

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**FRECUENCIA DE VIOLENCIA EN MUJERES CON
DIAGNOSTICO DE ABORTO ATENDIDAS EN
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEL HNHU EN NOVIEMBRE 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

GINAHELY HEIDY JARA SORIA

**DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE LA TESIS**

DRA. PATRICIA SEGURA NUÑEZ

ASESOR

LIMA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de grado, culminado con mucho esfuerzo pero también con mucho amor especialmente a mis padres por su sacrificio y esfuerzo para lograr culminar la carrera.

AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud, principalmente está dirigida a Dios por haberme dado la existencia y permitido llegar al final de nuestra carrera.

Igualmente, la autora del presente estudio agradece muy profundamente a todos los que hicieron posible la realización del mismo.

A mi casa de estudios por haberme dado la oportunidad de aprender y así cumplir este sueño.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de violencia en mujeres con diagnóstico de aborto en pacientes atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio no experimental, descriptivo y de diseño transversal. Se obtuvieron los datos mediante encuestas utilizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) a las pacientes entre 15 y 49 años con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en noviembre del año 2015. La selección de la muestra fue por conveniencia, obteniéndose 56 pacientes mujeres. **Resultados:** Las participantes se caracterizaron porque la mayoría tenía edades entre los 19 y 26 años (66.1%); 51.8% de los casos trabajaban; el 67.86% presentaban un grado de instrucción secundaria. Se encontró que en un 83.92 % de las mujeres se presentaron alguna manifestación de violencia, el tipo de violencia más frecuente fue la psicológica (65.8%). El agresor más frecuente es la pareja (73.2%). La ingesta de alcohol de la pareja se encontró más frecuente en las mujeres violentadas (98%). **Conclusiones:** El 83,92 % de las mujeres con diagnóstico de aborto presentaron alguna manifestación de violencia.

Palabras claves: Violencia, aborto, embarazo.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of violence in women with diagnosis of abortion in patients attended in the department of Obstetrics and Gynecology at the Hospital Hipolito Unanue in November 2015. **Materials and methods:** A non-experimental, descriptive and cross-sectional study was conducted. Data were collected through surveys used by the National Institute of Statistics and Information (INEI) for the population and National Demographic and Family Health Survey (ENDES) of patients between 15 and 49 years diagnosed as abortion and attended in the department of Obstetrics and Gynecology at the Hospital Hipolito Unanue in November 2015. The sample selection was by convenience, yielding 56 female patients. **Results:** Respondents were characterized because most had been between 19 and 26 years (66.1%); 51.8% of women worked cases; 67.86% of the women had completed high school. It was found that 83.92% of women in any manifestation of violence occurred. Among the frequent form of violence was psychological type (65.8%). The most common perpetrator is a partner (73.2%). Alcohol consumption is often found in battered women (98%). **Conclusions:** In the presence of violence it was found that 83.92% of women diagnosed with abortion showed any manifestation of violence. These data suggest that therefore there would be an association between violence and abortion in women.

Keywords: Violence, abortion, pregnancy.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	9
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.4 JUSTIFICACIÓN	10
1.5 OBJETIVOS	13
1.6 HIPÓTESIS	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 Violencia.....	14
2.2 Aborto	23
2.3 ANTECEDENTES	36
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	48
3.1 Tipo y diseño general de estudio	48
3.2 Definición operacional	48
3.3 Universo de estudio	51
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	51
3.5 Procedimiento para la Colección de Información	51
3.6 Instrumentos a utilizar y método para el Control de la Calidad de Datos	52
3.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación con seres humanos.....	52
3.8 Análisis de Resultados.....	52
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	53
4.1 Resultados.....	53
4.2 DISCUSIÓN	69
CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES	72
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	80

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

El aborto es un problema social que constituye una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad entre las mujeres en edad reproductiva y una carga económica alta en todos los servicios hospitalarios de todos los países. La Organización Mundial de Salud (OMS) define al Aborto como la interrupción de un embarazo antes de que el feto pueda llevar una vida extrauterina. ⁽¹⁾ Denominándose aborto espontáneo aquel en que la interrupción del embarazo no es voluntaria antes de las 22 semanas o debajo de 500g de peso ⁽²⁾; mientras que el aborto provocado es el que se debe a una interferencia deliberada. Entre los abortos provocados están los que se practican de acuerdo con la ley y los que son ilegales. ⁽¹⁾

Cerca del 15 – 20 % de las gestaciones conocidas acaban en aborto espontáneo. Cerca del 80% de los abortos espontáneos aparecen en el primer trimestre y la incidencia va disminuyendo con las semanas de gestación. ⁽²⁾

Se estima que cada año se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47 000 mujeres y discapacidades en otros 5 millones de mujeres según la Organización Mundial de la Salud. En los países donde el aborto es procedimiento legal, es razonablemente seguro; en países donde es ilegal, son frecuentes las complicaciones. ⁽³⁾

El porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un según la OMS, el más alto porcentaje lo presentaba el entorno provincial de Perú (28%). ⁽⁴⁾

Dentro de las posibles causas para que ocurra un aborto espontáneo se encuentran: gestación anembrionaria, las malformaciones embrionarias, alteraciones cromosómicas, edad materna avanzada, malformaciones uterinas, Dispositivo intrauterino, teratógenos, enfermedad materna, alteraciones placentarias, traumatismo materno extenso incluida la violencia contra la mujer durante el embarazo, entre otras. ⁽⁵⁾

La violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos que influye en la morbimortalidad materna y perinatal. El embarazo no constituye un factor protector contra la violencia familiar, reportándose a nivel mundial la prevalencia de abuso durante esta etapa del 4 al 25%, dependiendo de la población estudiada; definiciones de violencia y los métodos empleados para medirla. En el Perú se muestra una prevalencia del 15 al 32.1%,

reportándose en el Instituto Nacional de Perinatología una incidencia del 21.5%.
(6)

La violencia durante el embarazo es una agresión que pone en peligro a dos vidas, y se ha observado que, si en la mayor parte de los casos de violencia familiar los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo éstos se dirigen a los senos, abdomen y genitales. La probabilidad de violencia durante esta etapa se ve favorecida en condiciones de alta vulnerabilidad física, psicológica y social de la mujer, como en las adolescentes. (5)

En los últimos años se realizaron algunas investigaciones centradas en la violencia y el embarazo, que han demostrado que es un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante la gestación. Más aún, se ha reportado que después de los accidentes vehiculares, la violencia física es la segunda causa de trauma en el embarazo. En las diferentes series internacionales reportadas, la prevalencia de abuso durante la gestación fluctúa entre 1 y 25% según la nacionalidad, el grupo étnico, la cultura, las definiciones de violencia y los métodos utilizados para medirla. (5)

La violencia durante el embarazo se ha asociado con bajo nivel socioeconómico, pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica, estrés, adicciones al tabaco, alcohol o drogas, y falta de apoyo social (7).

Los estudios realizados indican que muchas veces la violencia física se inicia con el primer embarazo y que el abuso físico puede afectar de manera particular a las mujeres embarazadas y al feto. Sus efectos pueden incluir: Aborto, desprendimiento prematuro de placenta, muerte fetal, rotura prematura de membranas, nacimientos pretérmino y bajo peso al nacimiento (5).

Además, los hijos de mujeres maltratadas durante el embarazo tienen cuarenta veces más riesgo de morir en el primer año de vida (5). Los niños que sobreviven a esto tienen alta probabilidad de ver limitado el desarrollo de sus capacidades físicas, cognitivas, afectivas y sociales (8).

1.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Ginecología - obstetricia.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Se pretende encontrar la asociación entre la violencia y el aborto mediante recolección a través del llenado de encuestas a mujeres internadas en el servicio de ginecología – obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue con el diagnóstico de aborto previo consentimiento informado con el fin de que se conozca la importancia de este tema que no se abarca con frecuencia durante la entrevista del personal de la salud frente a las pacientes.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El primer artículo de la declaración universal de los derechos humanos refiere que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. Sin embargo, la violencia se presenta constantemente en la vida diaria de los seres humanos. El ejercicio de la violencia basada en género, en sus distintas manifestaciones, existen en diversas sociedades del mundo, afectando principalmente a las niñas, jóvenes y mujeres más vulnerables.

En algún momento de sus vidas son afectadas y pueden sufrir lesiones tanto físicas como psicológicas, y en casos extremos, la muerte; constituyendo un grave problema de salud pública. Pero son las mujeres en edad reproductiva quienes afrontan las mayores consecuencias ya que la violencia puede estar asociada con la incapacidad de evitar embarazos no deseados, con el embarazo en sí o con la pérdida del embarazo.

Las cifras recientes de la prevalencia mundial dada por la organización de las naciones unidas indican que el 35% de las mujeres del mundo han sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.

En nuestro medio, las últimas estadísticas de la principal fuente de información sobre prevalencia de la violencia: la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-2013), muestra que el 62.9% de mujeres

peruanas reporta alguna vez haber sufrido situaciones de control y el 21.2% haber experimentado situaciones humillantes por parte de su pareja. A esto se suma que el 36.4% de mujeres reporta haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual.

Es por ello que se plantea este estudio que trata de encontrar una relación sobre un posible antecedente de violencia basada en género y una de las consecuencias, como el aborto; en mujeres en edad reproductiva que acuden al servicio de ginecología- obstetricia.

De no tomarse en cuenta temas como estos con la atención debida por la gravedad de que presentan continuaran las consecuencias en los principales afectados, las mujeres en edad reproductiva y el producto en desarrollo además que implica un costo social y económico alto en nuestras comunidades.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La familia constituye el ambiente primario para la sociedad, y la relación entre cada uno de sus integrantes, depende un buen proceso de socialización, pues es en su interior donde se dan las acciones negativas o positivas que determinan el mal o buen funcionamiento en una relación familiar, entre las acciones negativas se hallan la violencia y en especial aquella que ocurre contra la mujer.

La violencia intrafamiliar contra las mujeres tiene su origen en factores sociales y culturales como la pobreza, la falta de acceso a la información, los servicios y apoyos sociales, incrementan la desigualdad de género y, por tanto, el riesgo de violencia intrafamiliar que se expresa como consecuencia de esta y que a su vez perpetúa esta desigualdad. Para quebrantar con el ciclo es necesaria la sensibilización con respecto al tema, la mejora de las condiciones para garantizar un mejor desarrollo de la mujer en que debe comprometerse a la sociedad.

Por ello, en el caso de la mujer se cuenta con los tratados sobre Derechos Humanos y otros acuerdos internacionales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas (1993), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, la Declaración y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995 - la "Declaración de Beijing") y los Objetivos de Desarrollo

del Milenio de 2000; y a nivel nacional se cuenta con la Ley N° 26260 de Protección frente a la Violencia Familiar del (1993), modificado mediante la Ley N° 26763 y posteriormente por la Ley N° 29282, que establece la política del Estado y la sociedad frente a la violencia; así como la definición de violencia familiar y las atribuciones de los actores involucrados en la protección de la violencia familiar que favorecen la igualdad de género. Todo ello con el fin de proporcionar las garantías necesarias para el desarrollo de la mujer en la sociedad pero que en la realidad es poco ejercida.

Debido a esto, el efecto sobre la Salud femenina, en el caso de mujeres que habían sido víctimas de violencia infligida por su pareja presenta mala salud en comparación con las mujeres que nunca habían sufrido maltrato. Ya que repercute sobre el desarrollo de sus actividades cotidianas e inclusive por las secuelas que deja pueden persistir mucho después de que la experiencia violenta haya finalizado.

La repercusión sobre la mortalidad materna y fetal real es poco clara ya que se desconoce qué porcentaje de embarazadas sufre violencia y cuántas de ellas mueren por esta causa. Se sabe que el registro de la violencia intrafamiliar contra las mujeres ha ido aumentando de manera importante, sobre todo en países subdesarrollados.

Además, que al no considerarse a la violencia como causa obstétrica indirecta de muerte materna, no se identifica cuál es su dimensión e impacto entre todas las causas. Habitualmente estos fallecimientos se registran sólo como muertes por violencia, pero sin referencia alguna al embarazo o puerperio.

Cuando una mujer es víctima de violencia, sobre todo durante la etapa de la gestación, ésta puede llegar a tener repercusiones importantes sobre su salud, siendo el aborto provocado, el homicidio, o el suicidio su última consecuencia además de las lesiones físicas inmediatas como fracturas y hemorragias así como crónicas; enfermedades mentales, problemas sexuales y reproductivos, embarazos forzados o no deseados, abortos inseguros o abuso de sustancias que afectan a la salud del feto en desarrollo .

El porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados en el estudio multipaís de la OMS. La cifra más baja se registró en Japón (1%) y la más alta en el entorno provincial de Perú (28%). Entre el 25% y el 50% de las mujeres que habían sufrido maltrato físico durante el embarazo

había recibido lesiones como patadas y puñetazos en el abdomen. En todos los entornos estudiados, salvo en uno, entre el 11% y el 44% de las mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia declaró haberlo sido durante el embarazo, con la excepción de Japón, donde la cifra se situó en el 8%. En todos los casos, más del 90% de las mujeres había sido víctima de violencia infligida por el padre biológico del hijo en gestación y que convivía durante esa etapa. Aunque la mayoría de las mujeres que habían sido golpeadas durante el embarazo había sido víctima de violencia física anteriormente, entre el 13% (Etiopía) y aproximadamente el 50% (el entorno urbano de Brasil y Serbia y Montenegro) afirmó haber sido golpeada por primera vez durante el embarazo. La mayoría de las mujeres que habían sido víctimas de violencia antes y durante el embarazo en todos los entornos declararon que, en el último embarazo durante el cual sufrieron malos tratos, el grado de violencia fue igual, menor o menos frecuente que antes del embarazo.

Además, que a pesar de que la violencia contra las mujeres en gestación ocasiona problemas de salud para la embarazada y el producto, tiene un costo económico sea para la aplicación de la ley, sistemas de justicia penal, servicios sociales y para la prestación de asistencia sanitaria, ya que es conocido que las mujeres que sufren la violencia tienen más probabilidades de tener un mayor número de ingresos hospitalarios durante el embarazo.

Éstas mujeres utilizan en una forma desproporcionada los servicios de atención de salud, sea haciendo más visitas a las emergencias médicas, a los servicios de atención primaria, y a los servicios de salud mental en comparación a las mujeres que no han padecido de abuso, con todas las consecuencias económicas para un país como el nuestro que no destina los recursos económicos adecuados al sector salud.

En vista que en incontables oportunidades en los centros de salud se atiende embarazadas con la complicación antes mencionadas, sin imaginar que muchas de ellas podrían tener su origen en hechos de violencia doméstica, se plantea la necesidad de realizar investigaciones que permitan conocer la existencia de consecuencias obstétricas en gestantes víctimas de violencia doméstica con el objetivo de promover una respuesta preventiva ante la situación

Por ser la violencia y la asociación a el aborto, inducido o no provocado, como complicación de ella un tema poco explorado y debido a la existencia limitada de investigaciones de esta naturaleza, se justifica la realización de esta investigación que permita demostrar la existencia del

maltrato en la mujer gestante, abriendo el campo a nuevos estudios y motivando a que las autoridades y los organismos involucrados fomenten la creación de programas educativos dirigidos a la familia y programas de atención integral dirigidos a los prestadores de salud.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVOS GENERAL:

- Determinar la frecuencia de la violencia en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015

1.5.2. OBJETIVO ESPECIFICO:

- Determinar las características socio – demográficas de las mujeres que sufren violencia.
- Identificar el tipo de violencia sobre la mujer más frecuente en relación al aborto.
- Identificar el individuo que ejerce con más frecuencia la violencia sobre la mujer.
- Determinar el estilo de vida del agresor que ocasiona la violencia sobre la mujer.

1.6 HIPÓTESIS

La frecuencia de violencia es alta en mujeres con diagnóstico de aborto en pacientes atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en octubre 2015

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Violencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La definición de violencia comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, también abarca las múltiples consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades ⁽⁹⁾.

La violencia contra la mujer según la OMS se define como “todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada” ⁽¹⁰⁾.

Otra definición de violencia contra la mujer de acuerdo a la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, “Cualquier acción o conducta que, basada en su condición de género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” ⁽¹¹⁾.

Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

- a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;
- b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el

lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra⁽¹¹⁾.

2.1.1. Clasificación de los tipos de violencia:

Según la clasificación utilizada en el Informe mundial sobre la violencia y la salud se divide a la violencia en tres grandes categorías. En esta categorización se distingue:

2.1.1.1. Clasificación de violencia según el autor del acto violento:

- Violencia dirigida contra uno mismo, violencia que una persona se inflige a sí misma.
- Violencia interpersonal, infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos.
- Violencia colectiva, la infligida por grupos más grandes, tales como los Estados, agrupaciones políticas organizadas, milicias u organizaciones terroristas. A su vez, estas tres amplias categorías se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos.

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- Violencia intrafamiliar o de pareja: frecuentemente se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente.⁽⁹⁾.

Según el informe, Estimaciones Mundiales y Regionales de la Violencia contra la Mujer: Prevalencia y Efectos de la Violencia Conyugal y de la Violencia Sexual no Conyugal en la Salud, el estudio revela que la violencia de pareja es el tipo más común de violencia contra la mujer, ya que afecta al 30% de las mujeres a nivel mundial.⁽¹²⁾.

Siendo el actor principal el esposo o pareja como agente de mayor agresión contra la mujer en estado de embarazo, seguido de la ex pareja; lo cual probablemente se asocie el tipo de relación sentimental⁽¹⁴⁾.

- Violencia comunitaria, se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; generalmente se produce fuera del hogar.

- Violencia colectiva, es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado ⁽⁹⁾.

2.1.1.2. Tipos de violencia según la naturaleza de actos violentos:

a) Violencia callejera: “Es la que se da en la calle como espacio público, que impide que las mujeres se desplacen con tranquilidad a cualquier hora del día y de la noche. Puede darse por medio de miradas, piropos, manoseos, violaciones, golpes. Es importante señalar que es uno de los tipos de violencia en donde se evidencia una clara inseguridad ciudadana”.

b) Violencia laboral: “Es la que se da en centros de trabajo, en las fábricas, en las maquilas o en cualquier espacio en el que se labore, que ocasiona desempleo, despidos, humillaciones y discriminación. Se expresa en cualquier propuesta, presión o acto verbal o físico en función de cambiar favores de tipo sexual por un trabajo, por un ascenso o por un aumento salarial. También se manifiesta por despidos por embarazo, en la desigualdad de salario en razón del sexo femenino, en burlas, desprecios, manoseos, agresiones en nuestro espacio de trabajo”.

c) Violencia política: “Es la violencia que se da en razón de las ideas políticas que tengan las mujeres y se manifiesta en la amenaza permanente de asesinatos, secuestros, desapariciones, torturas y que al ser vivida y enfrentada por las mujeres incluye agresión a sus cuerpos y a su sexualidad”. ⁽¹⁵⁾

Los tipos de violencia no son excluyentes entre sí, ya que pueden presentarse en forma simultánea. ⁽¹⁶⁾

2.1.2. Causas:

La inequidad de género y la discriminación son las causas raíces de la violencia contra la mujer, influenciada por desequilibrios históricos y estructurales de poder entre mujeres y hombres existentes en variados grados a lo largo de todas las comunidades en el mundo.

Estas inequidades trascienden los derechos sociales, económicos, culturales y políticos; y se manifiestan en restricciones y limitaciones de libertades, opciones y oportunidades de las mujeres. Estas inequidades pueden aumentar los riesgos de que mujeres y niñas sufran abuso, relaciones violentas y explotación, debido a la dependencia económica, limitadas formas de sobrevivencia y opciones de obtener ingresos, o por la discriminación ante la ley en cuanto se relacione a temas de matrimonio, divorcio y derechos de custodia de menores.

(10)

2.1.3. Factores de riesgo

Una variedad de factores a nivel individual, de relaciones, de comunidad y de la sociedad se intersecan para aumentar el riesgo de que mujeres y niñas sufran violencia. Estos factores son:

- Atestiguar o experimentar abuso desde la infancia;
- Abuso de sustancias (incluyendo alcohol)
- Pertenencia de las mujeres a grupos marginados o excluidos.
- Limitadas oportunidades económicas.
- La presencia de disparidades económicas, educativas y laborales entre hombres y mujeres al interior de una relación íntima.
- Conflicto y tensión dentro de una relación íntima de pareja o de matrimonio
- El acceso inseguro de las mujeres al control de derechos de propiedad y de tierras.
- Control masculino en la toma de decisiones y respecto a los bienes.
- Actitudes y prácticas que refuerzan la subordinación femenina y toleran la violencia masculina

- Falta de espacios para mujeres y niñas, espacios físicos o virtuales de encuentro que permitan su libre expresión y comunicación; un lugar para desarrollar amistades y redes sociales, vincularse a asesores y buscar consejos en un ambiente de apoyo.
 - Uso generalizado de la violencia dentro de la familia o la sociedad para enfrentar los conflictos;
 - Un limitado marco legislativo y de políticas para prevenir y hacer frente ante la violencia;
 - Falta de sanción para perpetradores de la violencia
 - Bajos niveles de concientización por parte de los proveedores de servicios, así como de los actores judiciales y los encargados de hacer cumplir la ley
- Algunos factores adicionales de riesgo que se encuentran relacionados con la violencia por parte de la pareja íntima: corta edad; deficientes niveles de salud mental relacionadas a una baja autoestima, ira, depresión, inestabilidad emocional y dependencia, rasgos de personalidad antisocial o fronteriza y aislamiento social; historial de disciplina física en la infancia; inestabilidad marital y separación o divorcio; historial de comisión de abuso psicológico; relaciones familiares no saludables; temas asociados a la pobreza como hacinamiento y tensión económicas, y bajos niveles de intervención comunitaria o acciones contra la violencia doméstica. ⁽¹⁰⁾

El perfil encontrado de la mujer en el Perú que presenta con mayor frecuencia el antecedente de violencia durante el embarazo es la que se encuentra entre los 40 a 44 años, vive en zona urbana, con grado de instrucción de secundaria incompleta, pertenece a un estrato socioeconómico medio y que haya sufrido violencia de tipo psicológica que la pone en riesgo de experimentar violencia física durante el embarazo. ⁽¹⁴⁾

2.1.4. Factores de Protección

Por otro lado, entre los factores de protección que pueden reducir el riesgo de que mujeres y niñas sufran violencia figuran:

- educación secundaria completa para niñas (y niños)
- retardar la edad de matrimonios hasta los 18 años
- autonomía económica de las mujeres y acceso a entrenamiento de sus capacidades, crédito y empleo;
- normas sociales que promuevan la equidad de género

- Servicios que articulen respuestas con calidad (servicios judiciales, servicios de seguridad/protección, servicios sociales y servicios médicos) con dotación de personal con conocimientos, capacitación y entrenamiento adecuado.
- Disponibilidad de espacios seguros o refugios
- Acceso a grupos de ayuda

Es importante recordar que el riesgo y factores de protección no son causas directamente relacionadas, pero están correlacionadas. ⁽¹⁰⁾

2.1.5. Consecuencias de la violencia en la mujer:

En la mujer gestante, la violencia doméstica tiene graves consecuencias sociales, económicas, emocionales y en la salud; sus repercusiones son: pobre ganancia ponderal materna, retraso o ausencia de cuidado prenatal, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica, estrés, adicción al tabaco, alcohol o drogas y falta de apoyo social. Las lesiones físicas y los resultados de éstas incluyen: traumatismo abdominal, rotura del útero, hígado o bazo de la madre, fracturas, hematomas, exacerbación de enfermedades crónicas, aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, trabajo de parto pretérmino, rotura de membranas, enfermedad hipertensiva, colestasis intrahepática, infecciones de transmisión sexual, infección urinaria, infección intraamniótica y hasta la muerte materna. El niño también sufre las consecuencias fetales y neonatales: lesiones fetales intrauterinas, bajo peso al nacimiento de los recién nacidos y riesgo elevado de maltrato y de morir en el primer año de vida. Los niños que sobreviven a estos episodios tienen una alta probabilidad de ver limitado el desarrollo de sus capacidades físicas, cognoscitivas, afectivas y sociales. ⁽¹⁷⁾

En cuanto a la epidemiología, es difícil de medir y las estadísticas al respecto dan cuenta de sólo una fracción del problema ya que se debe al silencio entre las víctimas, el no reconocer que viven situaciones de violencia porque como es frecuente piensan que es normal o, simplemente, no se denuncia. ⁽¹⁾

2.1.6. Ciclo de la violencia:

Se producen combinaciones y grados que forman un ciclo de violencia que se describe en tres etapas:

2.1.6.1. Fase de acumulación de tensión:

Se empieza con una sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes entre los miembros de la pareja, con un incremento de la ansiedad y hostilidad.

2.1.6.2. Episodio agudo:

En determinado momento toda la tensión que se ha acumulado da lugar a una descarga de la violencia, y que puede variar en cuanto a grados de severidad y daño.

2.1.6.3. Luna de miel:

En esta etapa se produce el arrepentimiento, a veces instantáneo, por parte del agresor y que precede al advenimiento de suplicas, disculpas y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir. En este punto se vuelve a iniciar el episodio de la acumulación de la tensión y así, dar a lugar a un nuevo ciclo de violencia.

2.1.7. Modelo Ecológico de la Violencia:

El Informe mundial sobre la violencia y la salud recurre a un «modelo ecológico» para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia. Dicho modelo, que empezó a utilizarse a finales de la década de 1970 para estudiar el maltrato de menores y se aplicó ulteriormente a otras áreas de investigación de la violencia, está todavía en fase de desarrollo y perfeccionamiento como instrumento conceptual. Su principal utilidad yace en que ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender la interacción de estos factores clasificándolos en cuatro niveles. ⁽⁹⁾

2.1.7.1. Factores biológicos e historia personal: influyen en el comportamiento de los individuos y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Entre los factores que pueden medirse o rastrearse se encuentran las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato. • Relaciones más cercanas: como las mantenidas con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros, y se investiga cómo aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos. En la violencia juvenil, por ejemplo, tener amigos que cometan o alienten actos violentos puede elevar el riesgo de que un joven los sufra o los perpetre. ⁽²⁰⁾

2.1.7.2. Contextos comunitarios: en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos. A este nivel, dicho riesgo puede estar influido por factores como la movilidad de residencia (el hecho de que las personas de un vecindario tiendan a permanecer en él durante largo tiempo o se trasladen con frecuencia), la densidad de población, unos niveles altos de desempleo o la existencia de tráfico de drogas en la zona.

2.1.7.3. Factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad: contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales. Entre éstas se incluyen las que conceden prioridad a los derechos de los padres sobre el bienestar de los hijos, consideran el suicidio una opción personal más que un acto de violencia prevenible, reafirman la dominación masculina sobre las mujeres y los niños, respaldan el uso excesivo de la fuerza policial contra los ciudadanos o apoyan los conflictos políticos. En este nivel, otros factores más generales son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos de la sociedad.

En el modelo, el solapamiento de los anillos ilustra cómo los factores de cada nivel refuerzan o modifican los de otro.

Además de ayudar a esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones, el modelo ecológico también pone de manifiesto que, para prevenirla, es necesario actuar en varios niveles a la vez. ⁽⁹⁾

2.1.8. Marco legal

En la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se declara sobre la eliminación de la violencia en la mujer y se insta a que los Estados realicen sanciones en sus legislaciones y los esfuerzos necesarios para que sea conocida universalmente y respetada. ⁽²¹⁾

La violencia contra la mujer en el país, así como su magnitud nos revela que éste es un problema social que responde a la permanencia de una cultura jerárquica patriarcal, donde la mujer es vista como un objeto desechable y maltratable; prueba de ello es que las múltiples situaciones y acciones que vulneran los derechos humanos de las mujeres se pueden dar tanto en tiempos de paz como en tiempos de conflicto armado. Se trata de contextos diferentes que responden a un imaginario cultural similar que limita y arremete contra el

ejercicio pleno de las libertades y derechos de la mujer; enfrentándose así no solo a la violencia y discriminación de sus familias y su comunidad sino también del Estado.

En la Legislación Nacional del estado peruano, la Ley N° 26260 de Protección frente a la Violencia Familiar del 24 de diciembre 1993, modificado mediante la Ley N° 26763 y posteriormente por la Ley N° 29282, establece la política del Estado y la sociedad frente a la violencia familiar; así como la definición de violencia familiar y las atribuciones de los actores involucrados, como la policía nacional y autoridades judiciales, en la protección de la violencia familiar. ⁽¹⁸⁾

La prevención y tratamiento de la violencia doméstica y de cualquiera otro tipo ejercida entre seres humanos requiere de un abordaje interdisciplinario e interinstitucional. Así se ha entendido en el país, por lo que el Ministerio de la Mujer y Pueblos Vulnerables - MIMPV; el Ministerio del Interior -MINITER y el Ministerio de Salud - MINSA, además de Organizaciones No Gubernamentales y otros grupos de la sociedad civil, llevan a cabo programas para formar conciencia pública a fin de disminuir la prevalencia de casos y para brindar consejería y tratamiento integral a las víctimas.

El trabajo en conjunto se da con el primer Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer para el período 2002-2007. Actualmente está en vigencia el Plan para el período 2009-2015. El Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer para el período 2009-2015, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2009-MIMDES, busca mejorar la intervención estatal en los niveles de gobierno nacional, regional y local, en estrecha colaboración con la sociedad civil y el sector privado para enfrentar exitosamente el problema. Planteándose como visión la construcción de una sociedad que garantice a las mujeres el derecho a una vida libre de violencia en un marco de seguridad y vigencia plena de los derechos humanos ⁽¹⁹⁾

2.2 Aborto

El concepto de viabilidad fetal ha cambiado notablemente en los últimos años, gracias a los avances en los cuidados perinatales. La organización mundial de la salud lo define como la expulsión o extracción uterina de un embrión o feto de 500g o menos, que correspondería a una gestación de veinte o veintidós semanas.

La OMS calcula que en todo el mundo mueren cada año alrededor de 500 000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo. Una alta proporción de esas defunciones son atribuibles a complicaciones del aborto. Siendo la causa más frecuente de la morbimortalidad materna el aborto practicado de forma insegura. Además, el 98% de esa mortalidad materna se producen los países en desarrollo, donde el riesgo de fallecimiento relacionado con la gestación durante la vida de la mujer se ve agravado por el alto número de embarazos de cada una de ellas, así como por las condiciones socioeconómicas imperantes y por la escasa disponibilidad de servicios de atención materna en esos países. ⁽²⁰⁾

Ha habido pocos estudios importantes prospectivos o retrospectivos sobre la incidencia del aborto en la comunidad, y de los que existen, algunos de los más extensos datan de hace ya algún tiempo. ⁽¹⁾

En nuestro país los estudios con respecto al tema son casi inexistentes. Los escasos datos con que se cuenta son dispersos, incompletos y sin posibilidades de verificación. Se considera, sin embargo, que es bastante elevado el número de abortos clandestinos. En otros países, por el contrario, los datos estadísticos son numerosos y relativamente fiables. ⁽²¹⁾

Las mujeres, sea cual fuere su edad y modo de vida, experimentan abortos espontáneos y también ponen término voluntariamente a embarazos no deseados. Las mujeres multíparas recurren con frecuencia al aborto para no tener más hijos; las adolescentes solteras nulíparas se someten a esa práctica para aplazar la gestación. Las estadísticas indican que en la mayoría de las regiones del mundo las mujeres de zonas urbanas y las de mayor grado de educación recurren más al aborto provocado que las de zonas rurales y las de bajo nivel de instrucción. Sin embargo, eso podría también ser consecuencia tan solo de la mayor disponibilidad de información y de servicios o de un acopio de datos más completo en las zonas urbanas. ⁽¹⁾

2.2.1 Clasificación clínica del aborto

2.2.1.1. Aborto espontáneo:

Es aquel en que la interrupción del embarazo no es voluntaria. El aborto espontáneo, o interrupción no provocada del embarazo, se produce en el 10-15% aproximadamente de todos los embarazos conocidos o presuntos. Aunque el aborto espontáneo suele requerir tratamiento u hospitalización, ocasiona la muerte de la madre con menos frecuencia que el aborto provocado sin condiciones de seguridad.

2.2.1.2. Aborto provocado: es el que se le realiza un procedimiento para poner fin a un embarazo. Están los que se practican de acuerdo con la ley y los que son ilegales.

2.2.2. Etiología

La única causa bien conocida de aborto es la alteración cromosómica del embrión, que se relaciona con el 50-60% de las pérdidas gestacionales precoces. Entre otras causas conocidas incluyen enfermedades endocrinológicas, defectos anatómicos del tracto genital femenino, infecciones, factores inmunes, agentes químicos, enfermedades metabólicas hereditarias, traumatismos, enfermedades maternas y factores psicológicos.⁽⁵⁾

2.2.3. Formas clínicas:

2.2.3.1. Amenaza de aborto:

Forma de presentación que cursa con un embarazo viable menos de veintidós semanas, con metrorragia, generalmente leve, con o sin dolor en hipogastrio o de tipo dismenorreico. A la exploración, se encuentra el cuello cerrado.

Es un cuadro muy frecuente, está presente en un 25% de los embarazos. La evolución suele ser favorable en el 90-96% de los casos, si se excluye la amenaza en los abortos recurrentes. El pronóstico es excelente en cuanto a la progresión del embarazo, pero sí que se ha establecido relación con resultados perinatales adversos: placenta previa, abrupcio placentae, parto pretérmino, bajo peso fetal y discreto aumento de la mortalidad perinatal.⁽²²⁾

2.2.3.2. Aborto en curso:

Se manifiesta por hemorragia franca genital y dolor en hipogastrio (secundario a las contracciones uterinas para la evaluación del producto gestacional). Al la exploración se identifica un cervical interno permeable, membranas integra.

2.2.3.3. Aborto incompleto:

Se va a encontrar en este caso hemorragia genital, dolor y dilatación cervical, que asociara ya la expulsión parcial del producto de la concepción. En la exploración se evidenciará la dilatación cervical y como los restos embrionarios emergen por el cérvix, están contenidos en vagina, o incluso los ha expulsado totalmente.

2.2.3.4. Aborto completo:

Cuando la expulsión se produce totalmente del embrión o feto y de las membranas ovulares. ⁽²²⁾

2.2.3.5. Aborto diferido:

El termino se ha mantenido por lo generalizado de su uso, pero gracias a la práctica sistemática de la ecografía sería más apropiado el uso de aborto retenido, ya que para aplicar el termino de aborto diferido precisamos que existan tres semanas de no evacuación de un producto de la concepción no viable.

Se entiende por aborto diferido aquel en el cual se objetiva ecográficamente muerte embrionaria a pesar de que no desencadena manifestaciones clínicas en la paciente. La paciente esta asintomática, aunque podría evidenciar la remisión de los signos y síntomas propios del embarazo. ⁽⁵⁾

2.2.4. Métodos usados

2.2.4.1 Aspiración manual endouterina (AMEU)

La aspiración endouterina basa su mecanismo de acción en trasladar una presión negativa, generada por una fuente manual o eléctrica, dentro del útero a través de unas cánulas que están conectadas a la fuente de presión negativa. Permitiendo retirar los tejidos endouterinos en su totalidad y evita raspar manualmente las paredes uterinas, con riesgo menor de daño en las paredes del útero.

La aspiración endouterina puede ser realizada tanto en forma eléctrica como en forma manual. La aspiración eléctrica requiere del uso de una bomba de vacío de tipo Berkeley que es operada con energía eléctrica. Tiene un frasco recipiente de 350 a 1 200 mL de capacidad. La aspiración manual endouterina utiliza un equipo portátil (jeringas con válvulas sencillas y dobles y cánulas de Karman) que no requiere del uso de electricidad, lo que permite su amplio uso en diferentes niveles del sistema de salud. Tiene las mismas ventajas de la aspiración eléctrica; sin embargo, su costo es mucho menor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que la aspiración manual endouterina constituye uno de los métodos más eficaces utilizados en el tratamiento del aborto incompleto y recomienda que esté disponible en establecimientos de salud como parte de una atención integral.

2.2.4.1.1. Ventajas de la AMEU:

Relativamente más económica.

Su mecanismo de acción permite que el procedimiento demore menos que el LU.

Cuando se está bien capacitado, se tiene menos complicaciones que el LU.

Permite utilizar anestesia local.

Si se utiliza sedo analgesia, se usa dosis reducida de analgésicos o sedantes, haciendo posible que el procedimiento pueda efectuarse en forma ambulatoria.

Permite realizar el procedimiento fuera de la rigidez de una sala de operaciones (SOP) tradicional. Es importante en el caso de hospitales del sector público.

El procedimiento es un acto quirúrgico con un tiempo limitado y predecible.

Permite obtener tejido ovular cuando es necesario para el estudio anatómico patológico o para estudios genéticos.

2.2.4.1.2. Consideraciones a tener en cuenta en la AMEU:

Es una intervención quirúrgica menor.

Requiere de Consentimiento Informado para intervenciones quirúrgicas

Si bien puede no necesitar un área rígida de SOP, requiere de un área específica para su atención, en lo posible cercana al área de entrega de métodos anticonceptivos. Es decir, requiere de una infraestructura física adecuada.

Necesita contar con un equipo de AMEU en buenas condiciones.

Necesita en algunos casos medicamentos como sueros, analgésicos, anestésicos, otros.

Necesita de ropa adecuada o quirúrgica para la atención.

Requiere de mandil de protección, máscara y gorro.

Requiere de personal capacitado en el manejo de la aspiración manual endouterina. Cuando se está bien capacitado, se tiene menos complicaciones que con el LU.

Requiere la presencia de una orientadora antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.

Requiere de un área para el reposo post procedimiento. ⁽²³⁾

2.2.4.2. Legrado uterino instrumental: Intervención quirúrgica que consiste en raspar la superficie de los huesos o de la mucosa uterina para limpiarlos de sustancias adheridas o tomar una muestra.

2.2.4.2.1. Indicaciones del LUI Obstétrico:

- Tratamiento del aborto incompleto con altura uterina equivalente a igual o menor a 22 cm de altura uterina.
- Retención parcial de restos placentarios pos parto.
- Tratamiento del aborto infectado y del aborto séptico después de 12 a 24 horas de iniciado el manejo con antibioticoterapia.

2.2.4.2.2. Contraindicaciones del LUI Obstétrico:

- Aborto séptico o infectado sin antibioticoterapia previa.

- Embarazos menores de 12 semanas de gestación.
- Útero con contenido fetal.
- Cérvix cerrado.
- Desconocimiento de la técnica operatoria.
- Falta de destreza para la realización del procedimiento.
- Sospecha inicial de perforación uterina por maniobras abortivas previas

2.2.4.2.3. Requisitos para realizar el LUI Obstétrico:

- Propias a todo procedimiento quirúrgico:
- Valoración pre anestésica previa.
- Estabilidad hemodinámica mínima de acuerdo al estado de la paciente. Consentimiento informado totalmente diligenciado.
- Ayuno de 4 a 6 horas de acuerdo a la condición clínica de la usuaria.

2.2.4.2.4. Instrumental mínimo para realizar un LUI Obstétrico:

- Sala de quirófano de acuerdo a norma de Habilitación.
- Juego de curetas uterinas.
- Juego de dilatadores uterinos (bujías de Hegar) de 6 a 15 mm.
- Un espéculo de tamaños mediano y grande.
- Pinza de cuello.
- Pinzas de Foster.

2.2.4.2.5. Descripción de la técnica.

En posición ginecológica, bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia se colocan campos quirúrgicos. Se le consulta al anesthesiólogo para inicio del procedimiento, procediendo al tacto bimanual para identificar, situación, tamaño y orientación del útero y dilatación cervical. Se coloca el espéculo suavemente en forma oblicua deprimiendo la pared posterior de la vagina, se introduce la pinza cervical (de cuatro dientes) o una pinza de Foster si el cuello está muy blando, lateralmente al espéculo pinzando el labio anterior del cérvix para estabilizar el cuello, y se tracciona la pinza para corregir el ángulo cérvicouterino rectificando el cuerpo del mismo. Se retira el espéculo. Confirmada y verificada la dilatación cervical, se introduce una pinza de

Foster y se retiran la máxima cantidad de restos ovulares posibles de cavidad uterina. Una vez elegido el tamaño de cureta a utilizar, introducir suavemente la misma a través del cuello hasta tocar el fondo del útero. Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la legra suave y lentamente de atrás hacia delante dentro de la cavidad uterina, raspando las paredes del útero en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos cuidando de no raspar muy profundamente para evitar secuelas posteriores, hasta percibir una sensación áspera cuando la legra se desliza sobre la superficie del útero evacuado. Posteriormente legar el fondo y los cuernos. Verificar que la evacuación ha sido completa.

Las señales de haber completado el procedimiento de LUI son:

- Se observa la salida de “sangre espumosa” roja o rosada.
- Se percibe una sensación áspera cuando la cureta se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
- Se escucha el “llanto uterino”.
- En caso de infección el “llanto uterino” no se presenta, y la sensación áspera es reemplaza por la de una “alfombra mojada”.

Retirar la cureta muy suavemente y se verifica que no exista sangrado a través del cuello. Luego se retira la pinza de cuello. (24)

2.2.4.3. Evacuación con tratamiento médico:

El misoprostol representa para la mayoría de las mujeres una opción de tratamiento segura y efectiva en abortos incompletos o retenidos de menos de 12 semanas de edad gestacional. Se puede considerar el tratamiento ambulatorio inicial del aborto incompleto con misoprostol en mujeres con úteros de hasta 12 semanas, sin signos de infección, con posibilidades de retorno seguro y rápido al centro de atención. En gestaciones mayores a 12 semanas, se recomienda que su manejo sea siempre intrahospitalario.

El misoprostol está ampliamente utilizado gracias a que produce el efecto reblandecedor del cuello uterino previo a la inducción del trabajo de parto y a la evacuación quirúrgica del contenido uterino.

El efecto de reblandecer el cérvix se debe probablemente al efecto directo del misoprostol sobre el cuello uterino y no secundario a las contracciones uterinas inducidas por el medicamento.

Los efectos secundarios adversos, que son clínicamente significativos con el uso de misoprostol, son de tipo hematológico, endocrino, bioquímico, inmunológico, respiratorio, oftalmológico, plaquetario o cardiovascular, donde la presencia de diarrea se presenta como la principal reacción secundaria advertida de manera constante con este fármaco, aunque debe reconocerse que por lo general es de curso leve y autolimitado; puede haber presencia de náuseas y vómitos, pero se resuelven en el curso de las 2 a 6 horas siguientes.

2.2.4.3.1. Entre las contraindicaciones a su uso:

- Hipotensión severa.
- Epilepsia no controlada.
- Sangrado abundante.
- Fiebre alta o signos de sepsis.
- Malas condiciones generales.
- Alergia a las prostaglandinas.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Antecedentes de patologías con trastornos de la coagulación.
- Mujeres que estén recibiendo anticoagulantes o sean consumidoras frecuentes de fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

2.2.4.3.2. Dosis y vías de administración

Por orden de preferencia, para gestaciones menores de 12 semanas:

- Vía oral, una dosis única de misoprostol de 600 µg.
- Vía sublingual, una dosis única de misoprostol de 400 µg.
- Vía vaginal, aplicar tabletas de misoprostol de 200 µg cada 3 horas, hasta un total de 800 µg.

En la mayoría de los casos la evacuación uterina completa ocurre en las primeras 24 a 72 horas, pero puede ocasionalmente tardarse entre siete y diez días. No siempre es necesaria la evaluación posterior con ecografía.

2.2.4.3.3. Efectos secundarios

- Diarrea y dolor abdomino-pélvico.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Hipotensión.
- Fiebre.
- Escalofríos y temblor corporal.

Si se presenta hemorragia importante y se encuentra que la medicación con misoprostol aún no ha logrado el resultado esperado, se deberá interrumpir el tratamiento farmacológico y proceder a realizar un procedimiento quirúrgico.

2.2.4.3.4. Ventajas del tratamiento con misoprostol

- Más económico que la aspiración manual endouterina y el legrado uterino.
- Menor riesgo de complicaciones como infecciones o perforación uterina.
- No requiere anestesia.
- Solo usa analgésicos por vía oral, por lo que el tratamiento puede efectuarse en forma ambulatoria.
- No requiere de una sala de operaciones tradicional.

2.2.4.3.5. Condiciones

- Diligenciar el respectivo "Consentimiento Informado" por escrito.
- Contar con personal capacitado en el manejo del aborto incompleto con misoprostol
- Contar con acceso y/o disponibilidad de quirófano en caso de complicación o falla del método ⁽²⁵⁾

2.2.5. Complicaciones del aborto

Las complicaciones del aborto de todo tipo son también una importante causa de morbilidad de las mujeres en los países en desarrollo. Aunque se sabe que la incidencia de la morbilidad relacionada con el aborto provocado en malas condiciones es alta, los datos exactos al respecto suelen ser más difíciles de obtener que los relativos a mortalidad. La infecundidad, la discapacidad crónica, las infecciones relacionadas con la transfusión y la prestación de primeros

auxilios en caso de complicaciones del aborto séptico son obstáculos adicionales que hay que salvar en el camino hacia una maternidad sin riesgo.

También es difícil obtener datos mundiales exactos sobre la mortalidad y la morbilidad asociadas con el aborto voluntario. En los países donde existen estadísticas sanitarias fidedignas, la información reciente sobre el aborto voluntario demuestra la relativa inocuidad de éste.

Cuando se mitigan las restricciones al aborto disminuye el número de defunciones relacionadas con el aborto provocado, posiblemente debido a la mayor seguridad de los métodos aplicados por personal profesional de salud.

(1)

2.2.6. Marco legal

En la mayoría de los países de América Latina, a pesar de las diferencias existentes entre las leyes nacionales en materia de aborto, las mujeres tienen un acceso severamente limitado al aborto legal. En toda la región, la ausencia de regulaciones adecuadas y el temor a que se inicien acciones judiciales contra médicos y mujeres terminan limitando las opciones de estas últimas. ⁽²⁶⁾

En el Perú el aborto está sancionado penalmente desde 1863, año en que fuera aprobado el primer Código Penal. El Código de 1863 penalizaba el aborto en general, pero consideraba como supuestos atenuantes el aborto por móvil de honor y el aborto consentido por la mujer. El primero tenía como finalidad salvar el honor de la mujer y el de su familia, pues se consideraba que una mujer sin esposo y con hijo podía ser marginada socialmente ya que al nacer el hijo o hija era evidente que habría tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio y ya no era una soltera virgen. El segundo atenuante, el aborto consentido por la mujer, era permitido siempre que la mujer tuviera por lo menos 16 años cumplidos. ⁽²⁷⁾

El Código Penal de 1924 regulaba y sancionaba todas las figuras del aborto: el aborto propio, el aborto consentido, el aborto no consentido, el aborto perpetrado por profesionales y el aborto preterintencional; excluyendo las figuras atenuadas recogidas en el Código anterior, y estableciendo como única figura no punible el aborto terapéutico, aquel que fuera realizado como único medio para salvar la vida de la mujer gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente.

El artículo 119 del Decreto Legislativo 635 del código penal del año 1991, se establece que en el caso del aborto terapéutico no es penalizado si es practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de

su representante legal, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar dañar su salud física o mental

El artículo 120 establece penas menores para el aborto sentimental y eugenésico (privación de la libertad no mayor a 3 meses). Esto es cuando “el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico”.

En los artículos 114 a 117, se explica la pena y la duración para quien cometiere y realice un aborto. La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique, será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de 52 a 104 jornadas. El que causa el aborto con el consentimiento de la gestante, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años, si causa la muerte de la mujer la pena será no menor de dos ni mayor de cinco años. En caso de que sea sin consentimiento de la mujer será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de cinco años y si en este proceso causa la muerte de esta la pena será no menor de cinco ni mayor de diez años. En caso de que estos hayan sido causados por un facultativo este será penalizado además con la inhabilitación del ejercicio de su profesión. Si se causa un aborto con violencia, sin haber tenido el propósito de causarlo será penalizado con privación de libertad no mayor de dos años, o con prestación de servicio comunitario. ⁽²⁸⁾

A pesar de las modificaciones introducidas con ocasión de la adopción del nuevo Código, la severidad de la represión sigue siendo la característica preponderante de nuestra legislación referente al aborto. Esta severidad se justifica en la necesidad absoluta de proteger toda manifestación de la vida humana y la eficacia intimidante de la pena (prevención general). El resultado es el empleo abusivo de la pena y la promulgación de normas penales que, a pesar de las buenas intenciones y finalidades que las inspiran, causan graves perjuicios individuales y sociales en lugar de evitarlos. El legislador, influenciado por la tradición represiva, no ha comprendido aún cuan onerosa y poco provechosa resulta, desde la perspectiva de una buena defensa social, esta forma de reacción penal. Tampoco se tienen en cuenta los factores sociales que condicionan, muchas veces, el comportamiento de las personas. Las mujeres que no desean dar a luz el ser concebido, son empujadas hacia la práctica del aborto clandestino por la reacción estatal fundamentalmente punitiva. ⁽²¹⁾

2.2.6.1. Tipo de penalización por tipo de aborto según Decreto Legislativo N 635 del Código Penal peruano, promulgado el 3 de abril de 1991 y publicado el 8 de abril del mismo año:

2.2.6.1.1. Autoaborto (Art.114)

La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique, será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de cincuentidós a ciento cuatro jornadas.

2.2.6.1.2. Aborto consentido (Art.115)

El que causa el aborto con el consentimiento de la gestante, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años.

Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de dos ni mayor de cinco años.

2.2.6.1.3. Aborto sin consentimiento (Art.116)

El que hace abortar a una mujer sin su consentimiento, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de cinco años.

Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de cinco ni mayor de diez años.

2.2.6.1.4. Agravación de la pena por la calidad del sujeto (Art.117)

El médico, obstetra, farmacéutico, o cualquier profesional sanitario, que abusa de su ciencia o arte para causar el aborto, será reprimido con la pena de los artículos 115 y 116 e inhabilitación conforme al artículo 36, incisos 4 y 8.

2.2.6.1.5. Aborto preterintencional (Art.118)

El que, con violencia, ocasiona un aborto, sin haber tenido el propósito de causarlo, siendo notorio o constándole el embarazo, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años, o con prestación de servicio comunitario de cincuentidós a ciento cuatro jornadas.

2.2.6.1.6. Aborto terapéutico (Art.119)

No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente.

2.2.6.1.7. Aborto sentimental y eugenésico (Art.120)

El aborto será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses:

- Cuando el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente;
o
- Cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico. ⁽²⁹⁾

2.3 ANTECEDENTES

2.3.1. Los autores mexicanos, Paredes, S. y col. en el estudio “Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México” buscaron estimar la ocurrencia de la violencia física intrafamiliar contra la mujer embarazada, los factores asociados a ello y la percepción de daños a la salud, en un estudio con base poblacional. Para ello se utilizó una encuesta en cada hogar de Ometepec, Guerrero, México; a las mujeres que notificaron al menos un embarazo en los tres años previos a la encuesta. De una población total de 2 389 mujeres, 709 fueron elegidas para completar la encuesta sobre el último embarazo. Encontrándose que el 21% declaró ser víctima de violencia física y el 5.6% reportó maltrato físico intrafamiliar durante este último embarazo. Además, se encontró una asociación entre violencia física en la embarazada y sangrado vaginal durante el embarazo, así como complicaciones obstétricas. La asociación entre violencia física y pérdida del embarazo tuvo significancia estadística marginal ($p=0.06$). También hubo asociación entre ser objeto de violencia física durante el embarazo y una actitud violenta hacia los hijos, bajo un escenario hipotético de rebeldía por parte de los mismos. ⁽³⁰⁾

2.3.2. Collado, S. y Villanueva, L. en el estudio “Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido” precisaron la prevalencia y características de la violencia familiar durante la etapa del embarazo y su efecto en los resultados obstétrico y perinatal, así como la identificación de los factores relacionados. Para ello se encuestó a una población de 288 mujeres que acudieron al Hospital General Dr. Manuel Gea González entre los meses de agosto a septiembre del 2004, para ello se utilizó el cuestionario Abuse Assessment Screen y el instrumento de detección de la International Planned Parenthood Federation (IPPF). Como resultados de este estudio se obtuvo que la prevalencia de violencia durante el embarazo fue del 39.24%. El tipo de violencia más frecuente identificado fue de tipo psicológica antes y durante el embarazo (94.71 y 96.46%, respectivamente), mientras que las violencias física y sexual disminuyeron durante la gestación. Además, se observó que la

violencia familiar 12 meses antes del embarazo incrementó el riesgo de bajo peso en el recién nacido (RM 1.69, IC 95%, 1.01-2.81) y de aborto (RM 2.09, IC 95% 1.14-3.83). ⁽¹⁶⁾

2.3.3. Silva, S. y Diniz, N. en la publicación “El aborto inducido: El discurso de las mujeres sobre sus relaciones familiares.” se considera al aborto inducido y la violencia doméstica contra las mujeres como problemas de salud pública por las consecuencias a la salud física y mental que afectan a las mismas. Se analizó el discurso de las mujeres que han experimentado el aborto en sus relaciones familiares. Los sujetos del estudio fueron diecisiete mujeres ingresadas en un centro de maternidad pública en Salvador, Bahía (Brasil), por causa del aborto inducido. Se recolectó datos entre julio y septiembre de 2008, por medio de entrevistas semiestructuradas, organizadas a partir del Discurso del Sujeto Colectivo. Las ideas que surgieron de los discursos muestran que la decisión del aborto es consecuencia del antecedente de violencia vivida con sus compañeros y familiares, y del abandono cuando el embarazo fue descubierto. ⁽³¹⁾

2.3.4. Los autores, Doubova, V.; Pámanes-González, V.; Billings, D. Torres-Arreola, L.; en el estudio “Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México” buscaron analizar los factores relacionados a la violencia de pareja en mujeres embarazadas. Se recolectó la información de 383 mujeres del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a sus controles prenatales en cinco Unidades de Medicina Familiar en la Ciudad de México entre septiembre del 2003 y agosto del 2004. Se consiguió la información mediante el uso de un cuestionario de violencia elaborado específicamente para el estudio. De lo que se encontró fue que, de las mujeres, 120 (31.1%) reportaron haber estado expuestas a la violencia psicológica y/o física, y/o sexual por parte de su pareja masculina durante el embarazo actual, el 10% reportaron violencia combinada y 21% violencia aislada. De ello, el tipo de violencia más frecuentemente reportado fue la violencia psicológica. Entre los factores encontrados asociados a la violencia de pareja en las mujeres embarazadas fueron ser soltera (RM=3.02, IC 95%:1.17;7.83), vivir en unión libre (RM=2.22, IC 95%: 1.11;4.42), antecedentes de violencia en la infancia (RM=3.08, IC 95%:1.62;5.85), consumo de bebidas alcohólicas en la pareja (RM=1.87, IC 95%:1.02;3.42) y

presencia de alteraciones emocionales (RM=4.17, IC 95%: 1.12;15.51).⁽³²⁾

2.3.5. Los investigadores Diniz, M. y col. en el estudio “Aborto provocado e violencia doméstica entre mujeres atendidas en una maternidad pública de Salvador-BA” realizaron un estudio cuantitativo, que tuvo como objetivo estudiar la violencia doméstica en mujeres con aborto inducido. Para ello, se realizaron entrevistas a 147 mujeres internadas por aborto inducido en una maternidad pública de Salvador-BA. Las características halladas fueron mujeres jóvenes, negras, con un bajo nivel educativo, dependientes económicamente, con experiencia de abusos psicológicos, físicos y sexuales cometidos por los cónyuges. Se encontró que casi la mitad de las mujeres fueron víctimas de violencia doméstica durante el embarazo actual, siendo este el motivo de aborto para el 67% de ellas. El estudio además mostró una asociación entre la experiencia de violencia doméstica y el aborto inducido, con consecuencias para la salud mental de las mujeres, que desarrollan síntomas de trastorno de estrese post traumático.⁽³³⁾

2.3.6. El autor Espinoza, H. en su estudio “Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina”. El objetivo fue analizar la relación que existe entre la violencia durante el embarazo con las complicaciones maternas en puérperas atendidas en el Hospital de Vitarte 2011. Se trata de un estudio analítico de casos y controles, con una muestra total de 120 Puérperas, donde los casos fueron 60 mujeres que no presentaron complicaciones maternas durante el Embarazo y los controles fueron 60 Mujeres que presentaron complicaciones durante el embarazo. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección elaborada y validada en una prueba piloto, el cual fue aplicado a todas las madres del servicio de Puerperio que ingresaron al estudio, para identificar la violencia durante su embarazo. Entre los resultados se encontró que el grupo de mujeres que presentaron complicaciones maternas, el 73.3% de las madres entrevistadas, sufrieron algún tipo violencia durante el embarazo, mientras que solo un 53.3% de las mujeres que no presentaron complicaciones maternas, sufrieron violencia durante el Embarazo. Al analizar cada tipo de violencia en relación a las complicaciones maternas, se encontró que las mujeres que sufrieron violencia psicológica

durante el embarazo tienen 2 veces más riesgo de desarrollar complicaciones maternas (IC 95%:1.18-5.28; p=0.016).⁽³⁴⁾

2.3.7. La autora, Valenzuela, S. en su publicación “Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto” busco identificar la violencia intrafamiliar en la embarazada como factor de riesgo obstétrico y perinatal. Se trata de un estudio de casos y controles en pacientes en puerperio inmediato o mediato (parto, cesárea o aborto) llenaron cuestionarios diagnósticos de violencia intrafamiliar considerando caso de violencia intrafamiliar con 12 a 45 puntos y control de 0 a 11, en los resultados de una muestra de 107 mujeres, resultando casos 33 (30.8%) y control 74 (69.15%), en el tipo de termino de embarazo no hubo diferencia significativa entre parto Cesárea o aborto y violencia intrafamiliar (V.I.); entre las complicaciones del embarazo halladas, las más frecuentes fueron: amenaza de aborto y parto prematuro sin asociación estadística con V.I; el producto al nacimiento: vivo o muerto Fisher p=0.167, edad gestacional. Además se encontró que las que tienen solo tienen educación básica (secundaria o menos) tienen 6 veces más posibilidades de sufrir violencia intrafamiliar; el varón 7.4 veces más generar violencia intrafamiliar, la mujer que no trabaja tiene 4.76 veces más riesgo de sufrir V.I; el ingreso económico familiar es inversamente proporcional a la V.I; Cuando solo el varón decide el método de planificación familiar p=0.0011 se asocia con V.I. de todo ello se concluye que la incidencia de V.I 30.8% resulto compatible. La V.I no se demostró estadísticamente asociada con riesgo de complicaciones en el embarazo ni en el recién nacido. La autora sugiere incrementar el nivel de educación, mejorar las oportunidades de empleo para la mujer, elevar el ingreso familiar como estrategias básicas en el abatimiento de la V.I.⁽³⁵⁾

2.3.8. Cepeda-Silva A.; Morales-Carmona F.; Henales-Almaraz M.; Méndez-Cabello S. autores de la publicación “Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo” se buscó establecer la fuerza de asociación entre violencia familiar durante el embarazo, recién nacidos de peso bajo y complicaciones maternas. Se realizó un estudio de cohorte abierto de 250 pacientes (125 sin violencia y 125 con violencia). Se calcularon riesgos relativos, Chi cuadrada y análisis de residuos de regresión lineal. Entre los resultados se encontró que la violencia física incrementa en dos veces el riesgo de obtener

recién nacidos de peso bajo (IC al 95% de 1.086 a 3.956) y cinco veces las toxicomanías (IC al 95% de 1.811 a 14.447). También se documentó la asociación con óbitos y trauma abdominal. De ello, se concluye que la violencia familiar durante el embarazo incrementa significativamente la probabilidad de nacimientos de bajo peso, óbitos, trauma abdominal y toxicomanías. ⁽⁶⁾

2.3.9. El estudio “Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido” realizado por Pérez-Rodríguez, M.; López-Navarrete, G.; León-López, A. Se pretendió proporcionar información actualizada sobre este tópico a la comunidad médica y paramédica que atiende al binomio madre-hijo durante la gestación, en México. Para ello, fue necesario considerar cinco vertientes del fenómeno: Violencia familiar, de la cual las mujeres fueron las afectadas en el 72% y sus parejas fueron los agresores. La violencia contra la mujer que como un patrón de coacción y control, que incluye la agresión física, sexual, emocional o combinación de ellos y amenazas contra una mujer, por su pareja o ex –pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo; el abuso fetal; definido como todo acto intencional o de negligencia, que afecte al producto en alguna etapa de su desarrollo, por cualquier persona que tenga injerencia en el embarazo; este hecho puede deberse a factores culturales, sociales, políticos o legales algunos factores maternos asociados al maltrato fetal y la intervención del personal de salud. Los efectos de la violencia ejercida contra las mujeres son variados; dependen del momento de gestación, el tipo de maltrato, frecuencia y tiempo de exposición ⁽³⁶⁾

2.3.10. Se realizó este estudio por los doctores Espinoza, H; Hernández, Hernández Lourdes campero, Dilys Walker, Sofía Reynoso, Ana Langer “La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México”. Cuyo objetivo fue desarrollar un procedimiento para investigar las muertes de mujeres embarazadas, o puérperas y determinar si estuvieron o no asociadas con la práctica de abortos inseguros o con violencia doméstica. El estudio se realizó en el estado de Morelos y el municipio de Nezahualcóyotl. A través del registro epidemiológico de muertes se identificaron los decesos de mujeres en edad reproductiva (12-50 años) del 2001 en ambas localidades. El procedimiento del estudio comenzaba con la clasificación de certificados de defunción. De los criterios elegidos, un certificado se consideraba como un caso de muerte

materna establecida o posible. A partir de estos casos se conseguía información de los familiares o amigos de la fallecida usando la técnica de autopsia verbal, y cuando estaban disponibles, se obtenía información de los expedientes clínicos y los informes forenses. ⁽³⁷⁾

2.3.11. Sobrino, M. en su tesis “Prevalencia y características de la violencia intrafamiliar en gestantes usuarias del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco (Perú), septiembre 2006-marzo 2007”, la autora pretende determinar la prevalencia y cuáles son las características de la Violencia Doméstica en mujeres gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo septiembre 2006 – marzo 2007. Para ello se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo cuya población está conformada por la totalidad de gestantes usuarias de los Servicios de Salud del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco durante el periodo septiembre 2006 – marzo 2007, recolectándose datos desde el área de estadística y archivo de historias clínicas del Hospital. Se concluyó que 17% de las mujeres gestantes experimentó violencia doméstica en cualquiera de sus formas, en su mayoría de más de 35 años de edad (44%), convivientes, de educación secundaria (42%), entre las semanas 9-20 de gestación (52%), además como complicación el 26% presentaron aborto como consecuencia clínica de la violencia sufrida, con un 63% dentro de este grupo con aborto provocado. Un 61% de los agresores fueron las propias parejas de éstas, 45% de los casos las agresiones fueron cometidas por personas en estado de ebriedad. La violencia física se dio en un 43%, la violencia psicológica en un 36% y la sexual en un 15% de los casos. Y un 6% de mujeres violentadas refirió que al personal de salud no le interesa el tema de violencia doméstica durante sus entrevistas con ellos. ⁽³⁸⁾

2.3.12. En el estudio de los autores Estefó, S.; Mendoza-Parra, S.; Sáez, K.; “Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile” se trató de describir el perfil de las mujeres adscritas al Programa de Violencia, Punta Arenas, Chile, y que han presentado violencia física durante la gestación. Se realizó un estudio de abordaje cuantitativo, con diseño descriptivo y retrospectivo. Se entrevistó a 59 mujeres, utilizando el Instrumento de la OMS sobre la violencia contra las mujeres Versión 9.1 para Chile modificado. Se encontró una

prevalencia de violencia durante el embarazo del 28,8%. En su mayoría el agresor fue la pareja y el 52,9% declaró que los golpes o patadas fueron en el abdomen. El 100% presentó violencia psicológica, física leve y grave y 70,6% violencia sexual. El 58,8% tenía entre 15 a 29 años al momento de vivenciar la violencia, el 35,5% completó la enseñanza media, de religión católica, trabajan fuera del hogar, convivían, tenían tres o más hijos y con estrato socioeconómico medio y medio bajo. Las manifestaciones de violencia que se relacionaron con violencia física en el embarazo fueron la presencia de manifestaciones de violencia física leve: abofeteado o tirado cosas que pudieran hierla ($p=0,000$) y violencia física grave: golpeado con su puño u otra cosa que pudiera hierla ($p=0,006$), pateado, arrastrado o dado una golpiza ($p=0,004$), estrangularla a propósito ($p=0,010$), presencia de lesiones ($p=0,048$). Los factores que se relacionaron con la presencia de violencia física en el embarazo fueron el nivel educacional de la pareja ($p=0,047$), condición laboral de la mujer ($p=0,018$) y antecedentes de peleas físicas en la pareja con otros hombres ($p=0,046$).⁽³⁹⁾

2.3.13. Los autores, Villaseñor, M.; Laureano, J.; Mejía, M.; Valadez, I.; Márquez, J y González, J. en el estudio “Mujeres violentadas durante el embarazo y el parto: experiencias de parteras en Jalisco, México” investigan la experiencia y perspectiva de las parteras con mujeres violentadas durante el embarazo y el parto en Jalisco, México. Para ello se llevó a cabo un estudio cualitativo en zona rural de Jalisco, México, entre mayo y octubre de 2011 con un grupo de 24 parteras, mediante una entrevista individual, se utiliza la modalidad de historia de vida pautada y la asamblea participativa regional como técnicas de indagación; posteriormente, los discursos fueron analizados bajo el modelo actancial semiótico. De este estudio, se señala al binomio violencia - embarazo como factor de riesgo para presentar problemas obstétricos, siendo la violencia física la de mayor frecuencia y a la pareja como principal agresor.⁽⁴⁰⁾

2.3.14. Oliveira, M., y col. en su publicación “Violencia en el embarazo: un relato de la experiencia del programa “Educação Pelo Trabalho Para a Saúde - PET-SAÚDE” trataron de caracterizar y describir la propuesta de intervención sobre la violencia en gestantes en la Estrategia “Saúde da Família - ESF”. Se realizó un estudio mixto de corte transversal y de relato de experiencia del PET-Saúde. La población conformada

por 28 profesionales y 96 gestantes en tres unidades de la ESF del Recife, de diciembre del 2013 hasta marzo del 2014. La recolección de los datos se realizó mediante el uso de un cuestionario estructurado, validado para el Brasil, y observación participante. Se utilizó una estadística descriptiva para la construcción de coeficientes y razón de prevalencia. La intervención constó de visitas a instituciones o sectores participantes de la Red de Enfrentamiento contra la Violencia, para la co-construcción de fluxograma de atención.

Los resultados fueron que las gestantes presentaron características de una edad promedio de 24 años, con 10 años de estudios, desempleadas, en familias nucleares, con algún tipo de violencia doméstica (49%), siendo la de tipo psicológica más frecuente. En cuanto al aborto fue 3 veces mayor entre mujeres violentadas. Las dificultades identificadas en la asistencia ofrecida en el ESF se vinculan a la inexistencia o inadecuada identificación de casos y flujos de atención y en la desarticulación de los componentes de la red. ⁽⁴¹⁾

2.3.15. En el estudio “La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica” los autores, Núñez-Rivas H.; Monge-Rojas R.; Gríos-Dávila C.; Elizondo-Ureña A.; Rojas-Chavarría A., propusieron determinar la prevalencia de la violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo y su asociación con el bajo peso al nacer. Para ello, se investigó la violencia sufrida por 118 embarazadas de la comunidad urbana marginal Finca San Juan, de Rincón Grande de Pavas, ubicado en San José, Costa Rica, que dieron a luz entre septiembre de 1998 y noviembre de 1999. Para ello se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas previamente validado. Mediante un modelo de regresión lineal múltiple se ajustaron las diferencias entre las medias del peso de los recién nacidos según las características de la madre como edad, años de estudio, condición conyugal, deseo del embarazo, hábitos nocivos, número de embarazos y partos previos, intervalo intergenésico, estatura, aumento total de peso durante el embarazo y enfermedades durante la gestación. Se utilizó un modelo de regresión logística para poder medir el efecto directo de la violencia sobre el bajo peso al nacer, así como un método no paramétrico para calcular la fracción atribuible en mujeres expuestas. De este estudio se encontró que los hijos de madres que sufrieron actos de violencia pesaron como promedio 449,4

g menos ($P < 0,001$) que los de las mujeres que no habían estado expuestas a algún acto de violencia. Las primeras presentaron un riesgo tres veces mayor de tener hijos con bajo peso al nacer que las segundas (IC95%: 1,39 a 8,10). ⁽⁴²⁾

2.3.16. Los autores mexicanos del estudio “Factores asociados al maltrato durante el embarazo” se realizó un estudio prospectivo, transversal, analítico, comparativo, entrevistas estructuradas, en mujeres embarazadas de la ciudad de Oaxaca en México, con el fin de detectar los factores asociados al maltrato, en embarazadas de tres grupos sociales, como factor de riesgo a la salud. Para hallar la muestra a estudiar se realizó un muestreo no paramétrico al azar, se calculó la muestra en 147: de la clase baja 84, de clase media 43 y de la clase alta 20, en busca del maltrato en todos sus aspectos. Tomándose como variables la clase social, la violencia emocional, económica, sexual, física, estado de salud, acceso a los servicios de salud y planeación del embarazo. Para el valor estadístico se utilizó el programa SPSS aplicándose una prueba de correlación bivariada de Pearson de asociación lineal entre dos variables. Entre los resultados que se encontró fue que la violencia emocional ocurrió en 76 casos (51.7%), la violencia económica en 95 (64.6%), la violencia sexual en 14 (9.5%), la violencia física en 81 (55.1%), el acceso a los servicios de salud: al IMSS 57 casos (38.8%), ISSSTE 12 (8.2%), privado 20 (13.6%), SSA 28 (19.0%), sin servicios 57 (38.8%). Fueron planeados 41 (27.9%). La comparación entre violencia emocional y estado de salud, violencia económica y estado de salud, violencia sexual y violencia física todas fueron significativas. De igual forma el estado de salud y el acceso a los servicios de salud. Solo la planeación del embarazo no fue significativa (NS). Se concluye de este estudio que las gestantes con mayor riesgo son aquellas que reciben más maltrato físico y emocional, económico y sexual. ⁽⁴³⁾

2.3.17. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo utilizando historias clínicas seleccionadas al azar de las mujeres en las que se reportan una historia de violencia y mujeres pareja sin antecedentes de violencia en la pareja en el momento de la planificación familiar o en citas por causa de aborto. Se utilizó 6.564 por cada grupo. Se analizó la historia de vida de la pareja agresora y la posibilidad de presentar el aborto y el número de aborto involuntario y los problemas de control de embarazo. Para comparar mejor el momento, se analiza una submuestra

de 2.186 mujeres denunciaron la violencia en el momento contra las que no, en el momento de una cita por aborto para las diferencias en la edad gestacional, elección de manejo médico frente al quirúrgico, y el retorno para el seguimiento.

Después del seguimiento por años en las características de riesgo y demográficos, las mujeres con antecedentes de violencia por sus parejas; se encontró que no eran más propensas a haber tenido algún aborto, pero eran más propensas a tener problemas con el control de la natalidad, a los abortos de repetición y abortos involuntarios que las mujeres sin antecedentes de violencia. Las mujeres que presentaron violencia reciente por la pareja también eran más propensas a estar recibiendo un aborto a una edad gestacional más tarde.

No se encontraron diferencias entre los grupos que se abortó visita de seguimiento o de la elección de la cirugía en comparación con tratamiento médico. Los hallazgos de este estudio apoyaron la detección de la influencia de la violencia de pareja en la salud reproductiva y la planificación de la seguridad relacionada.

- 2.3.18 En un estudio realizado en Tanzania, cuyo objetivo fue investigar la medida en que la violencia de pareja física y / o sexual se asocia con el aborto inducido y la pérdida del embarazo por otras causas y comparar esta con otros factores más comúnmente reconocidos.

En este estudio se analizaron los datos de la sección sobre Tanzania del Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica, un estudio transversal basado en la población de mujeres en edad reproductiva en Dar es Salaam y Mbeya, en Tanzania, llevado a cabo entre 2001 y 2002. Todas las mujeres que respondieron positivamente a al menos una de las preguntas sobre actos específicos de violencia física o sexual por su pareja hacia ella en cualquier momento de su vida se considera que han sufrido violencia de pareja.

El antecedente de violencia física y / o sexual se informó en un 41% y el 56% de las mujeres que alguna vez estuvieron embarazadas en Dar es Salaam y Mbeya respectivamente. Entre las mujeres, alguna vez embarazadas alguna vez, el 23% de pérdida experimentado el embarazo involuntario, mientras que el 7% informó el aborto inducido. Incluso después de ajustar

por otros factores explicativos, las mujeres que han experimentado violencia en la pareja fueron (IC del 95%: 1.06,1.60) 1,6 veces más propensos a reportar una pérdida de embarazo y 1,9 veces (IC del 95%: 1.30,2.89) más propensos a presentar un aborto inducido. La violencia en la pareja tuvo una mayor influencia en el aborto inducido y pérdida del embarazo que la edad de la mujer, la situación socioeconómica, y el número de hijos nacidos vivos. ⁽⁴⁵⁾

2.3.19. En el estudio “Actores Que Determinan La Decisión De Abortar En Mujeres Con Antecedentes De Aborto Provocado – Instituto Especializado Materno Perinatal – 2004” cuyo objetivo fue determinar la asociación de ciertos factores en la decisión del aborto en pacientes con antecedente de aborto provocado. Es un estudio retrospectivo, transversal, correlacional realizado en el Instituto Especializado Materno Perinatal (mayo - Julio del 2004). Se estudió los factores familia, pareja, económico, personal y reproductivo en la decisión del aborto provocado en mujeres con este antecedente. Se aplicó entrevistas probabilísticas por conveniencia a 117 mujeres (95% de confianza y error ± 5). De ello el 81.2% presentaron un sólo factor (32% fue el factor de pareja, 27%, factor familia) 17.1% dos factores, y 1.7% tres factores. El 36.8% fue determinado por el factor pareja, 35% por el factor familia, 23% por el factor personal, 11.1% por el factor económico y por el 10.3% el factor reproductivo. En la decisión del aborto provocado, el factor económico es 25 veces más probable con tres factores (OR: 25.14 IC95% 1.48-811.2). El factor familia es 8 veces más probable y (OR: 8.4 IC95% 2.5-29.86) y el factor de pareja (mala relación, el abandono de la pareja) es 6 veces más probable con dos factores (OR: 6.1 IC95% 1.61-16.35), todos estadísticamente significativos ($p < 0.05$). Los factores reproductivos y personales no fueron significativos. ⁽⁴⁶⁾

2.3.20. En el estudio “Motivos de realización de un aborto en adolescentes cubanas” se buscaba identificar los principales motivos que llevaron a la realización de un aborto en adolescentes cubanas. Consistió en un estudio descriptivo transversal, en pacientes con aborto, asistido en el Servicio de Legrado del Hospital Universitario Mártires de Mayarí (Cuba), durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2013. El universo ascendió a 651 pacientes que acudieron al servicio de aborto; la muestra quedó conformada por 225 casos en las edades comprendidas entre los 10 y 18 años. el 55,3 % de las

pacientes se encontró en el grupo de edad de 14 a 16 años. Se constató predominio de las causas psicogénicas y, dentro de ellas, las más frecuentes fueron la violencia familiar 64%, seguido de divorcio y conflicto familiar con 21% y 18,4%, respectivamente. ⁽⁴⁷⁾

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño general de estudio

Se trata de un estudio no experimental, ya que no se manipula ninguna de las indicadas variables; descriptivo, porque permite solamente describir un fenómeno ya dado a través del estudio de las variables de estudio; y de diseño transversal, busca estudiar las variables de estudio en una muestra medida en un momento con un enfoque cuantitativo. Se obtendrán los datos mediante encuestas utilizadas por el INEI a las pacientes entre 15 y 49 años con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en noviembre del año 2015.

3.2 Definición operacional

3.2.1 Operacionalización de variables:

3.2.1.1. Edad:

Denominación	Edad
Tipo	Independiente
Naturaleza de la variable	Cuantitativa
Escala de Medición	De razón
Indicador	Fecha de nacimiento
Tipo de respuesta	Politómica
Unidad de medida	Encuesta
Instrumento	Historia clínica
Dimensión	Unidimensional
Definición operacional	Años de edad cumplidos con los que cuentan por los sujetos de estudio
Definición conceptual	Tiempo de vida expresado en años

3.2.1.2. Grado de instrucción:

Denominación	Grado de instrucción
Tipo	Independiente

Naturaleza de la variable	Cualitativa
Escala de Medición	Ordinal
Indicador	Grado de estudio cursado
Tipo de respuesta	Politómica
Unidad de medida	Grado de instrucción: analfabeto, primaria, secundaria, técnico superior, superior.
Instrumento	Encuesta
Dimensión	Unidimensional
Definición operacional	Grados de estudios cumplidos
Definición conceptual	Escolaridad de los sujetos de estudio: analfabeto, primaria, secundaria, técnico superior, superior; según corresponda a cada sujeto de estudio

3.2.1.3. Estado laboral

Denominación	Estado laboral
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Referencia verbal
Tipo de respuesta	Dicotómica
Unidad de medida	-
Instrumento	Encuesta
Dimensión	Unidimensional
Definición operacional	Estado laboral indicado por mujer
Definición conceptual	Actividad remunerada o no a la que se le dedica mayor atención y/o tiempo del día.

3.2.1.4. Ingesta de alcohol

Denominación	Consumo de alcohol
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa

Escala de Medición	Nominal
Indicador	Consumo de alcohol
Tipo de respuesta	Dicotómica
Unidad de medida	-
Instrumento	Encuesta
Dimensión	Unidimensional
Definición operacional	Consumo de alcohol de la pareja referido por la mujer
Definición conceptual	El consumo de bebidas alcohólicas

3.2.1.5. Aborto:

Denominación	Aborto
Tipo	Dependiente
Naturaleza	Cuantitativa
Medición	Nominal
Indicador	Diagnóstico de aborto
Tipo de respuesta	Dicotómica
Unidad de medida	-
Instrumento	Historia clínica
Dimensión	Unidimensional
Definición operacional	Diagnóstico
Definición conceptual	Contar con el diagnostico de aborto según CIE-10

3.2.1.4. Violencia:

Denominación	Violencia
Tipo	Independiente
Naturaleza	Cualitativa
Medición	Nominal
Indicador	Tipo de violencia
Tipo de respuesta	Politómica
Unidad de medida	-
Instrumento	Encuesta
Dimensión	Unidimensional
Definición operacional	Tipos de violencia: física, psicológica y sexual.
Definición conceptual	Violencia física, psicológica y/o sexual que sufre una mujer gestante

3.3 Universo de estudio

Pacientes mujeres entre 15 y 49 años con diagnóstico de aborto atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en octubre de 2015.

3.3.1. Unidad de análisis

La población está conformada por las mujeres diagnosticadas de aborto del Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el noviembre 2015, y que cumple con los criterios de inclusión.

3.3.2. Tamaño muestral

La selección de la muestra fue por conveniencia y fue compuesto por pacientes diagnosticadas de aborto del Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el mes de noviembre del 2015, que cumplan los criterios de inclusión.

3.3.3. Método de muestreo

El tipo de muestreo corresponde a uno no probabilístico y por conveniencia, ya que se tomará a la totalidad de mujeres diagnosticadas de aborto del Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el noviembre del 2015.

3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

3.4.1. Criterios de inclusión

Mujeres en edad fértil (15-49 años).
Mujeres con diagnóstico de aborto.
Mujeres que deseen participar.
Encuestas completas.

3.4.2. Criterios de exclusión

Paciente que no deseen realizar la encuesta.
Encuestas incompletas.
Pacientes que presentan comorbilidad.

3.5 Procedimiento para la Colección de Información

Se acudirá a servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue para realización de encuesta a pacientes

diagnosticadas de aborto que están al alta médica, previo consentimiento informado sobre la encuesta.

3.6 Instrumentos a utilizar y método para el Control de la Calidad de Datos

Para obtener los datos de las pacientes se utilizará una ficha de datos y para conseguir información. Sobre la posible presencia de violencia se utilizará Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2008) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) validado la misma entidad.

3.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación con seres humanos

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

3.8 Análisis de Resultados

3.8.1. Técnica de análisis de datos y programas a utilizar para análisis de datos

Se elaboró convenientemente una base de datos en el sistema SPSS versión 23.0, para el entorno Windows 10, donde será vaciada la información a fin de obtener las medidas de cada variable de estudio, así como sus respectivas tablas y gráficos.

El análisis descriptivo (univariado) se realizó con medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) de acuerdo a la distribución de los datos. En el análisis bivariado se evaluó la asociación entre variables dependientes e independientes mediante las pruebas de chi cuadrado, significativo con $p < 0.05$.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla N^o 1

Características socio - demográficas en las pacientes diagnosticadas de aborto que son atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015

Edad de mujeres	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)	Porcentaje acumulado (%)
<= 25	32	57,1	57,1	57,1
26 – 35	24	42,9	42,9	100,0
Total	56	100,0	100,0	
Grado de instrucción de la mujer				
Primaria	6	10,7	10,7	10,7
Secundaria	38	67,9	67,9	78,6
técnico superior	9	16,1	16,1	94,6
Superior	3	5,4	5,4	100,0
Total	56	100,0	100,0	
Estado laboral				
Si trabaja	29	51,8		51,8
No trabaja	27	48,2		100,0
Total	56	100,0		

	N	Mínimo	Máximo	Media	Std. Deviación	Varianza
edad de la mujer	56	18	34	25,02	3,943	15,545

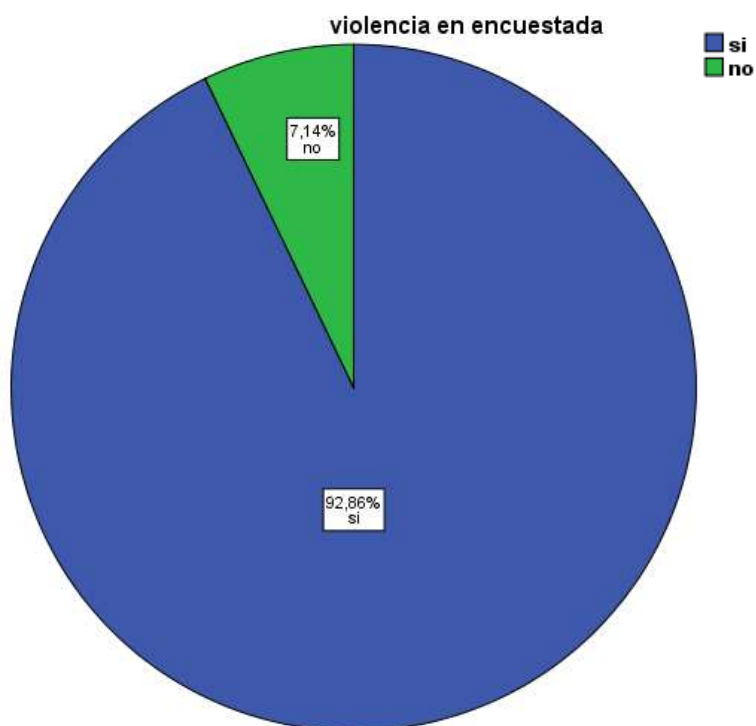
La edad más frecuente de la población es menor de 25 años (57,1%), siendo la media 25.02 (18-34).

El grado de instrucción más frecuente es secundaria, 67.9%.

Del total del grupo estudiado de mujeres se encuentra que un 51,79% estaba laborando.

Gráfico N^o1

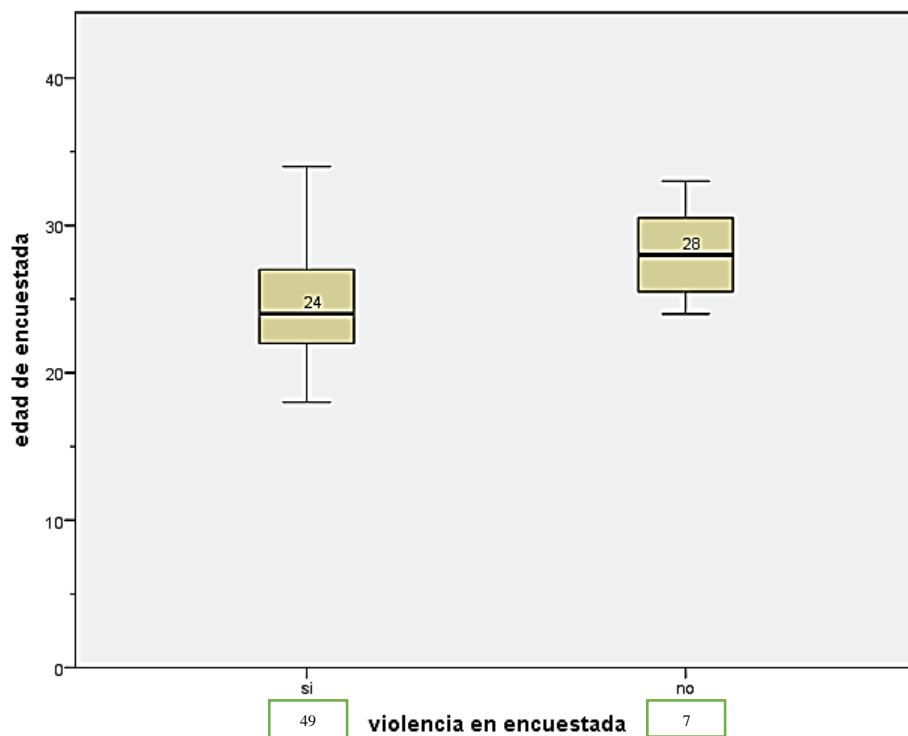
Frecuencia de violencia en las pacientes diagnosticadas de aborto que son atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015.



En el gráfico N° 1 se encuentra que se presenta violencia en un 92.86% de los casos.

Gráfico N° 2

Distribución de la edad en las pacientes diagnosticadas de aborto que son atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015



En el gráfico N° 1 puede observarse que la mediana de la edad es menor en las mujeres con diagnóstico de aborto que han presentado violencia (24 años).

Tabla N°2

Edad y violencia en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015.

edad de mujeres		violencia en mujeres		Total
		Si	no	
<= 25	Recuento	30	2	32
	% dentro de edad	93,8%	6,3%	100,0%
	% dentro de violencia	61,2%	28,6%	57,1%
26 – 35	Recuento	19	5	24
	% dentro de edad	79,2%	20,8%	100,0%
	% dentro de violencia	38,8%	71,4%	42,9%
Total	Recuento	49	7	56
	% dentro de edad	87,5%	12,5%	100,0%
	% dentro de violencia	100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,667 ^a	1	,102		
Corrección de continuidad	1,500	1	,221		
Razón de verosimilitud	2,672	1	,102		
Prueba exacta de Fisher				,125	,111
Asociación lineal por lineal	2,619	1	,106		
N de casos válidos	56				

En la tabla N°4 no hay asociación entre la edad y la presencia de violencia en mujeres con diagnóstico de aborto.

Tabla N°3

Frecuencia de tipos de violencia en pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015.

Tipo de Violencia	Numero	Porcentaje (%)	Porcentaje de Casos (%)
Psicológica	52	70.30	92.90
Física	18	24.30	32.10
Sexual	0	0.00	0.00
Ninguno	4	5.40	7.10
Total	74	100.00	132.10

En la tabla N°3 se encuentra que la violencia de tipo psicológica fue la más frecuente (70.3%), seguido por la violencia física (24.3%), sumando entre ambas 94.6% de la población estudiada. Un 5.4% de la población no se identifica algún tipo de violencia.

Tabla N°4

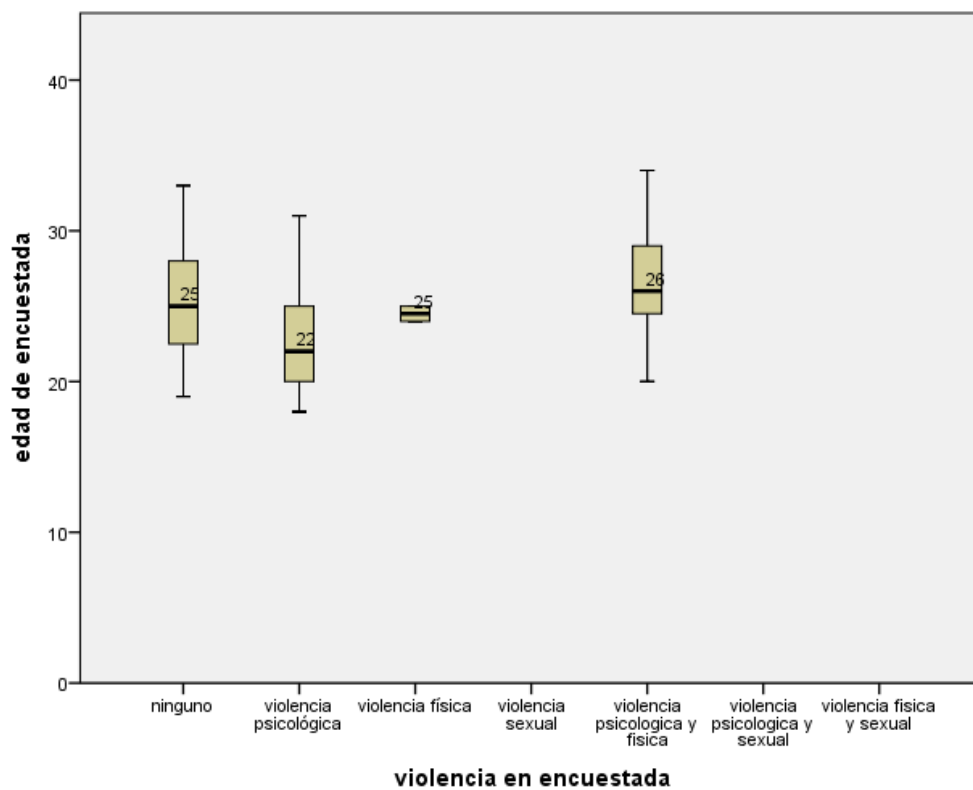
Agresores frecuentes en las pacientes diagnosticadas de aborto que son atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015.

Agresor	Numero	Porcentaje (%)	Porcentaje de casos (%)
Esposo/ compañero	52	73,2%	92,9%
Madre	9	12,7%	16,1%
Padre	5	7,0%	8,9%
Padrastro	1	1,4%	1,8%
Ninguno	4	5,6%	7,1%
Otros	0	0%	0%
Total	71	100,0%	126,8%

En la tabla N°4 con respecto al agente productor de violencia, el esposo/ compañero es el más frecuente 73.2%, seguido de la madre, 12.7%.

Gráfico N° 3

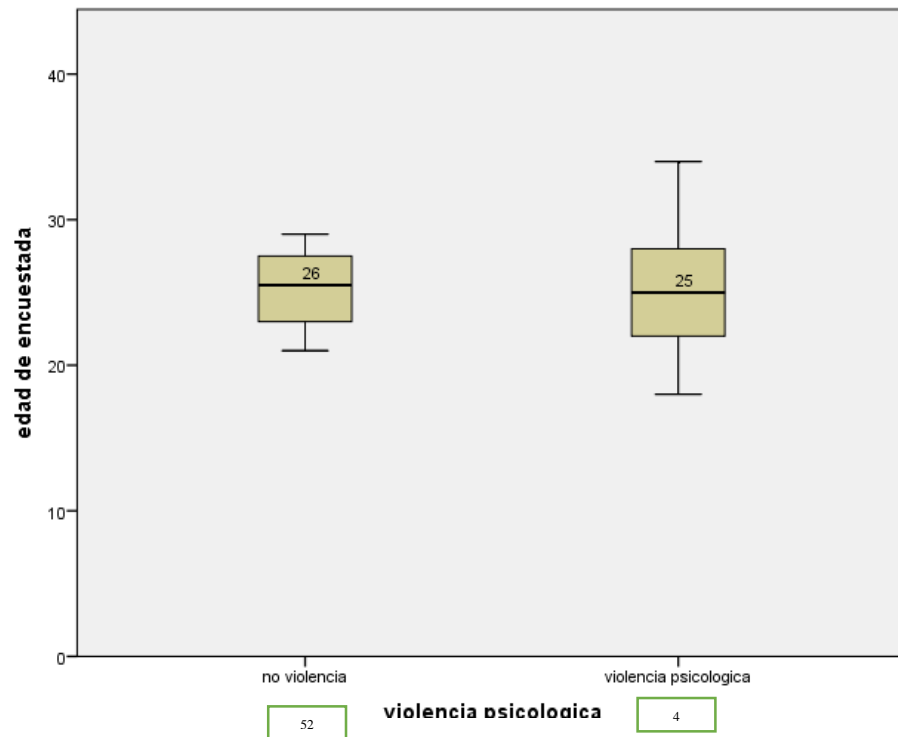
Distribución de edad y tipos de violencia en pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015.



En el gráfico N°3, se observa que la presencia de solo violencia psicológica se manifiesta frecuentemente en tempranas edades. (22 años).

Gráfico N° 4

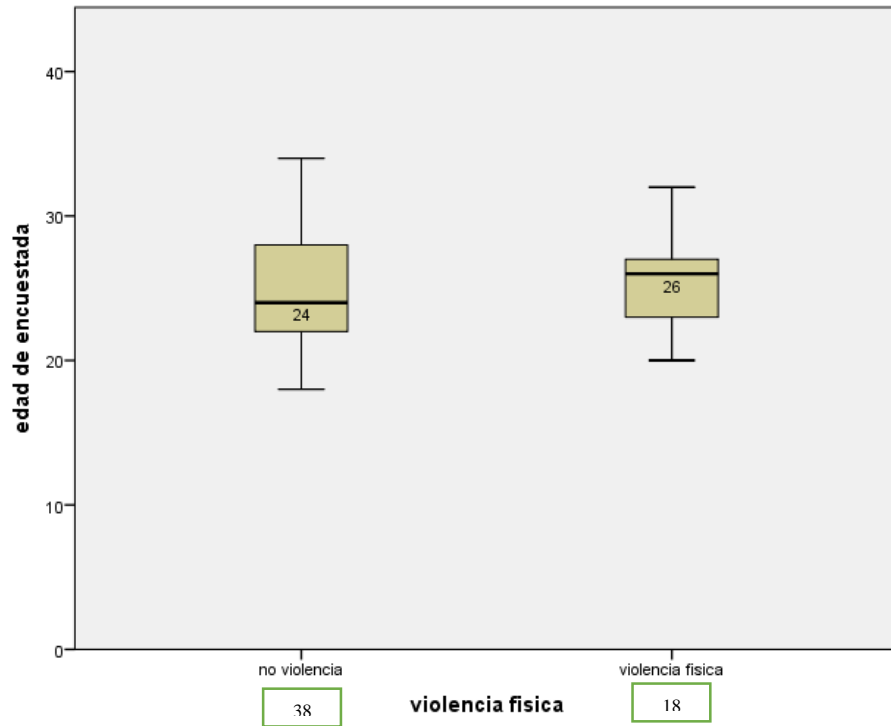
Distribución edad y violencia psicológica en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015



En el gráfico N° 4 se observa que las mujeres, quienes presentaron violencia psicológica presenta mayor dispersión con un promedio de edad menor que en el otro grupo que no se encontró violencia.

Gráfico N° 5

Distribución de edad y violencia física en pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015.



En el gráfico N° 5 se observa que las encuestas en las que no se reportaron violencia de tipo física presenta una mayor dispersión, pero con una media de edad menor (24 años) que en el caso del grupo de las mujeres que se reporta violencia física.

Tabla N^a 5

Tabla de grado de instrucción y violencia en pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015.

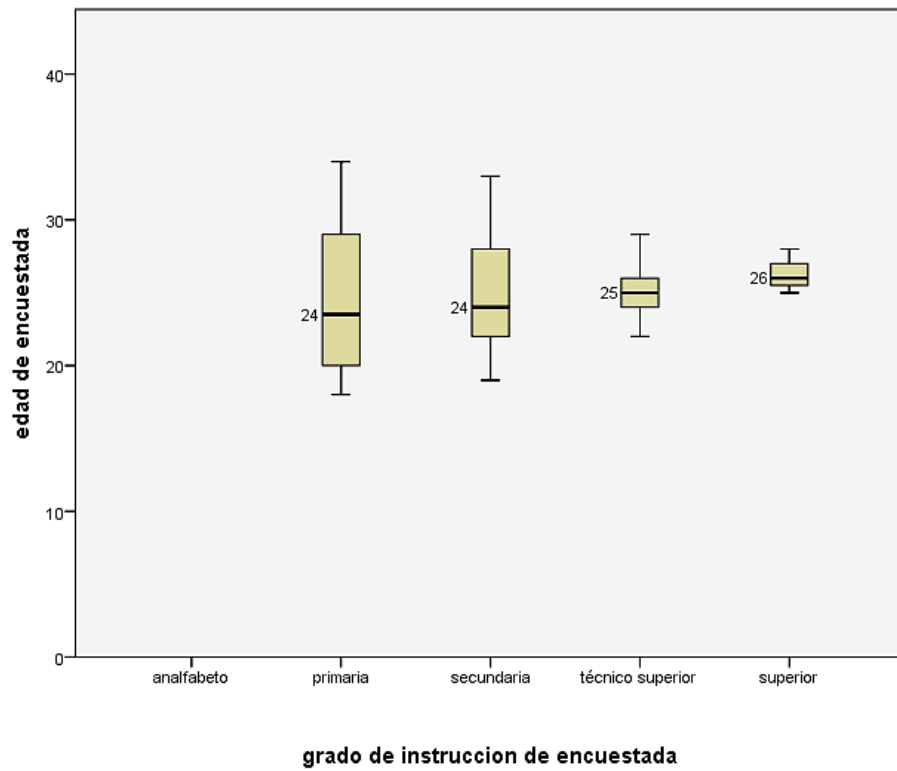
Grado de instrucción		violencia en mujeres		Total
		si	no	
no superior	Recuento	42	2	44
	% dentro de grado instrucción	95.5%	4.5%	100.0%
	% dentro de violencia	85.7%	28.6%	78.6%
	% del total	75.0%	3.6%	78.6%
superior	Recuento	7	5	12
	% dentro de grado instrucción	58.3%	41.7%	100.0%
	% dentro de violencia	14.3%	71.4%	21.4%
	% del total	12.5%	8.9%	21.4%
Total	Recuento	49	7	56
	% dentro de grado instrucción	87.5%	12.5%	100.0%
	% dentro de violencia	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	87.5%	12.5%	100.0%

	Valor	GI	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,879 ^a	1	.001		
Corrección de continuidad ^b	8.727	1	.003		
Razón de verosimilitud	9.626	1	.002		
Prueba exacta de Fisher				.003	.003
Asociación lineal por lineal	11.667	1	.001		
N de casos válidos	56				

En la tabla N°5 se observa que hay asociación entre el grado de instrucción y la violencia en mujeres con diagnóstico de aborto. (<0.05)

Gráfico N° 6

Distribución de edad y grado de instrucción en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015.



En el gráfico N°6 las que tenían un grado de instrucción bajo (primaria y secundaria) eran frecuentes en menores edades. (24 años)

Tabla N^a 6

Estado laboral y violencia en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015.

		violencia en mujeres		Total	
		si	no		
estado laboral de mujeres		Recuento	24	5	29
	si	% estado laboral	82,8%	17,2%	100,0%
		% violencia	49,0%	71,4%	51,8%
		% del total	42,9%	8,9%	51,8%
	no	Recuento	25	2	27
		% estado laboral	92,6%	7,4%	100,0%
% violencia		51,0%	28,6%	48,2%	
	% del total	44,6%	3,6%	48,2%	
Total		Recuento	49	7	56
		% estado laboral	87,5%	12,5%	100,0%
		% violencia	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	87,5%	12,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,236 ^a	1	,266		
Corrección de continuidad	,501	1	,479		
Razón de verosimilitud	1,277	1	,258		
Prueba exacta de Fisher				,424	,242
Asociación lineal por lineal	1,214	1	,271		
N de casos válidos	56				

En esta tabla No. 6 se muestra que las variables de violencia y el estado laboral de las encuestadas no están asociadas. (>0.05)

Gráfico N° 7

Distribución de la edad y el estado laboral en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015.

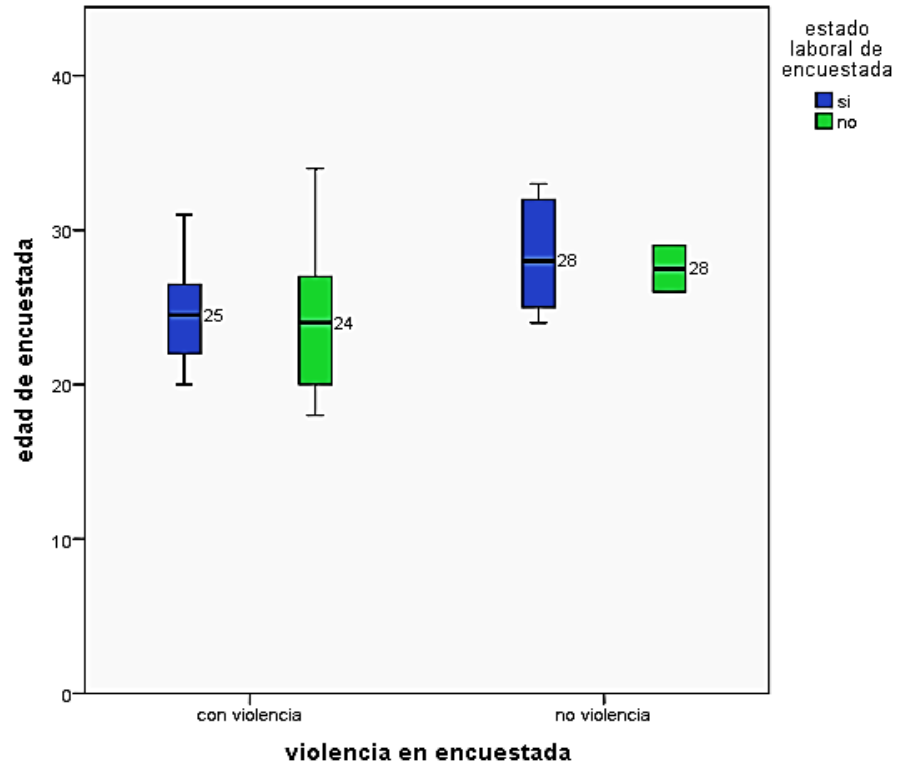


Tabla N^a 7

Ingesta de alcohol de la pareja y violencia en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015

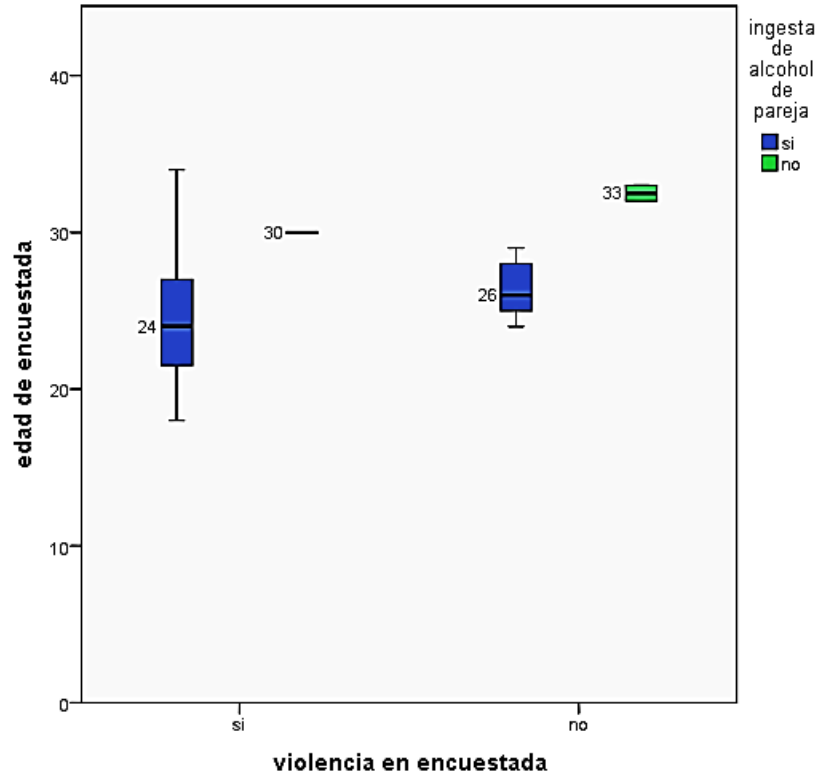
Ingesta de alcohol en la pareja		violencia en mujeres		
		Si	No	Total
Si	Recuento	48	5	53
	% ingesta de alcohol de pareja	90,6%	9,4%	100,0%
	% violencia	98,0%	71,4%	94,6%
	% del total	85,7%	8,9%	94,6%
	Recuento	1	2	3
No	% ingesta de alcohol de pareja	33,3%	66,7%	100,0%
	% violencia	2,0%	28,6%	5,4%
	% del total	1,8%	3,6%	5,4%
	Recuento	49	7	56
Total	% ingesta de alcohol de pareja	87,5%	12,5%	100,0%
	% violencia	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	87,5%	12,5%	100,0%

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,503 ^a	1	,004		
Corrección de continuidad ^b	4,075	1	,044		
Razón de verosimilitud	5,258	1	,022		
Prueba exacta de Fisher				,038	,038
Asociación lineal por lineal	8,351	1	,004		
N de casos válidos	56				

En la tabla No. 7 se aprecia que la ingesta de alcohol en la pareja se asocia a la violencia. (<0.05)

Gráfico N°8

Distribución de edad e ingesta de alcohol por la pareja en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015



En el gráfico N°8 se observa que en el caso de la ingesta de alcohol por las parejas es más frecuente en menores edades. (24 años)

Tabla N° 8

Estado de embriaguez y violencia en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015.

Estado de embriaguez		violencia en mujeres		Total
		si	no	
Embriaguez	Recuento	32	3	35
	% dentro de estado de embriaguez	91,4%	8,6%	100,0%
	% dentro de violencia	65,3%	42,9%	62,5%
	% del total	57,1%	5,4%	62,5%
No Embriaguez	Recuento	17	4	21
	% dentro de estado de embriaguez	81,0%	19,0%	100,0%
	% dentro de violencia	34,7%	57,1%	37,5%
	% del total	30,4%	7,1%	37,5%
Total	Recuento	49	7	56
	% dentro de estado de embriaguez	87,5%	12,5%	100,0%
	% dentro de violencia	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	87,5%	12,5%	100,0%

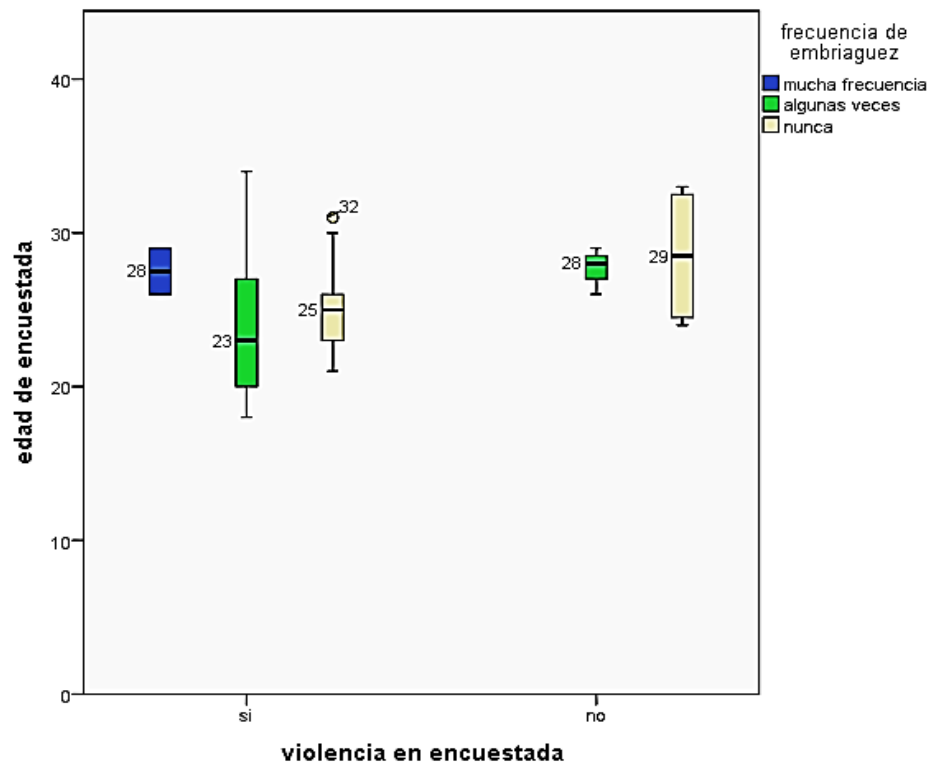
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,317 ^a	1	,251		
Corrección de continuidad ^b	,533	1	,465		
Razón de verosimilitud	1,272	1	,259		
Prueba exacta de Fisher				,406	,230
Asociación lineal por lineal	1,293	1	,255		
N de casos válidos	56				

En la tabla N°8 se encuentra que entre el estado de embriaguez y la violencia en mujeres con diagnóstico de aborto no hay asociación. (>0.05)

Gráfico N°9

Distribución de la edad y estado de embriaguez por la pareja en mujeres con diagnóstico de aborto atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre del 2015.



4.2 DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue estudiar la violencia en el caso de las mujeres que presentaron el diagnóstico de aborto por la que fueron hospitalizadas en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el mes de noviembre del 2015.

A 56 mujeres se les realizó una encuesta utilizada y validada previamente por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Para ellos se utilizó la sección de Violencia Doméstica con el fin de detectar alguna manifestación de violencia en estas mujeres y así determinar la asociación de ésta con el diagnóstico aborto.

En cuanto a la presencia de violencia en las mujeres se encontró que en un 83,92 % (49 participantes) de las mujeres se presenta alguna manifestación de violencia.

En un estudio realizado por Diniz y col. (2011) se sugiere una asociación entre la presencia de violencia doméstica y el aborto practicado al constatarse que un 88% de las mujeres entrevistadas vivieron algún episodio de violencia doméstica en algún momento de sus vidas. De ellos, refieren que un 47% la sufrieron durante la gestación actual y de ellas un 67% realizaron abortos en con secuencia de ello. Otro estudio, por parte de Oliveira, M. y col.; (2015) se refieren que en el caso de las mujeres violentadas se encontró que el aborto fue 3 veces mayor.

De la población estudiada se identificó edades entre 18 y 34 años de, presentando un promedio de edad de 25,02 años (DS= 3.9). Esto coincide con la frecuencia de edades de un estudio hecho por Diniz y col. (2011) en el que se encuentra con frecuencia mujeres los entre 19 y 24 años. Se encontró que entre la edad y la violencia no estaban asociados. Esto podría deberse a la insuficiente cantidad de mujeres que participaron y a que dependería de otros factores del entorno.

Además, se encontró que, en la mayoría, se presenta un grado de instrucción del nivel secundaria en un 67,9% del total. Entre el grado de instrucción y la presencia de violencia se halló asociación. Entre otros estudios elaborados en Brasil por Diniz y col. (2011), la mayoría de los casos presentaban nivel de educación bajo (38,8%). En nuestro país, según el trabajo de Rondon, E. (2007) se halló que el 42% de las mujeres

que presentaron episodios de violencia en su vida tenían educación secundaria y un 28% de ellas eran analfabetas. Esto posiblemente se deba a que en estas condiciones las mujeres consideran como justificado el uso de la violencia, no reconozcan sus derechos y en algunos casos el embarazo indeseado, debido al desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos, que agravarían la situación.

Al momento de las encuestas se evaluó también el estado laboral, de las cuales, se encontró que un 51,8% (29 mujeres) laboraban. De las mujeres, se evaluó el estado laboral de las mujeres que alguna vez hayan presentado algún episodio de violencia, encontrándose que no había asociación en este caso.

Esto en contraste a algunos trabajos que señalan que las mujeres que no trabajan tienen 4,76 veces más riesgo de sufrir la violencia durante la gestación. (Valenzuela, S.; 2004). Posiblemente se deba a la presencia de celos por la permanencia fuera de casa o a los estereotipos del género sobre el trabajo. Inclusive a que el caso de tener un aborto provocado se requiere de accesos y dinero ⁽⁴⁷⁾.

En lo que se refiere al tipo de violencia identificado en las mujeres, se halla que el tipo más frecuente es la violencia de tipo psicológica manifestándose en un 73% de los casos. Seguido de la violencia física con un 24,5%, una ausencia en cuanto a la violencia de tipo sexual en los casos y en un 5,4% del total no se identifica alguna manifestación de violencia.

Estos resultados coinciden con varios estudios en los que se encontraron como frecuente a la violencia de tipo psicológica, como en el estudio de Cepeda-Silva, A. y col. (2011) se evidencia que la violencia de tipo psicológica fue hallada frecuente en un 56% seguido de la violencia física en un 27%. Otro trabajo por parte de Oliveira, M. y col. (2015) describe también a la violencia de tipo psicológica como la más frecuente. Entre otros casos, como en el estudio de Estefó, S. y col., se encontró que hasta en un 100% de los casos estudiados predominó la violencia psicológica y la violencia física, y en un 70,6% la violencia de tipo sexual; que a diferencia de lo encontrado en este estudio en el que no se reportó aparentemente ninguna manifestación de violencia sexual. Probablemente se atribuya a que no se llegó a detectar a esas pacientes por la cantidad insuficiente de la población estudiada, así como posiblemente al sentir temor o vergüenza para poder describirlo.

En cuanto al agresor más frecuente que ocasionó algún episodio de violencia en las mujeres de este estudio se encontró que fue la pareja en

un 73,2% de los casos estudiados. Seguido de la madre con un 12,7% de las mujeres.

Esto concuerda con otros estudios como el que se realizó en México por Paredes-Solís, S. y col. (2005) en el que se identifica al esposo como agresor frecuente en un 75% de las veces. Según el trabajo de Collado, S. y Villanueva, L.; (2007) se encontró que el agresor más frecuente es un hombre, que antes de la gestación puede tratarse de la pareja, padre o hermanos y durante el embarazo predominantemente es la pareja. Otro trabajo realizado aquí en el Perú, en Cuzco, por Rondon, E. (2007) se encontró que en un 61% de las mujeres estudiadas, el agresor más frecuente fue la propia pareja de estas.

Esto podría estar relacionado al hecho de que se promueve la reproducción de patrones de sometimiento basados en el género por parte de la pareja ⁽¹⁷⁾. Esto reforzado por parámetros sociales de género que los mantiene y a los estereotipos en cuanto al comportamiento de mujeres y hombres. Además, se describe que podría ser al cambio de la actitud en la pareja al descubrirse el estado de embarazo, en el caso de los embarazos no deseados, lo que condicionaría la presencia de violencia en la vida de las mujeres estudiadas. ⁽³¹⁾

En cuanto al estilo de vida de las parejas de las mujeres estudiadas, se indagó en cuanto a la ingesta de alcohol por parte de ellos ya que se había descrito que el consumo de alcohol es, también, un problema social que se ha vinculado con diferentes expresiones de la violencia dentro del ámbito familiar y fuera de éste (Collado, S; 2007), aún más cuando estaban en estado de ebriedad. La asociación de por sí entre el alcoholismo y la violencia hacia la mujer se presentan de manera simultánea ya que se socialmente se toma como aceptable lo que posteriormente se da de ellos una de las consecuencias, un mayor riesgo de pérdida del embarazo.

En este trabajo se encontró que el consumo de alcohol está relacionado en los casos de mujeres en las que se reportaron violencia en un 90.6%. En relación a la frecuencia de estado de embriaguez por parte de las parejas se halló que no estaba asociado con la violencia.

En algunos trabajos se describe el consumo de alcohol de los hombres, como un factor de riesgo. (Paredes-Solís, S.; 2005). En otro estudio se describe la frecuencia de las agresiones en mujeres (45%) fueron cometidas por personas en estado de ebriedad. Probablemente en este caso se deba a la aceptación en cuanto a la frecuencia de estado de ebriedad, la cual posiblemente sea sobreestimada, así como a la percepción frente al estado de embriaguez.

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Se encontró que la frecuencia de violencia en mujeres con diagnóstico de aborto fue del 92,86%.

La edad más frecuente en la población evaluada es menor de 25 años con un 57.1%, y que la media equivale el 25.02%. Además de ello, se observó que no existe una asociación entre la edad con la presencia de violencia mujeres con diagnóstico de aborto.

Con respecto al grado de instrucción, el más frecuente fue el de secundaria, 67.9%. También, se identificó que el grado de instrucción y la violencia están asociados.

Sobre el estado laboral, el 51.79% de la población estudiada trabaja. Además, se identificó que el estado laboral y la violencia no están asociados.

Finalmente, se identificó que el tipo de violencia más frecuente es la psicológica con un 70.3%, además que el agresor más frecuente es el esposo o un compañero con un 73.2%.

En cuanto a la ingesta de alcohol, se encontró una asociación con la violencia, sin embargo, la frecuencia del estado de embriaguez no está asociada a violencia.

RECOMENDACIONES

Se presentaron limitaciones al realizarse este trabajo, durante el tiempo de recolección de datos aconteció la disminución de ingresos de este tipo de pacientes lo que limitó la cantidad. Además, hubo paciente que no desearon colaborar probablemente por temor a que se enteren sus parejas o por vergüenza, por lo que probablemente se hayan perdido casos importantes.

Por lo que se sugiere que se realice en una mayor población manteniendo los cuidados necesarios del anonimato y brindando confianza a la participante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1995. 152p. disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36997/1/9243544691_spa.pdf
2. WHO. Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive. Health used in the who regional office for Europe. World Health organization. Regional office Europe. 2001. Disponible en: <https://extranet.who.int/00iris/restricted/bitstream/10665/108284/1/E68459.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed. Martes 20 de noviembre de 2012 09:26. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2012
4. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [Consultado 10 octubre 2015]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violencia/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
5. Hijona Elósegui J. factores asociados al aborto espontaneo [Doctorado]. Universidad de Granada; 2015. Acceso: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14585/1/18661439.pdf>
6. Cepeda-Silva, Armando; Morales-Carmona, Francisco; Henales-Almaraz, María Consuelo; Méndez-Cabello, Sara. Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. Perinatol Reprod Hum 2011; 25 (2): 81-87. Recibido: 02 de junio de 2011 Aceptado: 21 de junio de 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip112d.pdf>
7. Salas Arriaga, Angela Marlene, and Diana Elisa Salvatierra Aguilera. "Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011-febrero 2012." Universidad Nacional Mayor De San Marcos, 2012. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/654/1/salas_aa.pdf
8. Hernández Carbajal, Anabel; Ríos Morales, Rubén. Prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de edad de la unidad de medicina familiar en el periodo de agosto a octubre 2012. Tesis. Universidad

- Autónoma del Estado de México. Facultad de medicina Toluca, México. 2014. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/123456789/14504>
9. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf
 10. ONU Mujeres. (2013). Elementos esenciales de planificación para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas. Recuperado de: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349315.pdf>
 11. OEA. (1994). Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Convención de Belém do Pará [Versión Adobe Reader]. Belem do Pará, Brasil. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_ConvencionBelem.pdf
 12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y sus efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. 2013 [Online], [consulta: 12 de octubre, 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
 14. Saravia, Juan Carlos; Mejía, Miriam; Becerra, Silvia; Palomino, Anita. Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados. Revista Peruana de Epidemiología, vol. 16, núm. 2, agosto, 2012, pp. 84-90 Sociedad Peruana de Epidemiología Lima, Perú. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203124632004> Fecha de consulta: 17 de octubre de 2015
 15. Asociación PIES de Occidente. Informe final de investigación sobre violencia contra las mujeres indígenas. Guatemala, Guatemala: Asociación PIES de Occidente, 2007. 67p. disponible en: http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/18333/original/Violencia_contr_a_la_mujer_maya.pdf?1301495708
 16. Salas Arriaga, Angela Marlene; Salvatierra Aguilera, Diana Elisa. Resultados maternos de la violencia intrafamiliar en gestantes adolescentes. Hospital San Juan de Lurigancho periodo diciembre 2011- febrero 2012. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. E.A.P. de Obstetricia Lima-Perú 2012. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/654/1/Salas_aa.pdf
 17. Collazo Muñoz, Grissell Jasveth. Familia de Origen y Violencia Conyugal en Mujeres. [Tesis]. Universidad de las Américas Puebla. Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades. Departamento de Psicología. Cholula, Puebla, México a 7 de mayo de 2008 Accedido desde: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mocl/collazo_m_gj/capitulo1.pdf
 18. Perú, Ley que modifica el texto único ordenado de la Ley de Protección frente a la Violencia Familiar, Ley N° 26260, y el Código Penal. Ley N° 29282.

- (Boletín de Normas Legales. “El Peruano”. N° 383929). 27 de noviembre de 2008. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/herramientas-recursos-violencia/contenedor-dgcvg-recursos/contenidos/Legislacion/Ley_29282_Modificatoria_a_Ley26260.pdf
19. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015 (PNCVHM) y sus herramientas de gestión. Publicado el 27 de marzo de 2009. Lima- Perú. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/normativas/304_PNCVHM_2009-2015.pdf
20. Cabero Roura, Lluís; Rodríguez, Saldivar. Obstetricia y medicina materno-fetal. Ed. Médica Panamericana. Capítulo 63, pág. 511-512. 2007 – 1400 paginas
21. Hurtado Pozo, José. Manual de derecho penal, parte especial; homicidio y aborto. Lima.1982. disponible en: https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/temas/t_20080528_04.pdf
22. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2010. Disponible en: <http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/gpcpoyp/III-Guias-Clinicas-en-Obstetricia-y-Perinatologia.pdf>
23. Gutiérrez, M. y Guevara, E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. Rev. peru. ginecol. obstet. [online]. 2015, 61(1) n.1 [citado 2015-10-11], pp. 57-64. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100010&lng=es&nrm=iso. ISSN 2304-5132.
24. Villamarín Granja L. “Complicaciones del legrado instrumental en pacientes con aborto incompleto y edad gestacional menor a 20 semanas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga en el periodo septiembre 2010 – agosto 2011. Universidad Técnica de Ambato; 2012 [tesis]. Ambato, Ecuador. 2012. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/6626/1/Villamar%C3%ADn%20Granja%20Luis%20Felipe.pdf>
25. Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación. Abril 2014. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/09/Gu%C3%ADa-para-la-atenci%C3%B3n-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>
26. Human Rights Watch. Derecho internacional de los derechos humanos y aborto en América Latina. En: Aportes Andinos No.15. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; Programa Andino de Derechos Humanos, enero 2006. 19 p. Disponible en: <http://pantheon.hrw.org/legacy/spanish/informes/2006/wrd0106/>
27. Blas, Doris; Rosas, Claudia. Situación del aborto en Perú. 2008. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/32>

28. CEPAL. Cuadro de Leyes sobre Aborto por países [Internet]. 1st ed. 2013 [citado 14 octubre 2015]. Disponible en: http://www.cepal.org/oig/noticias/noticias/5/50515/Cuadro_de_Leyes_sobre_aborto_por_paises.pdf
29. Código Penal promulgado por Decreto Legislativo 635, separata del diario oficial El Peruano, Lima, abril de 1991, edición oficial, p.6.
30. Paredes-Solís Sergio, Villegas-Arrizón Ascencio, Meneses-Rentería Alba, Rodríguez-Ramos Irma Esther, Reyes-De Jesús Luisa, Andersson Neil. Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2005 Oct [citado 2015 Oct 14]; 47(5): 335-341. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000500003&lng=es
31. Souza Zannety Conceição Silva do Nascimento, Diniz Normélia Maria Freire. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2011 Dec [cited 2015 Oct 08]; 20(4): 742-750. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400013>.
32. Doubova (Dubova) Svetlana Vladislavovna, Pámanes-González Verónica, Billings Deborah L, Torres-Arreola Laura del Pilar. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2007 Aug [citado 2015 Oct 08]; 41(4): 582-590. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400012>.
33. Diniz Normélia Maria Freire, Gesteira Solange Maria dos Anjos, Lopes Regina Lúcia Mendonça, Mota Rosana Santos, Pérez Bárbara Angélica Gómez, Gomes Nadirlene Pereira. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2011 Dec [citado 2015 Oct 12]; 64(6): 1010-1015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600004>.
34. Espinoza Henry. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2002 Mar [citado 2015 Oct 12]; 11(3): 148-149. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000300002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000300002>.
35. Valenzuela Pérez, Susana. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo en la mujer embarazada y su producto. Tesis de maestría. Universidad de

- Colima 2004. Disponible en:
http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Susana_Valenzuela_Perez.pdf
36. Pérez MR, López GE, Ileon A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. *Rev. Acta Pediatr Mex* 2008; 29 (5): 267-272 disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm085e.pdf>
37. Campero Lourdes, Walker Dilys, Hernández Bernardo, Espinoza Henry, Reynoso Sofía, Langer Ana. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud pública Méx [revista en la Internet]*. 2006 Ene [citado 2015 Oct 12]; 48(Suppl 2): s297-s306. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800010&lng=es
38. Rondón, Abuhadba; Evelina, Andrea. "Prevalencia y características de la violencia intrafamiliar en gestantes usuarias del Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco (septiembre 2006 – marzo 2007)." (Tesis), Universidad Internacional de Andalucía. 2011. Disponible en:
http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1463/0217_Rondon.pdf?sequence=1
39. Estefó A Silvana, Mendoza-Parra Sara, Sáez C Katia. Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile. *Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]*. 2014 Oct [citado 2015 Oct 11]; 79(5): 396-407. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000500000>
40. Villaseñor F Martha, Laureano E Jorge, Mejía M Martha L, Valadez F Isabel, Márquez A José M, González A Jaime A. Mujeres violentadas durante el embarazo y el parto: experiencias de parteras en Jalisco, México. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública [serial on the Internet]*. 2014 Aug [citado 2015 Oct 13]; 32(2): 09-16. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000200002&lng=en
41. Oliveira, M., Beltrão, A., Monteiro, M., Silva, C., Lima, A., Nascimento, M., Silva, M., Lacerda, V. Violência na gestação: um relato de experiência no programa educação pelo trabalho para a saúde - PET-SAÚDE. *Gestão e Saúde, Local de publicação*, mar. 2015. Disponible en:
<http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1326>
 >. Acceso en: 11 oct. 2015.
42. Núñez-Rivas Hilda Patricia, Monge-Rojas Rafael, Gríos-Dávila Carla, Elizondo-Ureña Ana María, Rojas-Chavarría Ana. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Rev Panam Salud Pública [Internet]*. 2003 Aug [citado 2015 Oct 13]; 14(2): 75-83. Available from:
[78](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-</p>
</div>
<div data-bbox=)

49892003000700001&lng=en.
49892003000700001.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892003000700001>

43. Sánchez-Chávez, Nora Patricia, Galván-Espinoza, Honorio, Reyes-Hernández, Ulises, Reyes-Gómez, Ulise; Reyes-Hernández, Katy. Factores Asociados al Maltrato Durante el Embarazo. Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora. Apr2013, Vol. 30 Issue 1, p8-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2013/bis131c.pdf>
44. Colarossi, L.; Dean; G. Violencia por la pareja y características del aborto. Women & Health. Feb 2014, Volume 54, Issue 3, pages 173 – 177. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03630242.2014.883662>
45. Stöckl, H., Filippi, V., Watts, C., & Mbwambo, J. K. (2012). Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. BMC Pregnancy and Childbirth, 12, 12. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-12-12>. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3311557/?report=reader>
46. Salomón Prado, L. (2004). actores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedentes de aborto provocado-Instituto Especializado Materno Perinatal-2004 (Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2959/1/Salomon_pl.pdf
47. Mora, N; Rodríguez; R.; Maceo, E.; Bárcenas, M.; Cruz, Y.; López, Y. Motivos de realización de un aborto en adolescentes cubanas. Metas de enfermería, Vol. 18(4) , 2015. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80744/>
48. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y De Salud Familiar (ENDES - 2014): Cuestionario individual. Perú. Abril, 2015. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/recursos/CUESTIONARIOINDIVIDUAL2014.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: ENCUESTA ENDES

Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de sus relaciones familiares.

1.- ESTADO CONYUGAL

- Actualmente casada/unida → pasar a pregunta 2
- Separada/divorciada/viuda → pasar a pregunta 2
- Nunca casada/nunca unida → pasar a pregunta 13B

2.- Cuando dos personas se casan o viven juntas, ellos usualmente comparten los buenos y los malos momentos. En su relación con su (último) esposo (compañero):

SI LA RESPUESTA ES SI, SONDEE:

¿Frecuentemente o a veces?

A. ¿Podría usted decirme si él Es (era) cariñoso con usted?

B. ¿Podría usted decirme si él Pasa (pasaba) su tiempo libre con Usted?

C. ¿Podría usted decirme si él consulta(consultaba) su Opinión en diferentes temas del hogar?

D. ¿Podría usted decirme si él respeta (respetaba) sus deseos?

E. ¿Podría usted decirme si él

	FRECUENTEMENTE	A VECES	NUNCA
CARIÑOSO	1	2	3
TIEMPO			
LIBRE	1	2	3
CONSULTAS	1	2	3
RESPETUOSO	1	2	3
DERECHOS	1	2	3

respetaba (respetaba) sus derechos?

3.- Ahora voy a preguntarle sobre situaciones por las que pasan algunas mujeres. Por favor dígame si las siguientes frases se aplican a la relación con su (último) esposo (compañero):

A. ¿Su esposo (compañero) se pone (ponía) celoso o molesto si usted conversa (conversaba) con otro hombre?

B. ¿Él la acusa (acusaba) frecuentemente de ser infiel?

C. ¿Él le impide (impedía) que visite o la visiten sus amistades?

D. ¿Él trata (trataba) de limitar las visitas /contactos?

E. ¿Él insiste (insistía) siempre en saber todos los lugares donde usted va (iba)?

F. ¿Él desconfía (desconfiaba) de usted con el dinero?

	SI	NO	NS
CELOSO	1	2	8
INFIEL	1	2	8
VISITA AMISTADES	1	2	8
VISITA FAMILIA	1	2	8
SABER DONDE VA	1	2	8
DESCONFIANZA	1	2	8

4. Ahora, si usted me permite, necesito hacerle algunas preguntas sobre la relación de pareja con su (último) esposo (compañero).

Su (último) esposo (compañero) alguna vez:

A. ¿Le ha dicho o le ha hecho cosas para humillarla delante de los demás?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
 MUCHA FRECUENCIA.....1
 ALGUNAS VECES.....2
 NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

B. ¿La ha amenazado con hacerle daño a usted o a alguien cercano a usted?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
 MUCHA FRECUENCIA.....1
 ALGUNAS VECES.....2
 NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

C. ¿La ha amenazado con irse de la casa, quitarle a los hijos o la ayuda

económica?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

5.- Su (último) esposo (compañero) alguna vez:

A. ¿La empujó, sacudió o le tiró algo?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

B. ¿La abofeteó o le retorció el brazo?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

C. ¿La golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

D. ¿La ha pateado o arrastrado?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

E. ¿Trató de estrangularla o quemarla?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

F. ¿La atacó/agredió con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma? SI... 1

→ ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
 MUCHA FRECUENCIA.....1
 ALGUNAS VECES.....2
 NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

G. ¿La amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
 MUCHA FRECUENCIA.....1
 ALGUNAS VECES.....2
 NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

H. ¿Ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
 MUCHA FRECUENCIA.....1
 ALGUNAS VECES.....2
 NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

I. ¿La obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
 MUCHA FRECUENCIA.....1
 ALGUNAS VECES.....2
 NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

VERIFIQUE 5: POR LO MENOS UN 'SI' → Pasar a la Pregunta 6

NINGÚN SI → Pasar a la pregunta 8

6.- ¿Cuánto tiempo después de haberse casado/unido con su (último) esposo (compañero) empezaron a suceder esas cosas?

Si menos de un año, anote '00'

NÚMERO DE AÑOS

ANTES DE CASARSE/VIVIR JUNTOS

DESPUÉS DE SEPARARSE/DIVORCIARSE

7.- Por favor dígame si le ha sucedido algo de lo siguiente como resultado de algo que su esposo (compañero) le hizo:

A. ¿Tuvo moretones y dolores?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

B. ¿Tuvo una herida o lesión, hueso y dientes rotos, quemaduras?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

C. ¿Tuvo que ir al médico o centro de salud causa de algo que él le

hizo? SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

D. ¿Tuvo que ir al curandero, huesero u otra persona a causa de algo que él le hizo?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

8.- ¿Alguna vez usted pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando físicamente?

SI... 1

NO...2 → Pasar a la pregunta10

9.- En los últimos 12 meses, entre _____ del año pasado y _____ de este año, ¿Con qué frecuencia usted pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente a su esposo (compañero) en momentos que él no la estaba golpeando o maltratando?

MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

10.- ¿Su esposo (compañero) toma (tomaba) bebidas alcohólicas?

SI... 1

NO...2 → Pasar a la pregunta 13ª

11.- ¿Su esposo (compañero) se embriaga (embriagaba) con mucha frecuencia, algunas veces o nunca?

MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

VERIFIQUE 6: POR LO MENOS UN SI → Pasar a la pregunta 12

NINGÚN SI → Pasar a la pregunta 13 A

12.- Cuando su esposo (compañero) la ha agredido/golpeado, ¿se encontraba bajo los efectos de haber consumido licor o drogas o ambas cosas?

SI... 1 → ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses?
MUCHA FRECUENCIA.....1
ALGUNAS VECES.....2
NUNCA.....3

NO...2 → Pasar a la siguiente pregunta

13A.- Casada/conviviente/separada/divorciada/viuda

Desde cuando usted tenía 15 años de edad. ¿Alguna vez otra persona, aparte de su (actual/último) esposo/ compañero le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?

SI.....1

NO....2 → Pasar a pregunta 16

NO RESPONDE....8 → Pasar a pregunta 16

13B.- Nunca casada/nunca unida

Desde cuando usted tenía 15 años de edad, ¿Alguna persona le pegó, abofeteó, pateó, o la maltrató físicamente?

14.- ¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera? ¿Alguien más?

MADREA
PADREB
MADRASTRAC
PADRASTROD
HERMANAE
HERMANOF
HIJAG
HIJOH

- EX-ESPOSO/EX-COMPAÑEROI
- SUEGRAJ
- SUEGROK
- OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO.....L
- OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO.....M
- OTRO PARIENTE FEMENINON
- OTRO PARIENTE MASCULINOO
- AMIGA/CONOCIDAP
- AMIGO/CONOCIDOQ
- MAESTRO(A)/PROFESOR(A)R
- EMPLEADOR(A)S
- EXTRAÑO(A)T
- OTRA _____ X (especifique)

VERIFIQUE 14: MÁS DE UN CÓDIGO CIRCULADO → Pasar a pregunta 15

UN SOLO CIRCULADO → Pasar a pregunta 16

15.- De las personas mencionadas ¿Quién le pegó, abofeteó, pateó o la maltrató físicamente con mayor frecuencia?

.....

16.- Durante los últimos 12 meses ¿Cuántas veces esa persona le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente?

Indique el número de veces _____

VERIFIQUE

210, 226 y 230 HIJOS NACIDOS VIVOS, EMBRARAZO ACTUAL O PÉRDIDAS

ALGUNA VEZ EMBARAZADA

NUNCA EMBARAZADA

17.- ¿Alguna vez alguien le pegó, abofeteó, pateó o maltrató físicamente estando embarazada?

SI... 1

NO...2 → Pasar a la pregunta 18

18.- ¿Quién la ha maltratado físicamente de esa manera? ¿Alguien más?

- MADREA
- PADREB
- MADRASTRAC
- PADRASTRO.....D
- HERMANAE
- HERMANOF
- HIJA.....G
- HIJO.....H

EX-ESPOSO/EX-COMPAÑERO	I
SUEGRA	J
SUEGRO	K
OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO.....	L
OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO.....	M
OTRO PARIENTE FEMENINO	N
OTRO PARIENTE MASCULINO	O
AMIGA/CONOCIDA	P
AMIGO/CONOCIDO	Q
MAESTRO(A)/PROFESOR(A).....	R
EMPLEADOR(A)	S
EXTRAÑO(A).....	T
OTRA _____	

VERIFIQUE 5, 13 A, 13 B Y 16:

POR LO MENOS UN 'SI' → Pasar a pregunta 18

NINGÚN 'SI' → Pasar a pregunta 20

19.- ¿Cuándo la han maltratado ¿usted le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?

SI... 1

NO...2 → Pasar a la pregunta 21ª

20.- ¿A quién le ha pedido ayuda? ¿Alguien más?

MADRE	A
PADRE	B
HERMANA	C
HERMANO	D
HIJA	E
HIJO	F
ACTUAL ESPOSO.....	G
SUEGRA	H
SUEGRO	I
OTRO FAMILIAR FEMENINO DEL ESPOSO.....	J
OTRO FAMILIAR MASCULINO DEL ESPOSO.....	K
OTRO PARIENTE FEMENINO	L
OTRO PARIENTE MASCULINO	M
AMIGO.....	N
VECINO.....	O
OTRA _____	

(especifique)

21A.- Cuando fue maltratada, ¿Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda?

SI HA ASISTIDO ¿a cuál institución ha acudido?¿Alguna otra institución?

- COMISARÍA..... A
- JUZGADO B
- FISCALIA C
- DEFENSORIA MUNICIPAL (DEMUNA) D
- MINISTERIO DE LA MUJER (MIMDES) E
- DEFENSORIA DEL PUEBLO F
- ESTABLECIMIENTO DE SALUD G
- ORGANIZACIÓN PRIVADA..... H
- OTRA..... X
- NO / NUNCA HA BUSCADO AYUDA..... Z

A – X →
Pasará a la pregunta 20

22.- ¿Cuál es la principal razón por la cual usted nunca buscó ayuda?

- NO SABÍA DÓNDE IR/ NO CONOCE SERVICIOS..... NO
- ERA NECESARIO..... DE
- NADA SIRVE.....
- COSAS DE LA VIDA.....
- MIEDO AL DIVORCIO/ SEPARACIÓN.....
- MIEDO DE QUE LE PEGARA DE NUEVO O A SUS HIJOS.....
- MIEDO DE CAUSARLE UN PROBLEMA A LA PERSONA QUE LE PEGÓ...
- VERGÜENZA.....
- ELLA TENÍA LA CULPA.....
- OTRA.....

(especifique)

23.- Hasta donde usted sabe ¿Su papá le pegó alguna vez a su mamá?

- SI.....1
- NO.....2
- NO SABE ...8

24.- Conoce el caso de una vecina, conocida o familiar que haya muerto por violencia de su pareja o ex pareja?

- SI.....1
- NO 2
- NO SABE8

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de violencia en mujeres con diagnóstico de aborto en pacientes atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre 2015?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la frecuencia de violencia en mujeres con diagnóstico de aborto en pacientes atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en noviembre 2015.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>la frecuencia de violencia en mujeres con diagnóstico de aborto en pacientes atendidas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del HNHU en octubre 2015.</p>	<p>Variable Independiente (VI) Violencia basada en género</p> <hr/> <p>Variable Dependiente (VD) Aborto</p>	- Tipo de Violencia	<p><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></p> <p>Estudio observacional, descriptivo y transversal.</p> <p>Los lineamientos metodológicos usados fueron.</p> <p>Diseño Metodológico</p>
<p>Problemas Específicos</p> <p>1.- ¿son las gestantes adolescentes quienes sufren mayor violencia?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>1.- Determinar la edad promedio frecuente de mujeres que sufren violencia.</p>	<p>Hipótesis Específicas</p> <p>1. Las gestantes adolescentes son quienes sufren más violencia</p>	<p>Variable Independiente (VI1) Edad</p> <p>Variable Dependiente (VD1) violencia</p>	- Grupos etarios	<p><u>POBLACIÓN</u></p> <p>Población conformada por mujeres que son atendidas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología – obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue.</p>
<p>2.- ¿Cuál es el tipo de violencia más frecuente en mujeres?</p>	<p>2.- Identificar el tipo de violencia más frecuente en relación al aborto.</p>	<p>2.el tipo de violencia más frecuente ejercido sobre la mujer es la de tipo psicológica</p>	<p>Variable Independiente (VI1) Tipo de violencia</p> <p>Variable Dependiente (VD1) aborto</p>	- Tipo de Violencia	<p><u>POBLACIÓN</u></p> <p>Población conformada por mujeres que son atendidas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología – obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue.</p>
<p>3.- ¿cuál es el agente que con más frecuencia ejerce la violencia sobre la mujer?</p>	<p>3.- Identificar el agente que ejerce con más frecuencia la violencia doméstica.</p>	<p>3.- El agente agresor que ejerce con frecuencia la violencia sobre la mujer es la pareja.</p>	<p>Variable Independiente (VI1) Agente agresor</p> <p>Variable Dependiente (VD1) violencia</p>	- Agente que ocasiona violencia	<p><u>POBLACIÓN</u></p> <p>Población conformada por mujeres que son atendidas con diagnóstico de aborto en el servicio de ginecología – obstetricia del hospital nacional Hipólito Unanue.</p>
<p>4.- ¿la violencia sobre la mujer se da con frecuencia si el agresor está bajo efectos del alcohol?</p>	<p>5.- Determinar si el consumo de sustancias nocivas se asocia a violencia doméstica.</p>	<p>4. la violencia sobre la mujer se da cuando el agresor está bajo efectos del alcohol</p>	<p>Variable Independiente (VI1) Ingesta de alcohol</p> <p>Variable Dependiente (VD1) violencia</p>	- Ingesta de alcohol	

