan de dinero?				
07	¿Algún miembro de la familia te desprecia o maltrata por tu situación de embarazo?				
08	¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, ellos se irritan o te culpabilizan?				
09	¿Algún miembro de tu familia te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?				
10	¿Algún miembro de tu familia te ha amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matar a tu pareja?				
11	¿Sientes que te prohíben salir o encontrarte con tu pareja por evitar que tengas relaciones sexuales?				
12	Después de un episodio violento, se muestran cariñosos y atentos, te regalan cosas y te prometen que nunca más volverán a golpearte o insultarte y que "todo cambiará"				
13	¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que algún miembro de tu familia te ha causado? (primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)				
14	¿Sientes que hay una actitud violenta contra tu pareja, tus amigos o allegados?				
15	¿Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado al sentir que tu vida ha sido puesta en peligro por algún miembro de tu familia?				

Adaptación: Vida sin violencia. Instituto Nacional de las Mujeres México-2005. Sumamos el puntaje total y los comparamos con el índice de abuso.

ANEXO 3

Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Familiar originado por la pareja.

Nº	Ítems	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
01	¿Sientes que tu pareja constantemente te está controlando?				
02	¿Te acusa de infidelidad o de que actúas en forma sospechosa?				
03	¿Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja se moleste?				
04	¿Te crítica y humilla, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas hogareñas?				
05	¿Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones?				
06	¿Cuando quiere que cambies de comportamiento, te presiona con el silencio, con la indiferencia o te priva de dinero?				
07	¿Tiene tu pareja cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público, como si fuera otra persona?				
08	¿Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, él se irrita o te culpabiliza?				
09	¿Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten?				
10	¿Te ha amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarse él, a ti o a algún miembro de la familia?				
11	¿Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales?				
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"				
13	¿Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que él te ha causado? (primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)				
14	¿Es violento con los hijos/as o con otras personas?				
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?				

Adaptación: Vida sin violencia. Instituto Nacional de las Mujeres Mexico-2005. Sumamos el puntaje total y los comparamos con el índice de abuso.

ANEXO 4

Cuestionario Autodiagnóstico de tipo de Violencia Familiar originado por la pareja.

N°	Ítems	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
VIOLENCIA PSICOLÓGICA					
01	¿Sientes que el ambiente con tu pareja es violento, de mutua desconfianza o de discusión permanente?				
02	¿Siente que tu pareja te impone gustos o preferencias o te limita tener opinión propia?				
03	¿Sientes que por miedo o vergüenza prefieres continuar la relación con tu pareja y evitas denunciarlo?				
04	¿Consideras que los insultos o gritos son normales en la relación con tu pareja?				
VIOLENCIA FÍSICA					
05	¿Considera que como parte de tu relación es normal que alguna vez tu pareja llegue a la agresión física?				
06	¿Consideras que es normal que tu pareja te agrede con cachetadas, patadas, palazos u otros?				
07	¿Cuándo se enojan o discuten tu pareja te ha golpeado con sus manos o con objetos o te ha lanzado cosas?				
08	¿Consideras que la violencia solo existe si hay moretones, heridas o fracturas?				
VIOLENCIA SEXUAL					
09	¿Sientes que tu pareja te obliga a tener relaciones sexuales cuando no lo deseas?				
10	¿Considera que sentir humillación, miedo o vergüenza a tener relaciones sexuales contra de tu voluntad es falta de amor a tu pareja?				
11	¿Consideras que tener relaciones sexuales con tu pareja es una obligación de pareja?				
12	¿Sientes que cedas a sus requerimientos sexuales por temor?				
VIOLENCIA ECONÓMICA					
13	¿Cuándo hay problemas económicos, tu pareja te insulta, critica, amenaza o te golpea?				
14	¿Desde que estas embarazada, tu pareja te obliga a trabajar, te restringe las propinas o apoyo económico?				
15	¿Desde que estas embarazada, te prohíbe volver a tu centro de trabajo o estudios?				
16	¿Cuándo tu pareja quiere que cambies de comportamiento, te priva del dinero o las atenciones básicas en tu hogar?				

INTERPRETACIÓN

Se considera que la encuestada sufre de violencia familiar con solo responder a las alternativas A VECES o CASI SIEMPRE o SIEMPRE, según tipo de violencia.

ANEXO 5

Cuestionario Autodiagnóstico de tipo de Violencia Familiar originada por los miembros de la familia.

N°	Ítems	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
VIOLENCIA PSICOLÓGICA					
01	¿Sientes que el ambiente en el seno de tu familia es violento, de mutua desconfianza o de discusiones permanentes?				
02	¿Siente que algún miembro de tu familia te impone gustos o preferencias o te limita tener opinión propia?				
03	¿Sientes que por miedo o vergüenza prefieres callar u ocultar la situación de violencia y evitar denunciarlo?				
04	¿Consideras que los insultos o gritos son normales en la relación familiar?				
VIOLENCIA FÍSICA					
05	¿Considera que como parte de la convivencia familiar es normal que alguna vez algún miembro de su familia llegue a la agresión física?				
06	¿Consideras que es normal que algún miembro de su familia te agreda con cachetadas, patadas, palazos u otros?				
07	¿Cuándo algún miembro de tu familia se enoja o discute tu pareja te golpea con sus manos o con objetos?				
08	¿Consideras que la violencia solo existe si hay moretones, heridas o fracturas?				
VIOLENCIA SEXUAL					
09	¿Algún miembro de su familia le insinúa a tener relaciones sexuales?				
10	¿Considera que sentir humillación, miedo o vergüenza al permitir tocamientos indebidos contra de tu voluntad es falta de amor a tu familia?				
11	¿Consideras que si tienes una ITS es normal que la familia no tiene responsabilidad en ayudarla?				
12	¿Algún miembro de su familia intento forzar a mantener relaciones sexuales contigo?				
VIOLENCIA ECONÓMICA					
13	¿Cuándo hay problemas económicos, en tu familia te insultan, critican, amenazan o te golpean?				
14	¿Desde que estas embarazada, tu familia te obliga a trabajar, te restringe las propinas o apoyo económico?				
15	¿Desde que estas embarazada, tu familia te prohíbe volver a tu centro de trabajo o estudios?				
16	¿Cuándo en casa quieren que cambies de comportamiento, te priva del dinero o las atenciones básicas?				

INTERPRETACIÓN Se considera que la encuestada sufre de violencia intrafamiliar con solo responder a las alternativas A VECES, CASI SIEMPRE o SIEMPRE según tipo de violencia.

ANEXO 6

Resultado de la Aplicación de la Prueba de Hipótesis X^2 en tablas de Contingencia.

N° de Tabla	Violencia	Valor de X^2	Valor de "p"	No HAY Significancia
5	Tipo de violencia originada por la pareja			
	Psicológica	0.176	0.675	P>0.05
	Física	0.000	0.984	P>0.05
	Sexual	0.000	0.984	P>0.05
	Económica	1.083	0.298	P>0.05
6	Tipo de violencia originada por los miembros de la familia			
	Psicológica	0.002	0.968	P>0.05
	Física	0.001	0.977	P>0.05
	Sexual	1.001	0.317	P>0.05
	Económica	0.232	0.630	P>0.05

ANEXO 7

“Preeclampsia asociada a Violencia Familiar. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción

Usted ha sido invitada a participar en una investigación la violencia familiar durante el embarazo para desarrollar preeclampsia. Esta investigación es realizada por la bachiller en obstetricia Ana María Ochoa Minchán para optar por el título de Obstetra de la Universidad Nacional de Cajamarca.

El propósito de esta investigación es conocer mejor cómo el aspecto psicológico y el ambiente social pueden influir negativamente en el embarazo, produciendo preeclampsia. Usted fue seleccionada para participar en esta investigación por haber tenido preeclampsia durante el embarazo o por haber tenido un parto normal sin complicaciones; ya que, para esta investigación se requiere de dos grupos de mujeres, uno que haya tenido la enfermedad y otro sano.

Si acepta participar en esta investigación, se hará una revisión de su historia clínica; se le solicitará que brinde algunos datos personales; que responda a 04 cuestionarios su ambiente familiar, marcando la alternativa que crea más conveniente. El participar en este estudio le tomará aproximadamente 10 minutos y será realizado en el servicio donde se encuentra hospitalizada.

Riesgos y beneficios

Los riesgos asociados con este estudio son que usted podría sentir incomodidad con algunas de las preguntas que se le haga durante la entrevista; sin embargo se cuidará en todo momento su privacidad, buscando el lugar y momento apropiados. Su participación en esta investigación no tendrá ningún costo para usted.

Confidencialidad

La identidad del participante será protegida. La información que usted brinde será de manera anónima. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Los cuestionarios no llevarán el nombre del participante sino que serán manejados por códigos. Solamente la investigadora, Ana María Ochoa Minchán, y el estadístico tendrán acceso a los datos que puedan identificar directa o indirectamente a un participante; y sólo la investigadora tendrá acceso a esta hoja de consentimiento.

Incentivos

No habrá ningún pago o compensación económica por aceptar ser parte del estudio.

Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. Ninguno de los servicios o beneficios que recibe o a los que tiene derecho le será arrebatado. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Ana María Ochoa Minchán al 976742658.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha:

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Nombre del investigador: _____

Firma: _____