



Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Medicina-Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

**VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR PARTE DE SU
PAREJA DURANTE EL EMBARAZO:
COMPARACIÓN DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

ALEXANDRA ABIGAIL URRUTIA LUENGO

CONCEPCIÓN-CHILE

2016

Profesora Guía: Mercedes Carrasco Portiño

Dpto. de Obstetricia, Facultad de Medicina

Universidad de Concepción

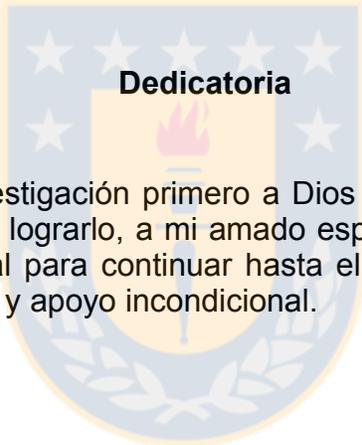


Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Medicina-Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

**VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR PARTE DE SU
PAREJA DURANTE EL EMBARAZO:
COMPARACIÓN DE INSTRUMENTOS DE PESQUISA EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**



Dedicatoria

Dedico esta investigación primero a Dios que me ha dado la fuerza y la fe de lograrlo, a mi amado esposo que ha sido mi pilar fundamental para continuar hasta el final y a mi familia por su confianza y apoyo incondicional.

ÍNDICE

	Página
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Marco Teórico	9
Objetivos e hipótesis	29
Metodología	30
Resultados	34
Discusión	45
Limitaciones	50
Conclusiones	51
Proyecciones	52
Referencias Bibliográficas	53
Anexo N°1 Acta de Evaluación/Aprobación Comité Ético Científico	59
Anexo N°2 Información al participante y consentimiento de participación	61
Anexo N°3 Cuestionario	65



ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla N°1. Comparación de instrumentos de pesquisa de violencia contra la mujer en Atención primaria de salud.	31
Tabla N°2. Comparación de prevalencia de violencia entre instrumento de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) y el Cuestionario breve de la IPPF_RHO.	40
Tabla N°3. Caracterización de la presencia de violencia psicológica contra la mujer.	41
Tabla N°4. Descripción de la presencia de los tipos de violencia contra la mujer según etapa del ciclo vital (n=148).	42
Tabla N°5. Descripción de los Impactos en la salud por los tipos de violencia contra la mujer.	43
Tabla N°6 . Factor obtenido en análisis factorial	44
Tabla N°7. Descripción de la singularidad y comunalidad por variable.	44

Resumen

Antecedentes: La violencia de pareja es una de las principales causas de muerte y discapacidad a escala mundial. En Chile, el único instrumento de pesquisa de violencia se aplica en el control prenatal, aunque no distingue el tipo de violencia y es inespecífico para el embarazo.

Objetivo: Comparar la capacidad predictiva de dos instrumentos para detectar violencia contra la mujer en el ciclo vital en la atención primaria.

Material y Método: Estudio cuantitativo observacional de corte transversal en gestantes chilenas de un Centro de Salud Familiar del sur de Chile desde Diciembre de 2015 a Junio de 2016. La muestra ascendió a 150 gestantes. Se utilizará el cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas realizado por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF_RHO) y la Evaluación Psicosocial Abreviada propuesta por el Ministerio de Salud (EPsA).

Resultados: El 35% de las gestantes admitió haber sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida con el cuestionario de la IPPF_RHO versus el 13% con el cuestionario EPsA. Con el primero se detecta la presencia de violencia sexual en la infancia (21%), psicológica (18), sexual a lo largo del ciclo vital (8%), y el 5% de violencia física grave y económica.

Conclusiones: El cuestionario de la IPPF_RHO es más sensible y específico para detectar cualquier tipo de violencia contra la mujer a lo largo de su vida en comparación con la EPsA (35% frente a 13%, respectivamente), y tiene mayor capacidad de distinguir los diferentes tipos de violencia, incluso la violencia sexual en la niñez que no es valorada en la EPsA, cifra que asciende a 21%, es decir, la más alta de todas. Por tanto, hay que reconsiderar la actual pauta de pesquisa de violencia en el embarazo debido a sus limitaciones.

Palabras clave: violencia doméstica, embarazo, screening.

Abstract

Background: Intimate partner violence is one of the main causes of death and disability worldwide. In Chile, the only existing violence screening tool is used in antenatal care, but it does not specify the type of violence and it is not specific for pregnancy.

Objective: To compare the predictive capabilities of two tools used in primary care to detect violence against women in their lifetime.

Materials and method: A cross-sectional, quantitative study was carried out with 150 Chilean pregnant women from a Family Health Center located in the south of Chile, between December 2015 and June 2016, using a short survey to detect situations of gender-based violence in clinic visits -developed by the International Planned Parenthood Federation (IPPF/WHR)- and the Abbreviated Psychosocial Assessment, proposed by the Chilean Ministry of Health (*EPsA* in Spanish).

Results: 35% of the pregnant women admitted that they had suffered some kind of violence in their lives when answering the IPPF/WHR survey, in comparison with 13% doing so with the EPsA test. The first also allowed detecting sexual violence during childhood (21%), psychological abuse (18%), sexual abuse throughout their lives (8%), and severe physical and economical violence (5%).

Conclusion: The IPPF/WHR survey is more sensitive and specific than the EPsA when detecting any kind of violence against women throughout their life cycle (35% versus 13%). It also allows distinguishing the different types of violence, including sexual abuse in childhood, which is not evaluated by the EPsA and had the highest prevalence in this study (21%). Therefore, the current screening procedure for violence during pregnancy must be reassessed, given its limitations.

Key words: domestic violence, pregnancy, screening.

Introducción

Actualmente, la violencia doméstica es considerada una de las amenazas más serias a la salud de la mujer, y las gestantes víctimas de esta problemática constituyen un grupo relevante. La violencia doméstica durante el embarazo es una agresión que pone en peligro tanto la vida de la madre como la del feto. La mujer gestante y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas, cuyos efectos pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quién probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento.

En los últimos años se han desarrollado instrumentos de cribado para detectar casos probables de violencia contra la mujer en la pareja. Sin embargo, estos instrumentos son dirigidos a las mujeres adultas principalmente, existiendo escasos instrumentos que permitan detectar violencia específicamente durante el embarazo, lo que impide implementar políticas efectivas de detección en los establecimientos de salud.

Por lo tanto, es necesario ampliar el conocimiento con el objetivo de procurar instrumentos más eficaces, sensibles, confiables y específicos que puedan aplicarse en los centros de salud para identificar casos de violencia contra la mujer durante el embarazo. Debido a esto, el objetivo de este estudio es comparar la validez y fiabilidad de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada y la versión chilena del Cuestionario breve de la IPPF/RHO, junto con la detección de violencia contra la mujer a lo largo del ciclo vital así como específicamente durante la gestación en un Centro de Salud Familiar de Concepción.

Marco Teórico

La violencia es un grave problema de salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (1). Este complejo fenómeno social, aparece dentro de un sistema de creencias, valores, normas jurídicas, símbolos y representaciones de la cultura patriarcal con una sociedad desigual, ya sea a nivel individual, grupal, nacional y mundial, lo que permite las relaciones de abuso, naturalizándolas y legitimando su utilización (2).

Los actos de violencia pueden ser de tipo físico, sexual, psíquico o aquellos que incluyen privaciones o descuido. La OMS clasifica la violencia en tres categorías generales; violencia autoinfligida, violencia interpersonal y violencia colectiva. Estas a su vez, se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos. La violencia autoinfligida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones; la violencia interpersonal se divide en violencia intrafamiliar o de pareja y violencia comunitaria, y la violencia colectiva se subdivide en violencia social, política y económica (1). En todo el mundo, los hombres tienen mayores probabilidades que las mujeres de sufrir violencia en el contexto de conflictos armados y actividades delictivas, mientras que las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres de sufrir violencia y tener lesiones provocadas por personas cercanas, como sus compañeros íntimos (3). La violencia de género constituye una violación a los derechos humanos de las mujeres. El género influye en todas las esferas de la vida social, implicando una diferenciación y, por tanto, puede ser por sí mismo el origen de desigualdades y discriminaciones injustas. La violencia contra la mujer es definida como todo tipo de agresión o conducta ejercida sobre la mujer, basada en su condición de género, que le cause la muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado y que constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales, limitando total o parcialmente a la mujer del goce y ejercicio de tales derechos y libertades (4).

A comienzos de los años noventa, se aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de Naciones Unidas, 1993) que define la violencia contra la mujer como "Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada".

La mayoría de las agresiones que sufren las mujeres son causadas por violencia doméstica, intrafamiliar o basada en el género, siendo estas alrededor del 90% de las denuncias, lo que confirma la direccionalidad de género en la violencia intrafamiliar (5). En el año 1996, la OMS definió la violencia doméstica como la intensa manifestación de discriminación y subordinación en la cual se encuentran las mujeres frente a los hombres en la sociedad (2). Una de las formas más comunes de violencia contra la mujer es la infligida por su marido o pareja masculina (1), una de las principales causas de muerte y discapacidad a escala mundial (6). Se define como un patrón de conductas abusivas que se dan en una relación íntima y que incluyen el maltrato físico, sexual y psicológico para mantener el poder, el control y la autoridad del varón (pareja o ex pareja) sobre la mujer. Una de cada 6 mujeres ha sido víctima de malos tratos de pareja en algún momento de su vida (7). Estudios efectuados en Australia, Canadá, los Estados Unidos, Israel y Sudáfrica revelan que en 40% a 70% de los asesinatos de mujeres las víctimas fueron muertas por su esposo o novio, a menudo en el contexto de una relación de maltrato constante (1). Por otra parte, diversos autores coinciden en que el hogar es el lugar de mayor riesgo de violencia para la mujer, particularmente la que ejercen sobre ellas sus parejas (cónyuges, convivientes, novios) y que han estado presentes sin importa la edad, clase social, raza, ideologías o religión en gran parte de las culturas humanas (2).

El hecho de que las mujeres a menudo tengan vínculos afectivos con el hombre que las maltrata y dependan económicamente de él, ejerce gran influencia sobre la dinámica del maltrato y las estrategias para hacerle frente. Dado que los individuos están unidos en una relación continua, es probable en estos casos que la víctima sea reiteradamente maltratada por el agresor (1).

Dentro de las dimensiones de violencia de pareja está la violencia psicológica (gritos, negación de cariño, humillaciones y descalificaciones), violencia física (cachetadas, apaleos, quemaduras, golpes de pies y puños o con elementos contundentes o hasta heridas con armas que pueden generar graves lesiones y la muerte), violencia económica (negar, controlar o chantajear mediante el dinero, privar de los elementos básicos de subsistencia, negación de un trabajo por edad o características físicas o étnicas) y violencia sexual (burlarse del cuerpo y sexualidad de la mujer, prostituir, obligar a ver pornografía o a tener juegos sexuales, el acoso sexual, abuso sexual y violación) (2).

La violencia contra la mujer física y sexual limita la posibilidad de la mujer de negociar con su pareja el uso de condones u otros métodos anticonceptivos, colocándolas así en una situación de mayor riesgo de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso del VIH (5). Casi el 80% de unos estudios que examinaron la asociación entre la violencia de pareja y las infecciones de transmisión sexual o infecciones del tracto urinario encontraron una asociación (8). En cuanto a la violencia de tipo física, la mayoría de las mujeres que son víctimas de esta agresión por lo general se ven sometidas a muchos actos de violencia con el transcurso del tiempo. En este tipo de relación, no sólo la severidad de los episodios genera traumas, sino que también la constante repetición de abuso conlleva a las mujeres al desamparo y desesperanza. Diversos estudios han revelado que las mujeres maltratadas suelen tener restricciones en cuanto al acceso a la información y los servicios, la participación en la vida pública y la consecución de apoyo emocional por parte de amigos y familiares.

No es de sorprender que tales mujeres sean a menudo incapaces de cuidar debidamente de sí mismas y de sus hijos o de tener un trabajo o seguir una carrera (1).

Por otro lado, la mujer que sufre violencia muchas veces no puede reconocerla y por lo tanto es más difícil de identificar, especialmente las que no utilizan la fuerza física. El aislamiento es un factor determinante en el incremento o deterioro de la calidad de vida y el nivel de riesgo al que se ven expuestas.

La búsqueda de ayuda es un punto fundamental para el inicio del cambio y la interrupción de la escalada de agresión y/o los ciclos de violencia (2).

Las estimaciones mundiales más recientes de violencia contra las mujeres muestran que el 35 % de las mujeres de todo el mundo han experimentado la violencia de pareja física y/o sexual o violencia sexual fuera de la pareja (9).

En Chile no ha sido fácil instalar el tema de la violencia contra la mujer. Un paso importante en el proceso histórico de la lucha por los derechos de las mujeres, estuvo constituido por adopción en 1979 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) que nuestro país ratificó en 1989, en donde el Comité de la CEDAW reconoce en su Recomendación general N° 19 de 1992 que la violencia contra la mujer constituye una forma de discriminación contra ésta, producto de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, definiendo dicha violencia como aquella “dirigida contra la mujer porque es mujer o porque la afecta en forma desproporcionada” (2).

Sin embargo, su implementación no comenzó hasta la recuperación de la democracia, cuando en 1990 el gobierno de Patricio Aylwin (1990-1994), creó por ley el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), con la tarea de colaborar con el Poder Ejecutivo en el estudio y proposición de planes generales y medidas conducentes a que la mujer goce de igualdad de derechos y oportunidades respecto del hombre, en el proceso de desarrollo político, económico, social y cultural del país (10).

En Chile, la violencia contra la mujer es reconocida en la legislación como violencia intrafamiliar (VIF) (11). En 1994 se creó la Ley de Violencia Intrafamiliar N° 19.325(12) que incluye los conceptos de violencia doméstica, violencia basada en el género, o violencia machista (5). De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la VIF corresponde a “toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro/a miembro de la familia” (2).

En nuestro país, la ley que la sanciona es la Ley N° 20.066, de 2005 (5) que ha reemplazado la Ley N° 19.325 sobre violencia intrafamiliar, y ha modificado el Código Penal, la Ley N° 18.216 (sobre cumplimientos de penas) y la Ley N° 19.968 (creación de tribunales de familia). Entre los aspectos más importantes destacan una mejor definición de lo que es violencia intrafamiliar (artículo 5) “Sera constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente”, “También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar” (13).

Según la Encuesta Nacional de Victimización por Delitos Sexuales y Violencia del Ministerio del Interior (Chile), el 37,2% de las mujeres que había tenido o estaba en una relación de convivencia había vivido o estaba viviendo violencia psicológica por parte de su pareja. En este mismo grupo, un 24,6% fue víctima de violencia física menos grave, un 15,6% de violencia sexual y un 15,0% de violencia física grave.

El 51,4% de las mujeres usuarias del programa de depresión en atención primaria de salud, con pareja en el momento de su ingreso, refería haber vivido violencia durante los dos últimos meses (14).

Con respecto a estrategias, cabe destacar que durante el gobierno de Michelle Bachelet (2006-2010) se agrega a su Agenda de Género, propuestas de políticas dirigidas a dar prioridad a la violencia intrafamiliar en la política de seguridad ciudadana y mayor visibilidad a la violencia intrafamiliar en las estadísticas, garantizar el acceso oportuno a la justicia, y desarrollar programas de prevención (12). Una de las intervenciones para combatir esta problemática fue realizar el plan nacional para la prevención y atención de la violencia contra la mujer, el cual se realiza en centros denominados “Centros de Atención Integral y Prevención de Violencia Intrafamiliar”, orientados a prevenir y dar atención a las mujeres que sufren de violencia en el ámbito de la familia, especialmente, la que se produce en el marco de la relación de pareja, como una expresión de la violencia de género y una violación a los derechos humanos de las mujeres (2). Estos centros fueron puestos en marcha por el SERNAM en el año 2000. A partir del año 2005, los Centros se denominaron “Centros de la Mujer”, manteniendo su finalidad y objetivos. Actualmente existen 96 Centros distribuidos en las 15 regiones del país. En la Región del Biobío, las mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar pueden ser cobijadas y protegidas en los centros de Chiguayante, Penco, Tomé, Trehuaco, Coelemu, Coronel, Talcahuano y Concepción. También a partir del año 2007, el SERNAM inició el programa Casas de Acogida, cuyo objetivo principal es la protección de las mujeres víctimas de violencia de pareja que se encuentran en situación de riesgo grave y/o vital. El programa está destinado a mujeres mayores de 18 años que se encuentran en situación de riesgo grave y/o vital por causa de violencia intrafamiliar, por parte de su pareja. Se les brinda un espacio temporal de protección tanto a las mujeres como a sus hijos. Actualmente existen 24 Casas de Acogida, con cobertura nacional (15).

Sin embargo, la Presidenta Michelle Bachelet dentro de sus 50 compromisos anunciados el año 2014 señaló la construcción de 24 casa de acogidas adicionales a nivel nacional. Según la Directora del SERNAMEG, Valentina Medel Z. fueron construidas 3 casas de acogidas en Cañete, Talcahuano y Los Ángeles, comunas seleccionadas por presentar altos índices de violencia contra la mujer (16).

La expresión máxima de violencia de género es el femicidio, “el asesinato de la mujer por el sólo hecho de serlo” (5). En el año 2007, ingresa al parlamento un proyecto de ley que modifica el código penal (17). Este proyecto se logra concretar cuando se aprueba la Ley de Femicidio N° 20.480 en diciembre de 2010, que modifica la normativa anterior y se reconoce en el Código Penal el delito de Femicidio y amplía su pena, contemplando la sanción de presidio perpetuo sin beneficios (40 años) y ya no sólo para los casos de parricidio entre cónyuges y convivientes, sino también de quienes hubieran tenido dicha calidad (ex cónyuges y /o ex convivientes)(18). Una de las metas sanitarias establecidas en Chile para los años 2011-2020 consiste en disminuir los femicidios (5). Durante el año 2006 ocurrieron 43 casos de femicidios (18) y según cifras del SERNAM, el número de femicidios desde el año 2007 al 2012 fueron: 63 el 2007, 59 casos en el año 2008, 55 en el 2009, 49 en el 2010, 40 en 2011 y 34 en el 2012 (19). Por lo tanto, en Chile hasta el año 2009 una mujer moría a la semana víctima de femicidio (2). Durante el año 2010 Carabineros de Chile recibió un total de 108.422 denuncias por VIF, de éstas 87.027 vale decir el 80.3% tenían como víctima a una mujer mayor de 18 años (14).

Es por esto y muchas otras razones que en nuestro país nació una gran preocupación con respecto a la violencia de pareja, y es por ello que se formularon estrategias que contribuyeran a la lucha de este problema, siendo las principales la detección activa y sistemática de víctimas de atención de salud y la atención directa de las víctimas. Dentro de éstas, la primera estrategia consiste en dotar a sus prestadores de instrumentos normativos y orientadores para que consideren la violencia como causa de daño y ofrezcan orientación como parte de la atención habitual a las personas.

Desde el año 2008 se elaboran, aprueban y difunden en la red asistencial numerosos documentos con este objetivo, y se ha realizado capacitación en su utilización, aunque la cobertura de ésta es limitada. Además no se cuenta con información acerca de la utilización efectiva de estos instrumentos ni de su impacto en la atención (5). Esta falta de información concuerda con lo señalado por la revisión sistemática de Cochrane del año 2014, sobre que la evidencia actual no es suficiente para apoyar los programas de detección de la violencia de pareja en entornos de atención médica, pues aún no han encontrado un impacto del screening en la mejora de los resultados para las mujeres, es decir, no hay pruebas suficientes para la detección de los centros asistenciales. Esto se basa en la poca evidencia disponible sobre las consecuencias de la detección, y en la escasa existencia hasta el momento de estudios que hayan demostrado efectividad de las intervenciones. La detección de la violencia de pareja resulta coste-efectiva cuando incluye un plan de formación al personal sanitario, el uso de instrumentos de detección validados y la posterior derivación a recursos psicosociales y jurídico-legales especializados (7).

En algunos países, la detección de violencia contra la mujer por parte de su pareja se realiza sin recursos suficientes y los profesionales de salud a menudo carecen de las habilidades y conocimientos necesarios para responder de manera adecuada debido a la falta de capacitación (6). Inclusive, muchos prestadores de salud no revisan de forma rutinaria la violencia de pareja porque no saben lo que deben hacer si se descubre. Esto es lamentable, ya que los estudios han evidenciado que los abusos detectados en un centro de atención de la salud, podrían reducir la reaparición de episodios de violencia (20). Según la Federación Internacional de Planificación de la familia de la Región Del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), la violencia basada en género es un tema complejo y la capacitación a los profesionales de salud es un proceso que puede otorgarles las habilidades y la práctica necesaria para mejorar aptitudes y brindar apoyo a la mujer que sufra de violencia.

Los profesionales de salud a menudo desconocen las consecuencias que tiene la violencia contra la mujer, y muchos consideran que se trata de un problema social o cultural que no guarda relación con su labor profesional (21).

En los últimos años, la atención se ha centrado también en la violencia infligida por la pareja durante el embarazo debido a su prevalencia, consecuencias adversas para la salud y potencial intervención (22), con tasas que varían significativamente por país y factores de riesgo maternos (1).

La mayoría de los estudios sobre la violencia del compañero íntimo durante el embarazo mide la violencia física, aunque el abuso sexual y emocional durante el embarazo también se considera como perjudicial para las mujeres y el bienestar de sus hijos. Una forma especialmente preocupante de violencia física durante el embarazo es cuando sus parejas abusivas atacan al abdomen de una mujer, dañando así no sólo a las mujeres sino que también potencialmente ponen en peligro el embarazo (22).

Los investigadores no están de acuerdo sobre si la prevalencia de violencia de pareja disminuye durante el embarazo o sigue siendo aproximadamente la misma. La mayoría de las investigaciones han encontrado que entre el 3% y el 9% de las mujeres experimentan el abuso durante el embarazo (8).

Otros estudios sugieren que la prevalencia de la violencia de pareja en el embarazo es del 2,9 %-5,7 %. Del mismo modo, un estudio basado en la población de Nueva Zelanda reveló una prevalencia de violencia de pareja en el embarazo del 9% (6).

Con respecto al estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica contra las mujeres, que consiste en las encuestas de población llevadas a cabo en diversos países que utilizan los mismos métodos y definiciones, encontraron que la prevalencia de la violencia física de pareja en el embarazo oscila entre el 1% en Japón hasta el 28% en Perú con la mayoría de las regiones que oscilan entre el 4% y 12%.

Este hallazgo fue apoyado por un análisis de encuestas demográficas y sanitarias y la Encuesta Internacional de Violencia contra la Mujer, en la cual se encontraron tasas de prevalencia de violencia en la pareja durante el embarazo entre el 2% en Australia, Dinamarca, Camboya y Filipinas a 13,5% en Uganda, con la mayoría que oscila entre el 4% y 9%. Además, estudios clínicos realizados en todo el mundo, que tienden a producir mayores tasas de prevalencia, pero a menudo son las únicas fuentes de información disponibles, encontraron la mayor prevalencia en Egipto con un 32%, seguido por la India (28%), Arabia Saudita (21%) y México (11%).

Por otro lado, una revisión reciente de los estudios clínicos de África reporta tasas de prevalencia de 23-40% para la violencia física, 3-27% para la sexual y 25-49% para la violencia emocional en la pareja durante el embarazo (16). También, estudios basados en la población realizados en Canadá, Chile, Egipto y Nicaragua han encontrado que entre 6% y 15% de las mujeres que alguna vez han tenido pareja han sido maltratadas física o sexualmente durante el embarazo, generalmente por su pareja. En los Estados Unidos, los cálculos de maltrato durante el embarazo varían entre 3% y 11% de las mujeres adultas y hasta 38% de las madres adolescentes de bajos ingresos (1).

Para la violencia en la pareja durante el embarazo, los factores de riesgo son a menudo similares a los de la violencia de pareja en general. Sin embargo, existen factores de riesgo que se asocian con mayores tasas de abuso, incluyendo la edad joven, estado civil soltero, minorías de raza/ etnia y la pobreza. De hecho, en estudios realizados en muestras de personas de bajos ingresos, las mujeres predominantemente solteras han observado mayor prevalencia con tasas de hasta un 50% (8). En base a numerosos estudios en la población de Bangladesh, Estado Plurinacional de Bolivia, la República Dominicana, Kenya, Malawi, Moldavia, Nueva Zelanda, Ruanda y Zimbabwe, un potente factor de riesgo asociado significativamente con la violencia de pareja durante el embarazo es tener un embarazo no deseado.

Un estudio basado en la población de Estados Unidos también mostró que las mujeres que habían tenido embarazos inoportunos o no planificados reportaron niveles significativamente más altos de abuso durante el embarazo en comparación con aquellos embarazos deseados (15% versus 5%).

Además, la evidencia de los EE.UU. sugiere que la violencia infligida por la pareja durante el embarazo es un factor de riesgo para el aumento en el riesgo de las mujeres de ser asesinadas por su pareja. Otro estudio sobre los registros policiales y examinadores médicos en 11 ciudades de Estados Unidos mostró que el embarazo aumenta significativamente el riesgo de las mujeres de convertirse en una víctima de homicidio en la pareja y que los hombres que maltratan a sus parejas durante el embarazo parecen ser particularmente peligrosos y más propensos a cometer homicidio. Aun así, la relación entre el homicidio de la pareja y el embarazo hay que explorarla más.

Las investigaciones demuestran claramente que el embarazo no previene la aparición de la violencia de pareja, pero existe evidencia contradictoria acerca de si aumenta la violencia infligida por la pareja o disminuye durante el embarazo. En el estudio multipaís de la OMS en la salud de las mujeres y la violencia doméstica contra las mujeres, la mayoría de las mujeres que reportaron abuso físico durante el embarazo también han sido golpeados antes de quedar gestante, aunque alrededor del 50% de las mujeres en tres sitios declaró que fueron golpeados por primera vez durante un embarazo (22).

En cuatro de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) realizadas por la OMS en que se preguntaba a las mujeres que alguna vez habían estado gestantes si alguna vez habían sufrido violencia física durante un embarazo, entre un 5,6% de las que alguna vez habían estado gestantes en Haití 2005/6 y un 11,3% de ellas en Perú 2007/8 informaban esa clase de violencia.

Estos porcentajes corresponden al intervalo de 3-13% de las mujeres que informan violencia infligida por el compañero íntimo durante el embarazo según las revisiones bibliográficas mundiales, así como los estudios sobre violencia durante el embarazo en países de la Región como Brasil, México y Perú (3).

La violencia contra la mujer en la pareja durante el embarazo se asocia a resultados adversos fatales y no fatales para la salud de la mujer gestante y su bebé debido al trauma directo del abuso en el cuerpo de una mujer gestante, así como los efectos fisiológicos del estrés de los abusos actuales o en el pasado en el crecimiento fetal y el desarrollo (22). La violencia durante el embarazo se ha acompañado de aborto espontáneo, inicio tardío de la atención prenatal, mortinatalidad, parto y nacimiento prematuros, lesiones fetales y bajo peso al nacer (1). El trauma físico es un importante predictor de mortalidad en las mujeres jóvenes, y es la causa principal de muerte en el embarazo.

Además de traumatismo físico o sexual de la madre, el abuso durante el embarazo puede aumentar el riesgo de muerte perinatal, parto prematuro, bajo peso al nacer, y recién nacido pequeño para la edad gestacional a través de uno o más de los siguientes mecanismos: las conductas maternas de afrontamiento negativas, la nutrición materna inadecuada o deficiente, aislamiento, nivel de estrés físico o psicológicos elevado y acceso limitado a la atención prenatal. Los mecanismos indirectos pueden afectar los resultados adversos del embarazo a través de varias vías. Por ejemplo, el estrés psicológico puede agravar enfermedades preexistentes, como la hipertensión y la diabetes gestacional, o puede dar lugar a complicaciones en el embarazo, incluyendo la preeclampsia o parto prematuro. Por otro lado, el estrés de experimentar violencia durante el embarazo puede alterar el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal eje (HPA). Los estudios en animales han demostrado que niveles más altos de hormonas HPA, incluyendo la hormona liberadora de corticotropina (CRH), podrían iniciar el trabajo, así como restringir la perfusión útero-placentaria. La evidencia creciente sugiere que CRH podría actuar como un " reloj de la placenta " que puede acelerarse por la exposición al estrés fisiológico o psicológico, por lo que hay una necesidad considerable de una mayor investigación en esta área, sobre todo para comprender mejor como el período de tiempo y la severidad de la violencia puede resultar en cambios biológicos clínicamente significativos en la madre y el niño (8).

Otro punto importante es que la violencia en la pareja durante el embarazo se asocia significativamente con un número de comportamientos de salud adversos durante embarazo, incluido el tabaquismo, el alcohol y el abuso de sustancias, y el retraso en la atención prenatal, incluso después de controlar otros factores mediadores. Las explicaciones posibles son que las mujeres fuman, beben o toman drogas para la automedicación para hacer frente al estrés, la vergüenza y el sufrimiento causado por el abuso. Asimismo, el retraso en la atención prenatal podría deberse a las parejas abusivas que impiden a las mujeres salir de la casa o mujeres maltratadas que se ausentan debido a las lesiones (22). La investigación ha demostrado el impacto significativo en comportamientos de salud de la mujer durante el embarazo. La ganancia insuficiente de peso, el tabaquismo, consumo de alcohol y de abuso de sustancias están bien establecidos como factores de riesgo para resultados neonatales adversos. La violencia de pareja durante el embarazo se asocia con la depresión, tanto durante el embarazo y en el período posparto.

De hecho, las mujeres que sufren maltrato durante el embarazo son 2,5 veces más propensas a informar de sintomatología depresiva que las mujeres no abusadas. La depresión se ha identificado como la consecuencia de la salud mental más común de la violencia de pareja, con casi el 40% de las mujeres maltratadas que informaron la sintomatología depresiva (8).

Por otro lado también se necesita investigar más en profundidad sobre como la violencia de la pareja durante el embarazo afecta la salud del comportamiento, especialmente en entornos de bajos recursos. La evidencia a partir de estudios basados en la población de Bangladesh, Kenya, Rwanda y Zimbabwe muestra que las mujeres que alguna vez han experimentado violencia de pareja son menos propensas a integrarse en un centro de salud (22).

En relación con esto, un estudio realizado en España el 2013 sobre la violencia de pareja, señala que los servicios de salud pueden jugar un papel clave en la prevención y gestión de violencia de pareja, debido a que pueden ser el primer y único punto de contacto con los profesionales del servicio público y que la

capacitación en su país ha sido la clave para permitir a los prestadores de salud tener habilidades suficientes para detectar y tratar la violencia de pareja (9).

La aplicación de sistemas para la detección de factores psicosociales de riesgo y protectores durante la gestación es una recomendación de primera línea (23), dado que permite intervenir precozmente sobre factores negativos sobre la salud de la madre y el feto (24).

También, detectar las determinantes biopsicosociales potencialmente modificables que generan desigualdades en el desarrollo integral de niños y niñas desde antes de nacer en los primeros años de vida e intervenir para aminorar su impacto, ha demostrado ser una estrategia efectiva para disminuir las inequidades sociales. La presencia de estos factores de riesgo psicosociales durante la gestación aumenta la probabilidad de que la mujer presente síntomas físicos, emocionales, conductas de riesgo, maltrato a los hijos/as, violencia e, incluso, enfermedades, tales como depresión, hipertensión arterial y otras.

Idealmente, los factores de riesgo debieran ser detectados en la primera atención prenatal, especialmente aquellos que requieren acciones rápidas y multidisciplinarias (23).

Actualmente existen diversas intervenciones destinadas a revertir o aminorar los efectos de tales factores de riesgo, entre ellas debe enfatizarse el uso de aquellas que buscan aumentar la fortaleza de la mujer, su familia y la cuenta los recursos disponibles en el sistema de salud, los recursos comunitarios disponibles y las políticas públicas intersectoriales vigentes de la comunidad en que vive.

Las intervenciones a implementar deben tomar en cuenta la violencia de género (por parte de madre, pareja u otra figura masculina) (25), principalmente para acortar el tiempo que suele mediar entre el inicio de la violencia y el acceso a servicios (5).

En Chile, un estudio sobre prevalencia de la violencia realizado en las regiones Metropolitana y Novena en el año 2000 encontró que el 10% de las mujeres que habían estado gestantes habían sido objeto de violencia física; 4% había recibido golpes en el abdomen; un 10% de las mujeres de Antofagasta y Calama que han estado gestantes, y un 11% de las mujeres de la comuna de Tocopilla han experimentado violencia física durante el embarazo; un 8% de las mujeres de la comuna de Antofagasta que han estado gestantes, un 4% de las mujeres de Calama y un 3% de Tocopilla fueron golpeadas en el abdomen durante su embarazo. Además, en la gran mayoría de los casos, la violencia durante el embarazo fue ejercida por el padre del/la hijo/a del/la cual la mujer estaba gestante: un 94% de las mujeres golpeadas durante el embarazo en Antofagasta, un 90% en Calama y un 89% en Tocopilla recibieron los golpes por parte del padre del/la hijo/a que esperaban. En la mayoría de las situaciones de violencia en el embarazo en Antofagasta y Calama, y en cerca de la mitad de Tocopilla, la violencia física se había dado con anterioridad (65%, 67% y 48%, respectivamente). De ellas, un 50% de las mujeres de Tocopilla y un 47% de Calama señaló que la violencia disminuyó cuando quedó gestante, mientras que solo un 18% de Antofagasta señaló esta situación.

En síntesis, aproximadamente 1 de cada 10 mujeres ha sido golpeada mientras está gestante por parte del padre de su hijo/a. Frecuentemente la violencia había comenzado antes del embarazo y en la mayoría de los casos ésta se mantiene o empeora. Esto muestra que el embarazo no constituye un obstáculo para la violencia cuando ésta se ha instalado en la relación de la pareja, hecho que puede tener serias consecuencias en la salud de la madre y de su hijo/a (26).

En nuestro país, a partir del 2004, el “Programa de Atención integral en establecimientos de Atención Primaria de Salud para mujeres que viven Violencia Intrafamiliar” ofrece la evaluación integral, consulta social y jurídica, intervención psicosocial grupal, derivación a redes de apoyo y, si corresponde, a un plan de protección (21).

Desde el 2007, se integró al primer control prenatal una pauta estandarizada para la detección precoz del riesgo psicosocial, la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) (25) que permite pesquisar 9 factores de riesgo para la gestante y el desarrollo integral del niño (27), los cuales implican potenciales daños a la salud materna, fetal y el desarrollo posterior del niño (25).

En el año 2009, la Red Asistencial Pública atendió a 31.937 víctimas de violencia intrafamiliar (9). Con este programa, el profesional de salud debe proporcionar una atención integral, sistemática y periódica con un enfoque biopsicosocial a la gestante con la participación de su pareja u otra persona significativa. En su ingreso al control prenatal es esencial, tanto el establecimiento de una relación de ayuda entre la gestante y la matrona/ matrócn, así como la evaluación del riesgo psicosocial (28). En el período de enero a noviembre de 2009, del 92% de las gestantes que fueron evaluadas con este instrumento, lo que representa la realización de más de 180.000 evaluaciones, la incidencia de violencia de género fue de un 12,7%. La violencia de género es poco diagnosticada debido a las características mismas del problema. Muchas mujeres que viven violencia se encuentran aisladas, deprimidas y asustadas. (27).

En Chile, a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial del MINSAL y los “Manuales Series REM 2012-2013”, se construyó el “Manual de Registro de Indicadores PADBP 2013” en el cual se incluyeron los indicadores con mayor importancia según su ponderación, dentro de los cuales está el porcentaje de gestantes con riesgo según EPsA aplicada al ingreso a control prenatal (29), considerada una estrategia prioritaria para el seguimiento y apoyo al desarrollo infantil en el contexto del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia “Chile Crece Contigo (Chcc)” (28).

En Junio de 2011, el Departamento de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS) y la Secretaría Ejecutiva del Programa Chile Crece contigo, determinaron el porcentaje de gestantes en riesgo según el EPsA (30) (gestantes controladas por su embarazo con riesgo psicosocial según la Pauta EPsA en el control, a la fecha del corte)(29).

y el porcentaje de gestantes en riesgo con violencia de género (30) (gestantes que han sido controladas por su embarazo y que presentan violencia de género, detectada a través de la aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada o a través de la anamnesis realizada en el control, a la fecha del corte) (29). Del total general de la población, el 48,8% de las gestantes estaban en riesgo, siendo la región de Los Lagos (58,9%), Los Ríos (53,9%) y la Araucanía (53,8%) las que presentaron mayor riesgo. Por otro lado, las gestantes en riesgo con violencia de género correspondieron sólo al 8,5% del total de la población, teniendo los mayores porcentajes, la región de Magallanes (11,5%) y de Arica y Parinacota (11,4%) (9).

La gestante que presenta factores de riesgo, es derivada al equipo de cabecera para el estudio y diseño del plan de acción personalizado que favorezca el mejor desarrollo de su proceso de gestación (24). Debe recibir las prestaciones universales y/o GES, recibir las prestaciones del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial destinadas a la población vulnerable y ser referidas a la Oficina de Estratificación Social de la Municipalidad para la aplicación de la Ficha de Protección Social (FPS) o el instrumento que la reemplace (28).

Es posible encontrar ciertos consensos que caracterizan los efectos de la violencia de pareja sobre las mujeres. Las investigaciones muestran una directa relación entre la salud mental de las mujeres y la violencia doméstica con una alta frecuencia de mujeres agredidas que presentan depresión, ansiedad, síntomas traumáticos y autodestructivos. Las relaciones con la depresión han sido ampliamente estudiadas, diversas investigaciones en Estados Unidos han encontrado que el 47,6% de mujeres que viven violencia también sufren depresión. Otros estudios arrojan una prevalencia que va entre el 38% y 83% (9). Una revisión sistemática y meta-análisis realizada el 2013, encontró que los altos niveles de síntomas de todos los tipos de trastornos mentales perinatales se asociaron con el haber sido víctima de violencia doméstica.

Diversos estudios han demostrado que las mujeres con depresión en los períodos prenatal y postnatal tienen 3 a 5 veces más de probabilidades haber sido víctima de violencia doméstica durante la vida adulta en los últimos 12 meses, y durante el embarazo, con estimaciones correspondientemente alta prevalencia. También este Meta-análisis sugiere que las mujeres que sufren violencia doméstica durante el embarazo tienen 3 veces más probabilidades de una probable depresión en el periodo postnatal (31).

Es importante destacar que las mujeres gestantes son consideradas una población vulnerable en situación de riesgo de ser víctimas de la violencia de pareja. El embarazo es una oportunidad única para identificar y derivar a las mujeres que sufren violencia de pareja a los recursos comunitarios (32).

Desafortunadamente, incluso cuando los proveedores de atención de la salud hacen preguntas sobre violencia de pareja, aún existen mujeres que no dan a conocer sus experiencias. (6), ya que muchas barreras influyen en la capacidad de las mujeres a revelar dichos eventos y que repercuten en la eficacia de la pesquisa. La violencia de pareja es, por tanto, un problema cuando se aplican criterios de selección tradicionales, ya que es un fenómeno social complejo y no una enfermedad. No obstante, la decisión de implementar programas de detección aún requiere evidencia de efectividad (3).

Algunos estudios destacan que las diferencias de prevalencia en algunos casos pueden estar relacionadas con el tipo de herramienta que se utiliza, ya que si se hacen preguntas de forma generalizadas o si son específicas, pueden llevar a una subestimación de los afectados. Una investigación sobre violencia de pareja de la Revista de Salud de la mujer del 2010, refiere que muchos profesionales y organizaciones han abordado la violencia de pareja para recomendar el screening universal. Sin embargo, el grupo de trabajo del servicio preventivo de EE.UU. llegó a la conclusión de que aún no hay pruebas suficientes para recomendar una herramienta de detección de violencia de pareja sobre otra (20).

En julio de 2011, el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional recomendó el screening universal de violencia de pareja, tomando nota de la prevalencia de violencia de pareja y la necesidad de abordar los riesgos de salud actuales y futuros. Sin embargo, ha habido una falta de consenso con respecto a la utilidad de la detección de violencia de pareja contra las mujeres (33). Esta detección precoz se puede realizar mediante el método de cribado o la aplicación de una prueba estandarizada. Uno de los inconvenientes según estudios basados en entrevistas ha demostrado que a las mujeres les preocupa el hecho de que pueda romperse el principio de confidencialidad. Así, aunque el problema de la violencia contra las mujeres en la pareja cumple con algunos de los requisitos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para recomendar un programa de cribado poblacional (problema de salud pública importante, altos índices de morbimortalidad, conocimiento de la historia natural del problema), los criterios para su diagnóstico no están aún bien establecidos, se desconoce el balance entre riesgo y beneficio de esta actuación y no hay evidencias de que el cribado disminuya la morbimortalidad por violencia.

En los últimos años se han desarrollado instrumentos de cribado para detectar casos probables de violencia contra la mujer en la pareja, la mayoría de ellos en inglés (34) y se han comparado para ser validados en español, tales como el Index of Spouse Abuse (ISA), el Women Abuse Screening Tool (WAST), el Partner Violence Screen (PVS) y el Psychological Maltreatment of Women Inventory-short versión (PMWI-SF) (7).

Sin embargo, estos instrumentos son dirigidos a las mujeres en general, existiendo una carencia de instrumentos que permitan detectar esta problemática específicamente durante el embarazo encontrándose sólo algunos tales como el Abuse Assessment Screen (AAS), Domestic Abuse Assessment Questionnaire y el Cuestionario breve para Detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas.

Este último fue elaborado en el año 2000 por la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) para realizar detecciones de violencia de género en ámbitos caribeños y latinoamericanos (específicamente en la República Dominicana, el Perú y Venezuela) (21) y en el 2005 fue validado en Argentina, cuyos resultados demostraron la solidez de este instrumento breve de evaluación, tanto por su formato y su contenido como por su comprensibilidad y confiabilidad. Mostró situaciones de violencia de género con mayor sensibilidad que las preguntas inespecíficas que se hacen, y aportó una mayor capacidad de discriminación entre las distintas modalidades de violencia. Además, sus propiedades lingüísticas y psicométricas resultaron adecuadas (35).

La importancia de realizar esta investigación se basa en la escasa evidencia científica de estudios recientes que informen la prevalencia y validez de instrumentos utilizados para la detección sobre violencia contra la mujer durante el embarazo, lo que impide implementar nuevas políticas de detección en los establecimientos de salud con estrategias y programas de prevención y pesquisa, la falta de capacitación de los profesionales de salud frente a una situación de violencia y la insuficiente preocupación de su asociación con los resultados adversos maternos y neonatales. Es de suma importancia contar con un cuestionario sensible, confiable y específico que pueda aplicarse para detectar casos de violencia contra la mujer durante el embarazo en los centros de salud, pudiendo así contribuir a mejorar los resultados maternos y neonatales adversos.

Objetivos

Objetivo general:

Comparar la capacidad predictiva de dos instrumentos para detectar violencia contra la mujer en el ciclo vital en la atención primaria de salud en Chile en el año 2016.

Objetivos específicos:

1. Describir la prevalencia de violencia contra la mujer de la pauta "Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA)" y la del "Cuestionario breve para detectar violencia de género elaborado por la IPPF/RHO.
2. Identificar la capacidad de detección de los diferentes tipos de violencia contra la mujer en el embarazo del instrumento EPsA y el Cuestionario breve de la IPPF/RHO.
3. Analizar la validez y confiabilidad de la versión chilena del Cuestionario breve para detectar violencia de género elaborado por la IPPF/RHO.

Debido a lo anteriormente expuesto la Hipótesis planteada es la siguiente:

Hipótesis

- Aunque la pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) permite detectar el riesgo de violencia de la pareja u otra figura masculina durante el embarazo, infravalora la prevalencia de violencia contra la mujer.
- El Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas es un instrumento válido y confiable para medir violencia contra la gestante en Chile.

Metodología

Tipo de estudio: Cuantitativo observacional de corte transversal

Población y muestra: Se obtuvo una muestra final de 150 gestantes en un centro de salud familiar urbano ubicado en la ciudad de Concepción del Sur de Chile, con un nivel de confianza del 95%, una prevalencia del 5% y un error máximo admitido del 3%.

Variabes de estudio: Este estudio evaluó variables sociodemográficas que permitieron una caracterización general del grupo tales como: la edad, el nivel educacional, estado civil y actividad laboral. Las variables obstétricas que permitieron reconocer el perfil de salud de cada gestante tales como: edad gestacional, paridad, tipo de parto y antecedente de aborto. Por último se exploraron características de violencia tales como; tipo de violencia, tipo de agresor, etapa del ciclo vital del suceso, y situación actual de riesgo de violencia.

Criterios de inclusión: Se incluyeron las gestantes con pareja al momento de la aplicación del instrumento.

Criterios de exclusión: Todas las gestantes sin pareja, con disfunciones cognitivas severas y, siguiendo las normas éticas y de seguridad para la investigación sobre violencia contra la mujer de la Organización Mundial de la Salud, las gestantes acompañadas por su pareja al control prenatal.

Instrumento de recogida de información: Se elaboró un cuestionario a propósito de éste estudio con cuatro secciones: sección I Antecedentes Generales, Sección II. Antecedentes Gineco-Obstétricos, Sección III. Respecto a su embarazo actual, donde desde la pregunta 12 a la 16 corresponde a la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA), es decir, corresponden a las preguntas 1 a 7 del instrumento original que se aplica al ingreso prenatal en los centros de atención primaria en Chile y la última sección IV. Aspectos relacionados con la pareja, e incluye las preguntas sobre violencia contra la mujer de la versión chilena del cuestionario breve IPPF/RHO y la última pregunta del EPsA sobre violencia del MINSAL. Al final del cuestionario se agrega el agradecimiento a la gestante por su participación en el estudio (ver anexo N.4).

Cabe destacar que se realizaron numerosas reuniones entre las profesionales del equipo de investigación, en las que se evaluó tanto el formato de la encuesta como su contenido teórico, con el fin de garantizar que cada pregunta exprese la definición conceptual de las manifestaciones de violencia que se deben explorar con ambos instrumentos, lo que corresponde a la validación del cuestionario desde el punto de vista lingüístico (ver tabla 1).

Tabla N.1 Comparación de instrumentos de pesquisa de violencia contra la mujer en Atención primaria de salud.

Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA)	Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas
<p>a. ¿Alguien la ha insultado, humillado o amenazado, le ha dicho que no debiera estar gestante?</p> <p>b. ¿Le controlan con quien conversa o sus actos? VIOLENCIA PSICOLOGICA</p> <p>c. ¿Le controlan el dinero que gasta? VIOLENCIA ECONOMICA</p> <p>d. ¿Alguien la ha golpeado o empujado? VIOLENCIA FISICA</p> <p>e. ¿Este embarazo es consecuencia de una relación sexual no consentida? VIOLENCIA SEXUAL.</p> <p>f. Marque si, si ha sucedido cualquiera de estas manifestaciones de violencia, subraye el tipo de violencia del que ha sido víctima. En caso que la fuente de violencia sea alguien distinto de la pareja u otra figura masculina de la familia.</p>	<p>P. 18 ¿Su pareja u otra figura masculina significativa para usted le ha causado daño emocional o psicológico por medio de alguna de las siguientes situaciones en forma repetida?</p> <p>P. 21 ¿Su pareja u otra figura masculina significativa para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada?</p> <p>P. 24 ¿Su pareja u otra figura masculina significativa le controla el dinero que gasta?</p> <p>P. 25 ¿Alguna vez en su vida ha sido forzada u obligada a tener relaciones o contacto sexual?</p> <p>P. 28 ¿Este embarazo es consecuencia de una relación sexual no consentida?</p> <p>P. 29 ¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien o haber tenido relaciones o contacto sexual?</p>
	<p>* ¿Quién (quienes) lo hizo?</p> <p>* ¿En qué etapas de su vida sucedió?</p> <p>* ¿Sucede actualmente?</p>

* Se repiten en preguntas 18, 21 y 25.

Proceso de reclutamiento: La estrategia de identificación de las participantes y aplicación de la encuesta estuvo a cargo de todas las matronas del Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández previa capacitación, es decir, siete en total, donde una de ellas es la investigadora responsable del estudio.

Se entregó ficha informativa (ver anexo N.2) y se informó en detalle a la gestante los motivos del por qué se le invitaba a participar y qué suponía para ella. El cuestionario se realizó el día en que la paciente ingresó al control prenatal. El cuestionario tuvo una duración aproximada de 10 minutos, y se llevó a cabo en el box de atención de la matrona correspondiente.

Según las normas éticas de la Organización Mundial de la Salud, el cuestionario se aplicó mediante premisas fundamentales para garantizar la seguridad de la mujer tales como: excluir a la pareja u otro acompañante, garantizar la confidencialidad de la información, respetar autonomía de la gestante y documentar en ficha clínica la realización del cuestionario de forma voluntaria.

Aspectos éticos: Antes de llevar a cabo el estudio se procedió a la evaluación por el Comité Ético Científico del SS Concepción (CEC SSC). Se elaboró la *ficha informativa* para las personas que fueron entrevistadas sobre el objetivo del estudio, con la calidad de carácter confidencial de la información que nos proporcione, con nombres y datos de contacto de quienes podrían responder a sus dudas referidas al estudio y sobre los derechos como participante de un estudio de estas características (ver anexo N.2). Y a la vez, se dispuso de un *consentimiento informado* (ver anexo N.3) que firmó la participante y quién la entrevistó, entregándole una copia a la persona entrevistada y la otra copia es para el equipo de investigación y quedando a disposición del CEC SSC si así lo estima conveniente. El cuestionario se realizó de acuerdo a las consideraciones éticas de la Organización Mundial de la salud (OMS) con premisas fundamentales para garantizar la seguridad de la mujer y así evitar el daño adicional o revictimización (ver anexo N.2).

Análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron ingresados a una base de datos Excel y fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 19.0 y Stata versión 14.

Análisis univariado: Para las variables cuantitativas se calculó media, desviación estándar, mínimo y máximo. Mientras que a las variables cualitativas se presentaron en frecuencia absoluta y relativa porcentual.

Análisis bivariado: Para comprobar la existencia de asociación entre variables para las variables cualitativas se utilizara el test de Chi cuadrado o test exacto de Fisher, según corresponda.

Análisis factorial: Para evaluar la pertinencia del análisis factorial se realizó primero la Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin, y la Prueba de Esfericidad de Bartlett, y el método de extracción de los factores utilizado fue Máxima Verosimilitud. Una vez comprobado que podía realizar el análisis factorial, dado que las preguntas del instrumento utilizado para la caracterización de la violencia son de tipo dicotómicas utilizamos la Correlación Tetracórica.

Para evaluar la consistencia interna del instrumento se calculó la fórmula 20 de Kuder-Richardson que se indica para el cálculo de la consistencia interna de escalas dicotómicas. Para cada test empleado en este análisis se considerara un nivel de significancia de 0,05, esto quiere decir, que cada vez que el p-valor asociado a un test es menor que 0,05 se considera estadísticamente significativo.

Resultados

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

En cuanto a la edad de las gestantes, el promedio fue de 26 años (mínimo 14 – máximo 43). Un 6,66% (n=10) cursa un embarazo adolescente y el 5,33% (n=8) un embarazo tardío. El 95,33% (n= 143) de ellas, refiere tener pareja al momento de la encuesta, distribuyéndose en un 41,33 % (n = 62) en la condición de soltera, 30% (n=45) conviven, 28% (n=42) son casadas y el 0,67% (n=1) son divorciadas. En la actividad laboral, el 48,67% (n= 73) de ellas trabaja remuneradamente. En relación al nivel de estudios, el 13,34% (n=20) tiene educación nivel básico, el 46% (n=69) educación nivel medio y el 40,67% (n= 61) educación nivel superior.

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

El 55,33% (n=83) tiene hijos/as vivos/as previos/as. De estas 83 mujeres, el 66,27% (n= 55) tiene 1 hijo/a, el 27,71% (n=23) tiene 2 a 3 hijos/as, el 4,82% (n=5) tiene más de 3 hijos/as. Por otro lado, el 54,22% (n= 45) ha tenido sólo parto vaginal, el 36,14% (n= 30) parto cesárea, y el 8,43% (n= 7) ha tenido parto vaginal y cesárea.

El 25,33% (n=38) refiere haber tenido aborto alguna vez. De éstas, el 76,32% (n= 29) ha tenido 1 aborto, el 13,16% (n= 5) 2 abortos y el 7,89% (n= 3) 3 abortos.

Respecto al embarazo actual, la edad gestacional promedio de ingreso a control fue de 12 semanas, con un mínimo de 5 semanas y máxima de 37+4 semanas.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DURANTE LA GESTACION

Un 5,33% (n=8) pensó interrumpir la gestación y preferiría no estar gestando. El 12% (n= 18) no se siente satisfecha con el apoyo por parte de su familia y/o pareja durante el embarazo. El 22% (n= 33) presenta síntomas depresivos (cansada o decaída y/o triste, deprimida o pesimista y/o pérdida de interés por cosas que antes le resultaban agradables).

Por otra parte, frente al consumo de alguna droga: el 7,33% (n= 11) ha consumido al menos una vez cigarrillos, un 5,33% (n= 8) alcohol, un 0,67% (n= 1) tranquilizante sin receta médica y un 1,33% (n= 2) de las gestantes ha consumido algún tipo de droga ilícita (marihuana, cocaína, pasta base, anfetamina u otra) durante el embarazo.

VIOLENCIA

A continuación se analizará la presencia de violencia a través de dos conceptos, aunque los resultados están en función de las mismas mujeres a quienes se les aplicó dos instrumentos de medición. El primer concepto es violencia intrafamiliar valorado por el instrumento de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) y el segundo es violencia contra la mujer durante todo el ciclo vital, medido a través del Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas.

El 13,33% (n=20) de ellas, presenta algún tipo de violencia enmarcada en la violencia intrafamiliar mientras que el 34,72% (n=50) de las gestantes señala tener algún tipo de violencia a lo largo de su vida (ver tabla N°2). De estas 50 mujeres que presentaron violencia, el 54% (n= 27) reconoce haber vivido solo un tipo de violencia y un 46% (n=23) señala haber sufrido más de un tipo de violencia.

En cuanto a violencia contra la mujer y la relación con el agresor, el 24% (n=36) fue por un familiar, seguido por la pareja en un 12,6% (n=19), la ex pareja en un 9,3% (n=14), un 2,6% por un desconocido (n=4) y finalmente un 0,6% (n=1) por más de un familiar, al igual que por un familiar junto con un desconocido, y agresión por más de un desconocido. En cuanto a violencia contra la mujer durante el ciclo vital, las etapas de niñez, juventud y adultez demuestran la mayor agresión con una prevalencia 6% (n=9) en cada una de ellas, seguido de un 4,6% (n=7) en la adolescencia y el embarazo con un 3,3% (n=5).

TIPO DE VIOLENCIA

Violencia psicológica

En relación a la presencia de violencia contra la pareja por parte de su compañero íntimo u otra figura masculina, medido por el Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas, se observa que el 18% (n= 27) de las gestantes ha sufrido algún daño emocional o psicológico en algún momento de su vida. El 37% (n=10) refiere haber sido agredida por su pareja, mientras que el 22,2% (n=6) refiere que fue por un familiar, al igual que por su ex pareja (ver tabla N°3).

Al analizar a estas mujeres según su nivel educacional se puede observar que, el 48,1% (n= 13) de ellas tiene nivel de enseñanza media, el 37% (n =10) nivel de enseñanza superior, y el 14,8% (n=4) nivel de enseñanza básica con cifras que no son estadísticamente significativas ($p= 0,876$). Respecto a la actividad laboral, el 66,7% (n=18) de aquellas que sufrieron violencia psicológica no tenían un ingreso económico por actividad laboral propia ($p=0,066$). El 66,7% (n=18) de ellas tiene hijos. El 33,3% (n=9) ha tenido un aborto previo ($p=0,314$), y el 14,8% (n=4) ha pensado interrumpir el embarazo, con diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,021$). El 22,2% (n=6) se siente insatisfecha con el apoyo de la familia y/o pareja u otra persona significativa durante el embarazo ($p=0,087$). Frente a la presencia de síntomas depresivos el 37% de ellas lo presenta (n=10) con un valor $p=0,023$, cifra que es estadísticamente significativa (ver tabla N°3).

Por último el consumo de sustancias en el último mes en este grupo de mujeres, un 3,7% (n=1) ha consumido cigarrillo ($p=0,69$). El 3,7% (n=1) alcohol ($p=1,000$). El 3,7% (n=1) consumió algún tranquilizante sin receta médica ($p=0,182$). Cabe destacar que el 100% (n=27) de las gestantes que sufrió algún tipo de violencia psicológica o emocional refiere no consumir alguna droga ilícita como marihuana, cocaína, pasta base entre otras. El desglose por etapa corresponde a: niñez un 3,7% (n=1), adolescencia un el 11,1% (n=3), juventud un 22,2% (n=6), adultez un 18,5% (n=5) y un 18,5% (n=5) durante el embarazo y/o postparto.

Mientras que un 11,1% (n=3) de ellas refiere este tipo de agresión en más de una etapa, el 3,7% (n=1) refiere haber sufrido en todas las etapas del ciclo vital (ver tabla N°4).

Violencia Física

En cuanto a daño físico grave por parte de su pareja u otra figura masculina, el 4,67% (n=7) de ellas refiere haber sufrido esto al menos una vez o tener agresiones menores en forma reiterada. El 28,5% (n=2) fue agredida por un familiar, el 14,2% (n=1) por su pareja y el 57,1% (n=4) por su ex pareja. El 14,2% (n=1) fue agredida durante la niñez, e igual cifra para el periodo de la adolescencia, el 28,5% (n=2) durante la juventud, el 14,2% (n=1) en la adultez y el 28,5% (n=2) tanto en la adultez como en el embarazo.

Se observa que el 42,9% (n=3) de ellas tiene un nivel de enseñanza superior, mientras que el 28,6% (n=2) tiene un nivel de enseñanza media al igual que de enseñanza básica (p=0,350). Con respecto a la actividad laboral, el 28,6% (n=2) tiene trabajo (p=0,443). El 85,7% (n=6) de las mujeres que han sufrido violencia física tiene hijos (p=0,131), y el 85,7% (n=6) tiene antecedente de abortos previos con una diferencia estadísticamente significativa (p=0,001). En éste sentido, el 14,8% (n=4) de las gestantes señala haber pensado en interrumpir éste embarazo con una diferencia estadísticamente significativa (p=0,021). En éste mismo grupo de mujeres, el 22,2% (n=6) se siente insatisfecha con el apoyo de su familia y/o pareja u otra persona significativa durante el embarazo (p=0,087).

El 37% (n=10) de estas mujeres que ha experimentado violencia física alguna vez presenta síntomas depresivos durante el actual embarazo, con diferencias estadísticas significativas (p=0,023).

En relación al consumo de tabaco, el 3,7% (n=1) de las gestantes admite haberlo consumido durante el embarazo (p= 0,690), el 3,7% (n=1) ha consumido alcohol (p=1,000). El 3,7% (n=1) ha consumido tranquilizantes sin receta médica durante el embarazo actual. Cabe destacar que el 100% (n=27) de las gestantes que presentan daño físico refieren no haber consumido algún tipo de droga como marihuana, cocaína, pasta base entre otras.

Violencia económica

El 4,67% (n= 7) de las mujeres refiere que su pareja le controla el dinero que gasta. De ellas el 42,9% (n=3) tiene enseñanza media y básica, respectivamente, y el 14,3% (n=1) enseñanza superior (p=0,062).

El 28,6% (n=2) de las mujeres trabaja remuneradamente (p=0,443). El 71,4% (n=5) de ellas tiene hijos (p=0,461). El 57,1% (n=4) de las gestantes tiene antecedente de aborto (p=0,069). El 14,3% (n=1) de las gestantes ha pensado en interrumpir el embarazo, con diferencias estadísticamente significativas (p=0,004). El 57,1% (n=4) de las gestantes se siente insatisfecha con el apoyo de su familia y/o pareja u otra persona significativa, con diferencias estadísticamente significativas (p=0,004). El 71,4% (n=5) de ellas presenta síntomas depresivos en el embarazo actual, con diferencias estadísticamente significativas (p=0,006).

El 28,6% (n=2) de las mujeres ha consumido tabaco en éste embarazo (p=0,084), el 14,3% (n=1) ha consumido algún tranquilizante sin prescripción médica con diferencias estadísticamente significativas (p=0,047). Mientras que el 100% (n=7) de ellas señaló no haber consumido alcohol ni drogas ilícitas como marihuana, cocaína, pasta base entre otras.

Violencia sexual

El 8% (n=12) señala haber sido obligada a tener relaciones sexuales o contacto sexual en algún momento de su vida, y el 1,33% (n=2) no desea contestar esta pregunta. El 41,6% (n=5) señala haberla sufrido por un familiar, el 33,3% (n=4) por su ex pareja y el 8,3% (n=1) por su pareja, al igual que por un desconocido. También el 8,3% (n=1) no desea identificar al maltratador. El 50% (n=6) refiere haber sido agredida durante la niñez, el 21,4% (n=3) durante la adolescencia, al igual que en la adultez y el 7,1% (n=1) en la juventud.

En relación al nivel educacional de estas mujeres el 38,5% (n=5) tiene enseñanza superior y media, respectivamente, y el 23,1% (n=3) enseñanza básica (p=0,496). El 38,5% (n=5) tiene un trabajo remunerado (p=0,427).

El 61,5% (n=8) de ellas tiene hijos (p=0,658), el 38,5% (n=5) tiene antecedentes de aborto (p=0,318). El 15,4% (n=2) de las gestantes ha pensado en interrumpir el actual embarazo (p=0,146).

El 7,7% (n=1) de las mujeres se siente insatisfecha con el apoyo de su familia y/o pareja u otra persona significativa en el actual embarazo (p=1,000). El 23,1% (n=3) de las gestantes tiene síntomas depresivos (p=1,000).

El 15,4% (n=2) de las gestantes ha consumido tabaco (p=0,246). El 23,1% (n=3) ha consumido alcohol (p=0,023), el 7,7% (n=1) de las gestantes señaló haber consumido algún tipo de drogas ilícita y el 100% no consumió tranquilizantes sin receta (p=0,167).

Abuso sexual infantil

El 20,67% (n=31) de las gestantes ha tenido algún tipo de abuso sexual cuando niña, mientras que el 2,67% (n= 4) no responde (ver tabla N°2). El 15,3% (n=23) señala que este abuso fue por un familiar, el 2% (n=3) por un desconocido, el 0,6% (n=1) por más de un familiar, al igual que por un familiar y un desconocido y también por más de un desconocido. Por otro lado el 1,3% (n=2) no desea identificarlo.

El 41,9% (n=7) tenían enseñanza superior, el 35,5% (n=11) enseñanza media y el 22,6% (n=7) enseñanza básica (p=0,166). El 41,9% (n=13) tiene trabajo remunerado (p=0,354). El 61,3% (n=19) de ellas tiene hijos en comparación (p=0,463). El 38,7% (n=12) tiene antecedente de aborto (p=0,054). Sólo el 3,2% (n=1) de las gestantes ha pensado en interrumpir el actual embarazo (p=1,000).

El 9,7% (n=3) se siente insatisfecha con el apoyo de su familia y/o pareja u otra persona significativa en éste embarazo (p=1,000), y el 22,6% (n=7) tiene síntomas depresivos (p=0,836).

En el último mes, el 9,7% (n=3) de las gestantes ha consumido tabaco (p=0,701), el 3,2% (n=1) ha consumido alcohol (p=1,000), el 3,2% (n=1) ha consumido algún tranquilizante sin prescripción médica (p=0,212), y el 100% (n=31) de ellas señaló no haber consumido algún tipo de drogas ilícita como marihuana, cocaína, pasta base entre otras.

Por último, sólo el 2% (n= 3) piensa que podría estar sufriendo algún tipo de violencia antes mencionadas, y particularmente llama la atención que 2 mujeres señalan tener algún otro factor de riesgo que no se ha mencionado anteriormente, pero una refiere violencia psicológica por parte de su ex pareja y la otra señala violencia psicológica, física y económica por parte de sus abuelos, pero ninguna de ellas menciona tener violencia en las preguntas anteriores donde se incluían éstos tópicos.

Tabla N°2 Comparación de la prevalencia de violencia contra la mujer según la Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) y el Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas.

Tipo de instrumento	Tipo de violencia	Si N (%)	No N (%)	Total	Valor p
Cuestionario breve para consultas clínicas ¹	Psicológica	27 (18%)	121 (82%)	148	0,000
	Física	7 (5%)	143 (95%)	150	0,000
	Económica	7 (5%)	143 (95%)	150	0,000
	Sexual	13 (8%)	136 (92%)	149	0,000
	Embarazo por violación	0 (0%)	148 (100%)	148	0,000
	Abuso sexual en la niñez ²	31 (21%)	115 (79%)	146	0,000
EPsA ³	Violencia	20 (13%)	130 (87)	150	0,000

1. Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas.
2. Incluye: tocamiento de manera inapropiada por alguien o haber tenido relaciones o contacto sexual.
3. Evaluación Psicosocial Abreviada

Tabla N°3 Caracterización de la presencia de violencia psicológica contra la mujer (n= 27)

Variable	N (%)
Agresor	
Familiar	3(11,1)
Pareja actual	13(48,15)
Ex pareja	6(22,22)
Desconocido	0(0)
No desea identificarlo	5(18,52)
Nivel educacional	
Básica	4(14,8)
Media	13 (48,1%)
Superior	10 (37%)
Trabajo remunerado	
	18 (66,7%)
Hijos previos	
	10 (37%)
Síntomas depresivos	
	9 (33,3%)
Antecedente de aborto	
	4 (14,8%)
Deseo de interrumpir actual embarazo	
	6 (22,2%)
Percepción de apoyo familiar/ pareja	
Consumo de sustancias	
Tabaco	1 (3,7%)
Alcohol	1(3,7%)
Fármacos sin receta médica	1(3,7%)
Marihuana, cocaína u otras ilícitas	0(0)

(n = número total de gestantes que respondieron la pregunta de violencia psicológica.

Tabla N°4 Descripción de la presencia de violencia contra la mujer según tipo de violencia y etapa del ciclo vital (n=148)

Tipo de violencia	Psicológica ¹			Física ²			Sexual ³		
	SI	NO	*p	SI	NO	*p	SI	NO	*p
Niñez	3 (2%)	23 (16%)	0,000	1 (0,7%)	6 (4%)	0,008	6(46,2%)	7 (53,8%)	0,695
Adolescencia	7 (5%)	19 (13%)	0,001	1 (0,7%)	6 (4%)	0,008	3 (2%)	10 (6,7%)	0,006
Juventud	7 (5%)	19 (13%)	0,001	2 (1,4%)	5 (3%)	0,109	1 (0,7%)	12 (8%)	0,000
Adultez	8 (5%)	18 (12%)	0,006	3 (2,1%)	4 (3%)	0,280	3 (2%)	10 (6,7%)	0,006
Embarazo actual	9 (6%)	17 (12%)	0,02	2 (1,4%)	5 (%)	0,109	-	-	-

1 n = 148, 2 n = 150 y 3 n = 149. (n = número total de gestantes que respondieron la pregunta del tipo de violencia).

*valor p

Tabla N°5 Descripción de los Impactos en la salud por los tipos de violencia contra la mujer.

Impactos en la salud	Tipos de violencia contra la mujer							
	Psicológica		Física		Económica		Sexual	
	%	*VP	%	*VP	%	*VP	%	*VP
1. Pensar en interrumpir el embarazo	14,8% (n=4)	0,021	14,8% (n=4)	0,021	14,3% (n=1)	0,004	-	-
2. Síntomas depresivos	37% (n=10)	0,023	37% (n=10)	0,023	71,4% (n=5)	0,006	-	-
3. Antecedente de aborto	-	-	85,7% (n=6)	0,001	-	-	-	-
4. Insatisfacción con apoyo familiar y/o de pareja	-	-	-	-	57,1% (n=4)	0,004	-	-
5. Consumo de tranquilizantes sin prescripción médica	-	-	-	-	14,3% (n=1)	0,047	-	-
6. Consumo de alcohol	-	-	-	-	-	-	23,1% (n=3)	0,023

* Valor P con resultados estadísticamente significativos.

ANÁLISIS FACTORIAL

Dado que las preguntas del instrumento utilizado para la caracterización de la violencia son de tipo dicotómicas, se utilizó la correlación tetracórica.

Para saber si es pertinente realizar el análisis factorial se calculó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin, la cual nos indica que tan conveniente es realizar un análisis factorial cuyo valor resultó 0,609, y la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un p-valor $< 0,001$, con lo cual podemos concluir de ambos test que es pertinente realizar el análisis factorial.

Al ser primera vez que se aplica este instrumento en la población, se realizara un análisis factorial exploratorios, lo que nos permite conocer cuántos factores o dominios se identifican en la población, para ello el método de extracción en el análisis factorial fue máxima verosimilitud. En la tabla 6 se presentan el autovalor mayor a 1 obtenido de lo cual se extrae del análisis factorial que existe un solo dominio, además al ser un solo factor extraído este explica el 100% de la varianza total .

Tabla N°6 Factor obtenido en análisis factorial

Factor	Autovalor	Proporción	Acumulado
Factor 1	2,04067	1	1

En la tabla 7 se puede observar que no está incluida la pregunta obligada a tener relaciones sexuales la cual fue suprimida por producir colinealidad. La variable que menos aporta (0,4990) al factor es la pregunta control del dinero, la cual también es la que menos varianza está siendo explicada (0,2499).

Tabla N°7 Descripción de la singularidad y comunalidad por variable

Variable	Factor 1	Singularidad	Comunalidad
P18 Violencia psicológica o emocional	0,710	0,495	0,505
P22 Violencia física grave	0,938	0,119	0,880
P24 Control del dinero	0,499	0,750	0,249
P29 Abuso sexual en la infancia	0,636	0,595	0,405

Para evaluar la consistencia interna del instrumento se calculó la Fórmula 20 de Kuder- de las 5 variables incluidas en el análisis, el cual fue de 0,6 lo cual nos una consistencia interna pobre.

Discusión

Existen diferencias en la pesquisa de violencia entre el Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas y el instrumento de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA), siendo la prevalencia de 34,72% frente a 13%, respectivamente. También el primero de ellos ha distinguido la presencia de violencia en sus distintos tipos, aunque no existieron casos relacionados a que el embarazo fuera producto de una violación, pero si se presenta un alto porcentaje de abuso sexual en la niñez (21%).

El instrumento de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) utilizado como norma al ingreso prenatal mediante el Programa de Salud de la Mujer Chile Crece Contigo desde el año 2007, mide el riesgo de violencia del compañero íntimo (definido por la pareja) y/o violencia de género de forma inespecífica (definido por una figura masculina) llegando a un 13% en éste estudio, ubicando a éstos casos dentro de una misma escala para valorar distintos tipos de riesgos durante el embarazo con el objetivo de proteger la salud materno infantil. Por tanto, resulta una herramienta útil para valorar riesgos aunque de manera inespecífica (25). En cambio, con el cuestionario breve se logra detectar que las gestantes han vivido algún tipo de violencia a lo largo de su vida (34,72%), que han sido víctima de un tipo de violencia (54%) y otras por más de un tipo de violencia (46%), resultando una valoración sensible a la presencia de un riesgo permanente a lo largo de la vida de la mujer, incluido el embarazo (21). Estas cifras son similares a las que declaró la OMS en el año 2013 teniendo en cuenta estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer, indicando que el 35% de las mujeres del mundo han sido víctimas de violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja (37). En este sentido, la misma organización afirma que a nivel Latinoamericano la prevalencia de vida global de la violencia del compañero íntimo entre las mujeres que han tenido pareja alguna vez es del 30% (38), cifras que se acercan más a las identificadas por el cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas que por la evaluación psicosocial abreviada.

Por otro lado, en el cuestionario breve se reconoce claramente al tipo de agresor, siendo algún familiar el principal en éste estudio llegando a identificarse en 24% de los casos. Esto se podría relacionar con el hecho de que el 21% de las mujeres dejara haber recibido abuso sexual en la infancia, reconocido por la literatura como cualquier tipo de actividad sexual con un niño o niña en la cual el agresor está en una posición de poder y el niño se ve involucrado en actos sexuales que no es capaz de comprender o detener, por tanto es una transgresión a los derechos del niño (41). Está demostrado que el abuso o maltrato en la infancia provoca consecuencias a nivel psicológico (42), y aunque no se puede afirmar sentido de causalidad en un estudio de corte transversal y porque no es el objetivo de éste, cabe destacar que coincidentemente el 22% de las gestantes participantes de éste trabajo presenta síntomas depresivos.

Estos resultados deben ser considerados por las autoridades sanitarias, ya que en Chile existe una preocupación histórica por la salud de niños y niñas, pero en los últimos años se han establecido programas y recursos para fortalecer un sistema de protección de la infancia a través del Chile Crece Contigo, que es más que un programa, es establecer como prioridad nacional la salud de éstos y coordinar acciones de manera multidisciplinar para lograr su bienestar (27).

A pesar de la alta detección de abuso sexual en la niñez en éste estudio, llama la atención que al plantear la presencia de los distintos tipos de violencia, en particular la sexual, las mujeres reconocieron ésta sólo en un 8%, reconociendo que en casi la mitad de los casos el principal maltratador fue un familiar, seguido por su expareja, pareja y un desconocido. Esto concuerda con las estadísticas del Ministerio Público, que en 2010 aseguraba que de un total de 17.766 delitos de abuso sexual infantil ingresados a la fiscalía el año 2010, en 11.101 casos el imputado era conocido (63%) y en 6.664 casos no lo era (43).

Según la UNICEF, la mayoría de los casos de abuso sexual en la infancia se presentan dentro del ámbito familiar tanto por los propios progenitores como por parientes cercanos.

El gran problema que esto supone es la escasa denuncia cuando se presenta este tipo de violencia, debido a la autoridad que el pariente ejerce sobre el niño o niña y el temor que presenta éste a decir algo o incluso que no se le crea, ya que existen casos donde se ha realizado la denuncia y al no creerles, no han vuelto a decir nada al respecto, perpetuando una situación que le acarreará serios problemas a ella, a sus relaciones personales y posiblemente a su descendencia (41).

El abuso sexual infantil es una de las formas más graves de violencia contra la infancia y conlleva efectos devastadores en la vida de los niños y las niñas que lo sufren, incluye trayendo consecuencias a largo plazo, es decir, siendo un factor de riesgo para sufrir violencia en la adultez (44).

Según Naciones Unidas, las mujeres jóvenes son un grupo en riesgo de sufrir violencia sexual, dado que hasta un 50% de las agresiones sexuales en todo el mundo son cometidas contra niñas menores de 16 años. La primera experiencia sexual del 30% de las mujeres aproximadamente fue forzada, incrementándose hasta un 45% entre aquellas que tenían menos de 15 años en el momento de su iniciación sexual (45). En este mismo sentido, las madres con antecedentes de abuso tienen menos probabilidad de identificar a posibles abusadores de sus hijos/as, convirtiéndose en un factor de riesgo que hay que detectar oportunamente para evitar que se repita el ciclo de violencia (46).

Los esfuerzos de Naciones Unidas y del Ministerio de Salud de Chile por abordar ésta temática no se han dejado esperar y se ha elaborado en el año 2011 una guía clínica atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual, aunque desconocemos realmente el impacto que ha supuesto (46). Por otro lado, en éste estudio se encontraron resultados con diferencias estadísticamente significativas, tales como que el 14,8% (n=4) de las gestantes que vivieron violencia psicológica pensaron en interrumpir el embarazo (p=0,021) y el 37% (n=10) de ellas presentan síntomas depresivos (p=0,023).

Por otro lado, el 85,7% (n=6) de gestantes con violencia física tienen antecedente de aborto (p=0,001), el 14,8% (n=4) de ellas pensaron en interrumpir el embarazo (p=0,021) y el 37% (n=10) de ellas tienen síntomas depresivos durante la gestación actual (p=0,023). En éste sentido, el Instituto de Salud Pública afirma que éstos tipos de violencia limitan la posibilidad de que mujer pueda negociar con su pareja el uso de métodos anticonceptivos, colocándolas así en una situación de mayor riesgo de embarazos no deseados (5).

La presencia del deseo de interrumpir el embarazo, síntomas depresivos en su embarazo actual, y el consumo de alcohol, pueden dar cuenta de las consecuencias de situaciones de riesgo psicosocial o violencia ejercida por la pareja, como lo afirma la OMS, comprobándose su relación con la depresión, problemas del uso alcohol, embarazo no deseado y aborto (36).

Un estudio sobre las desigualdades en la violencia de pareja del año 2014 refiere que a nivel mundial en la atención primaria de salud, la gestación es una oportunidad única para identificar y derivar oportunamente a las mujeres que sufren violencia de pareja (32). En Chile, desde el año 2008 existen documentos de detección y atención de víctimas, pero no se cuenta con información acerca de la utilización efectiva de estos instrumentos ni de su impacto en la atención (1). El Ministerio de Salud describe en su catálogo de Prestaciones 2014 en el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo que se debe tener una relación de ayuda entre la gestante y la matrona así como evaluación psicosocial, pero no hay evaluaciones sobre el real impacto que ha tenido dichas acciones en el país y regiones (28).

Por otro lado, es importante destacar los resultados obtenidos en relación a la violencia que la mujer ha sufrido en la niñez, es decir, 7 gestantes reconocen haber sufrido violencia sexual en algún momento de su vida, sin embargo al preguntar si hubo específicamente violencia en la niñez en la pregunta específica son 31 las mujeres que señalan que han sido víctima de este tipo de violencia.

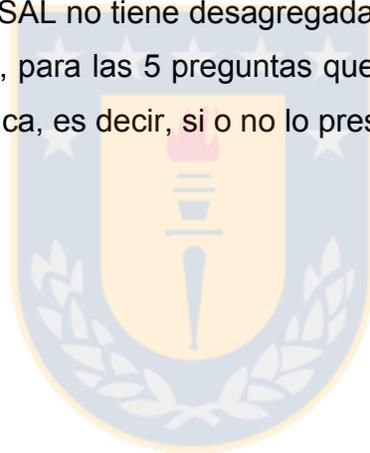
Por lo tanto, queda en evidencia que 24 gestantes no consideran el abuso sexual en la niñez como parte de la violencia sexual como concepto. En este sentido, en la literatura científica ha reconocido una especie de mitos respecto a los abusos

sexuales, es decir, esquemas de percepción y de interpretación del abuso, habitualmente compartidos, que pretenden minimizar, justificar o negar la violencia sexual de los hombres contra las mujeres, lo que se afianza a través de la vulnerabilidad económica y social de las mujeres, lo que puede llevarla a exponerse a diversos riesgos como el contagio de VIH/SIDA por ejemplo (47).

La confiabilidad tipo consistencia interna se refiere al grado en que los ítems de una escala se correlacionan entre ellos, por lo tanto, el objetivo en la construcción de un cuestionario es remarcar que los ítems similares se encuentran relacionados, es decir, que son consistentes internamente, pero que cada uno contribuya con información única y distinguible. Sin embargo, también podríamos considerar que la consistencia interna es un indicativo de que todos los ítems de una prueba miden la misma variable latente como podría ser en éste caso, que miden todos violencia contra la mujer. Por tanto, mientras la correlación entre ítems es más cercana a cero éstos estarían midiendo distintas variables latentes no relacionadas como en éste caso, es decir, todos los ítems miden sólo un factor, violencia contra la mujer, pero que miden distintos tipos de violencia. El hecho de que se excluyera en el modelo a la variable de violencia sexual (obligación a tener relaciones sexuales) pudiendo significar que podría estar contenida en otro ítem (48). Gracias a resultados de encuestas sobre violencia, tal como lo señala el Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe en su informe anual 2013-2014, se pueden obtener datos fundamentales para la identificación de los problemas centrales que deberán abordarse en cualquier política pública que se proponga acercar medidas efectivas y eficientes para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer (40). Y en Chile tiene todo el sentido ahora que se ha establecido como una prioridad al modificar la figura del Servicio Nacional de la Mujer a Ministerio de la Mujer y Equidad de Género (49).

Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones de éste estudio radica en la característica propia de un estudio transversal a la hora de plantear afirmaciones de asociación de variables. Sin embargo, los cruces realizados en éste estudio se han analizado con la prudencia que supone recoger los datos en un solo momento determinado. Otra de las limitaciones consiste en el tipo de muestreo realizado, ya que no se realizó un muestreo probabilístico que permitiría extrapolar los resultados obtenidos a la población de referencia, es decir, toda la población en edad fértil adscrita al CESFAM. Y por último, no se pudo llevar a cabo la comparación del análisis factorial de ambos instrumentos (IPPF_RHO y EPsA), debido a que el que se aplica por mandato del MINSAL no tiene desagregada las categorías de respuesta por ítem a evaluar, es decir, para las 5 preguntas que realiza se puede responder una sola respuesta dicotómica, es decir, si o no lo presenta,



Conclusiones

El cuestionario de la IPPF_RHO es más sensible y específico para detectar cualquier tipo de violencia contra la mujer a lo largo de su vida en comparación con la EPsA y tiene mayor capacidad de distinguir los diferentes tipos de violencia a lo largo del ciclo vital, incluido el embarazo.

A pesar de que el cuestionario de la IPPF_RHO detecta los distintos tipos de violencia contra la mujer de acuerdo al análisis psicométrico no es un instrumento confiable para medir violencia en el embarazo.

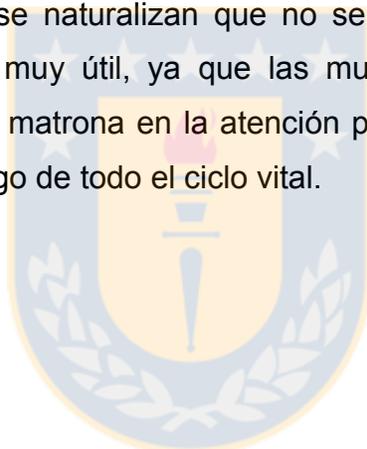
Es incierta la utilidad para detectar violencia contra la mujer a través del EPsA, ya que se observan limitaciones respecto a la especificidad respecto a los tipos de violencia y momento de la vida en que se experimenta.

Teniendo en cuenta el diseño de las preguntas de la EPsA, ésta infravalora la presencia de violencia en las mujeres que se controlan el embarazo en la atención primaria de salud. Sin embargo, es útil para detectar la presencia de algún riesgo psicosocial aunque de manera muy general y no sólo durante el embarazo.

La atención primaria y el control prenatal es una puerta de entrada al sistema, por lo tanto se confirma la oportunidad que supone para la detección de la violencia y su pronta derivación a equipos multidisciplinario para su abordaje.

Proyecciones

Es importante destacar que a partir de los datos obtenidos en esta investigación se abren nuevas líneas para futuros proyectos de igual relevancia, como una evaluación acerca de la prevalencia de abuso sexual en la niñez en la población del CESFAM Dr. Víctor Manuel Fernández, siendo la mayor problemática detectada, así como profundizar en los discursos de las mujeres, en control con Matrona por distintas necesidades, acerca de sus vivencias en relación a episodios de violencia en a lo largo de su ciclo vital para profundizar en las dinámicas que se producen en éstos casos y poder tener más herramientas para la pesquisa precoz, tanto en la infancia como a lo largo de su vida y cómo estos hechos en algunos casos se naturalizan que no se llegan a reconocer en una entrevista clínica. Esto es muy útil, ya que las mujeres están en permanente contacto con la figura de la matrona en la atención primaria de salud como en la atención secundaria a lo largo de todo el ciclo vital.



Referencias bibliográficas

1. 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, 2003.
2. Servicio Nacional de la Mujer. Orientaciones Técnicas 2012 Modelo de Intervención Centros de la Mujer. Unidad de Violencia Intrafamiliar Programa Chile Acoge. 2012.
3. Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC: OPS, 2013.
4. Articulación Regional Feminista por los Derechos Humanos y la Justicia de Género. (2011). La violencia tiene prensa: Análisis de la cobertura periodística de la violencia contra las mujeres en los medios gráficos de américa latina.
5. Instituto de Salud Pública. Metas Sanitarias 2011- 2020 Gobierno de Chile. 2011.
6. O'Doherty L, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ.
7. García-Esteve L et al. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. Med Clin (Barc). 2011; 137(9):390–397.
8. Jeanne L et al. Intimate Partner Violence during Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. J Women´s Health. 2014.
9. Goicolea I, Briones-Vozmediano E, Öhman A, Edin K, Minvielle F, Vives-Cases C. Mapping and exploring health systems' response to intimate partner violence in Spain. BMC Public Health. 2013; 13:1162.
10. Valdés Echenique T. La CEDAW y el Estado de Chile: viejas y nuevas deudas con la igualdad de género. ANUARIO DE DERECHOS HUMANOS, No. 9, 2013, pp. 171-181
11. Servicio nacional de la Mujer. Unidad de Prevención de Violencia contra la Mujer. Chile

12. Vargas, M. (2009). Violencia contra las mujeres en el gobierno de Michelle Bachelet. Ponencia presentada en el Panel “Avances y desafíos en torno a la autonomía del cuerpo de las mujeres” del Seminario Género en el Poder: el Chile de Michelle Bachelet. Observatorio de Género y Equidad, Santiago, Chile.
13. Sanmartín Esplugues J, Iborra Marmolejo I, García Esteve Y Martínez Sánchez P. III Informe Internacional de Violencia contra la mujer en relaciones de pareja, Estadísticas y Legislación. 2010
14. Ministerio de Salud. (2011). Estrategia nacional de salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.
15. Servicio Nacional de la Mujer. Programa centros de la mujer y Casas de acogida. Disponible en <http://portal.sernam.cl/?m=programa&i=10>
16. El Biobío tendrá tres casas de acogida para víctimas de violencia intrafamiliar. Disponible en:
<http://www.soychile.cl/Concepcion/Sociedad/2014/04/28/245659/El-Bio-Bio-tendra-cuatro-casas-de-acogida-para-victimas-de-violencia-intrafamiliar.aspx>
17. Mazzo Iturriaga, R. (2010). Promulgada y publicada Ley N° 20.480 sobre femicidio. Biblioteca del Congreso nacional/BCN, 2010.
18. Subsecretaria del interior. (2008). Acciones para prevenir y erradicar el femicidios en Chile.
19. Servicio Nacional de la Mujer. Número de Femicidios ocurridos en Chile entre 2007 y 2012. Disponible en: <http://portal.sernam.cl/?m=programa&i=67>
20. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. Int J Women’s Health. 2010; 20.
21. Federación Internacional de Planificación de la familia. Región Del Hemisferio Occidental. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. 2010

22. World Health Organization. Intimate Partner violence during pregnancy. 2011.
23. Ministerio de Salud. Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo 2008. Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública. 2008.
24. Ministerio de Salud. Manuales Series REM 2012-2013. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. 2012.
25. Ministerio de Salud. Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) Nota metodológica complementaria para profesionales y equipos de salud. Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile crece contigo. 2010.
26. SERNAM. Departamento de Estudios y Capacitación. Detección y Análisis de la Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar de la Región de Antofagasta. Santiago. 2008.
27. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia. Chile Crece Contigo 2006-2010. 2010.
28. Ministerio de Salud. Catálogo de Prestaciones 2014. Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile crece contigo. 2014:7.
29. Ministerio de Salud. Riesgos psicosociales durante la gestación: violencia de género. Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile crece contigo. 2011;21.
30. Ministerio de Salud. Manual de Registro Indicadores PADBP 2013. Equipo Unidad Chile Crece Contigo, DIVAP, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. 2013;14
31. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta Analysis. PLoS Med. 2013; 10(5).
32. M. Ta Park V, Hayes DK, Humphreys J. Disparities in Intimate Partner Violence Prenatal Counseling: Setting a Baseline for the Implementation of the Guidelines for Women's Preventive Services. Hawaii J Med Public Health. 2014; 73(5).

33. Morse DS, Lafleur R, Fogarty CT, Mittal M, Cerulli C. "They told me to leave" How health care providers address intimate partner violence. *J Am Board Fam Med.* 2012; 25(3): 333–342.
34. Plazaola-Castaño J et al. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac Sanit.* 2008;22(5):415-20
35. Majdalani MP, Alemán M, Fayanás R, Guedes A, Mejía RM. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Rev Panam Salud Pública.* 2005; 17(2):79–83.
36. Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.2013. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/
37. 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. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf
38. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Organización Mundial de la Salud. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
39. Salud en las Américas, 2012: Volumen de países. Organización Panamericana de la Salud, 2012. Disponible en http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=196&Itemid=

40. El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. Informe anual 2013-2014. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37185/S1500499_es.pdf;jsessionid=8FCC5DC62B7D2B79AA0D39B1F4358973?sequence=4
41. Derechos del niño. Promoción y protección de los derechos de los niños. Asamblea general de las Naciones Unidas. Agosto 2006. Disponible en: http://www.unicef.org/violencestudy/reports/SG_violencestudy_sp.pdf
42. Marty M.C., Carvajal A.C. Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez Childhood maltreatment as a Risk Factor for Posttraumatic Stress Disorder in Adulthood. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2005; 43(3): 180-187
43. Fiscalía Nacional, Boletín Estadístico Fiscalía Nacional, 2010. Disponible en file:///C:/Users/Usuario%20Minsal/Downloads/boletin_anual_2010.pdf
44. Save the Children. Manual de formación sobre violencia y atención a las víctimas. Antes y después del abuso. España, Diciembre 2012. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/antes-y-despues-del-abuso>.
45. Aguayo, F., Kimelman, E., Saavedra, P., Kato-Wallace, J. (2016). Hacia la incorporación de los hombres en las políticas públicas de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas. Santiago: EME/CulturaSalud. Washington, D.C.: Promundo-US. Ciudad de Panamá: ONU Mujeres y UNFPA. Disponible en [file:///C:/Users/Alexandra/Downloads/2016-Masculinidades-y-Prevencion-VCM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Alexandra/Downloads/2016-Masculinidades-y-Prevencion-VCM%20(1).pdf)
46. Guía clínica Atención de niños, niñas, y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual. Ministerio de Salud. UNICEF. Santiago 2011. Disponible en: http://www.unicef.cl/web/wpcontent/uploads/doc_wp/Guia%20Victimas%20de%20Abuso%20Sexual.pdf.

47. Herrera, C., Campero, L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública Méx* 2002; 44(6):554-564.
48. Milton Quero Virla. Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Revista de estudios interdisciplinarios en Ciencias Sociales*. Universidad Raphael Beloso Chacín. Vol. 12, No. 2 (2010) 248 – 252.
49. Servicio Nacional de la mujer. Chile tiene nuevo Ministerio de la Mujer y de la Equidad de Género. Disponible en: <http://portal.sernam.cl/?m=sp&i=6512>



Anexo N°1

Acta de Evaluación/Aprobación Comité Ético Científico



ACTA DE EVALUACION/APROBACION COMITE ETICO CIENTIFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN EXENTA N°2444 DE FECHA 14/08/2012.
ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 5876 /03.07.14

CONCEPCION, 06 de noviembre de 2015

Código CEC Nuevo Proyecto

15-08-56

Sra.
Mat. Alexandra Urrutia
Investigador Responsable,
Presente

Estimada Sra. Urrutia

Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión del 05 de octubre de 2015 aprobó las enmiendas efectuadas al protocolo de estudio titulado "Violencia contra la mujer por parte de sus pareja durante el embarazo: comparación de instrumentos de pesquisa en atención primaria en salud", en respuesta a las observaciones planteadas en el acta de este comité de fecha 10 de septiembre de 2015.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión del 05 de noviembre de 2015

Q: 07 / 10

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Juan Ricardo Saldías C.	Ingeniero Comercial / HGGB	Integrante permanente / Secretario CEC
Mérica Zúñiga C.	Matrona	Integrante permanente / externa
Salvador Cabrera	Químico Farmacéutico / HGGB	Integrante reemplazante
Nelson Pérez T.	Médico Psiquiatra / HGGB	Integrante permanente / Vicepresidente CEC
Maria A. Bidegain S	Médico Pediatra Nefrologo/HGGB	Integrante permanente / Presidente CEC
Felipe León M.	Abogado / HGGB	Integrante permanente / Abogado
Maria Cristina Fellay	Bióloga	Integrante permanente / comunidad

Excusas: Sylvia Asenjo M., Mirta Méndez B., Juan Munizaga M.

CONCLUSION.

Por lo tanto, con fecha 05 de noviembre de 2015, el Comité aprueba la realización de este proyecto, bajo su conducción como investigador responsable en el HGGB.

Se procede a aprobar y timbrar con esta fecha los siguientes documentos:

- Protocolo de estudio "Violencia contra la mujer por parte de sus pareja durante el embarazo: comparación de instrumentos de pesquisa en atención primaria en salud" Versión 2, 07-10-2015
- Cuestionario: "Salud de la mujer y embarazo", Versión N°1, 25-08-2015
- Documento de Consentimiento Informado, Versión 2, 08.10.2015

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 1

ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACIÓN (GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION



ACTA DE EVALUACION/APROBACION COMITE ETICO CIENTIFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN EXENTA N°2444 DE FECHA 14/08/2012.
ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA R. EX. N° 5876 /03.07.14

Además, este Comité solicita que:

- 1.- El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
- 2.- Los reportes de efectos adversos y enmiendas se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto, los riesgos y voluntariedad de los participantes.
- 3.- Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
- 4.- La validez de esta aprobación es por un año.
- 5.- Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
- 6.- Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta quince años cerrado el estudio
- 7.- En toda futura correspondencia hacer referencia al número de código asignado 15-08-56

Atentamente,


Ing. Ricardo Saldías Cerda
Secretario CEC-SSC


*Dra. María Antonia Bidegain S.
Presidente CEC-SSC

Distribución
- La indicada
- CESFAM VMF
- Archivo CEC

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 2

ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACIÓN (GCP-ICH), CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN

Anexo N°2 Información al participante y Consentimiento de Participación



INFORMACION AL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION



TITULO DEL ESTUDIO:

“Violencia contra la mujer por parte de su pareja durante el embarazo: comparación de instrumentos de pesquisa en atención primaria de salud”

INVESTIGADORA RESPONSABLE: Alexandra Urrutia Luengo.

INVESTIGADORA ALTERNA: Mercedes Carrasco Portiño.

CENTRO DE INVESTIGACION: Centro de Salud Familiar: Dr. Víctor Manuel Fernández

TELÉFONO DE CONTACTO: 66387656

INTRODUCCIÓN

La presente investigación es conducida por los siguientes profesionales: Alexandra Urrutia Luengo, Matrona CESFAM Dr. Víctor Manuel Fernández y Mercedes Carrasco Portiño, Docente del Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

Se invita a usted a ser parte de esta investigación que tiene por finalidad comparar dos instrumentos para detectar violencia contra la mujer por parte de su pareja durante el embarazo.

Este estudio se realizará mediante la aplicación de un cuestionario aplicado por la Matrona al ingreso prenatal y sin la presencia del acompañante.

Existen investigaciones que demuestran que la violencia contra la mujer por parte de la pareja durante el embarazo se asocia a resultados adversos fatales y no fatales para la salud de la mujer y su bebé debido al trauma directo del abuso en el cuerpo de una mujer gestante, así como los efectos fisiológicos del estrés de los abusos actuales o en el pasado en el crecimiento y desarrollo fetal.

Las personas participantes de este estudio deben tener en cuenta que sus respuestas pueden ser publicadas en revistas, y todo tipo de artículos científicos, sin embargo es importante señalar que se mantendrá en todo momento la confidencialidad. La información recolectada para el análisis de resultados será de carácter privado para los investigadores, comité de ética y jurado del proyecto final, por lo que mantiene su confidencialidad.

Por todo lo anterior mencionado se le solicita ser parte de este estudio que es cuantitativo, leyendo la hoja informativa con atención y teniendo siempre presente que ante cualquier duda puede consultar de inmediato.

FUNDAMENTO

Este estudio está patrocinado por el Departamento de Obstetricia y puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. El objetivo de este estudio es evaluar la precisión diagnóstica de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) y de la versión Chilena del cuestionario breve para detectar violencia de género (IPPF/RHO).

Esta investigación se realizará en el Centro de Salud Familiar Dr. Víctor Manuel Fernández.

RAZÓN POR LA QUE SE INVITA A LA PERSONA PARTICIPAR.

Al evaluar la precisión diagnóstica de dos instrumentos de detección de violencia contra la mujer, se pretende obtener resultados significativos que sirvan como base para estudios en la mejoría de la detección de violencia contra la mujer por parte de su pareja durante el embarazo y por lo tanto, disminuir esta problemática de salud.

A través de la realización de dicho estudio, la investigadora obtendrá el grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Concepción.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIO

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si usted se negase a participar esto no implicaría de ningún modo alguna sanción ni la pérdida de prestaciones otorgadas en su CESFAM.

Usted puede retirar su participación del estudio en cualquier momento.

DISEÑO DEL ESTUDIO

En el estudio de investigación participarán las gestantes que al ingresar al control prenatal del CESFAM Dr. Víctor Manuel Fernández, cumplan los criterios de inclusión y que accedan a participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

La matrona de su CESFAM le aplicará un cuestionario al momento de realizar el ingreso prenatal; es decir; la primera vez que se le realice la atención prenatal. La embarazada responderá a este cuestionario de forma voluntaria y absolutamente confidencial. El cuestionario es de auto completación, se compone de un total de 32 preguntas y puede tomarle entre 3 a 5 minutos en responder. Cabe destacar que este cuestionario está formulado en base a tres ítems de la gestante; Antecedentes generales, antecedentes gineco-obstétricos y aspectos relacionados con la pareja.

NÚMERO DE SUJETOS

Aproximadamente las gestantes que ingresan anualmente al control prenatal en el CESFAM VMF son 585, es decir alrededor de 48 ingresos prenatales al mes. Tomando en cuenta que se aplicarán durante 6 meses el total de gestantes serían 150, con un nivel de confianza del 95%, una prevalencia del 5% y un error máximo admitido del 3%, la muestra sería de 150 gestantes.

DURACIÓN ESPERADA

La investigación durara desde Diciembre 2015 a Junio 2016, donde se recolectarán las muestras y en diciembre se analizaran los resultados.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACION

Con los resultados obtenidos por el cuestionario el investigador podrá darse cuenta si usted fue o está siendo víctima de violencia por parte de su pareja y de esta forma otorgarle la ayuda respectiva en su centro de salud y realizar una derivación oportuna para prevenir o realizar su respectivo tratamiento. **Cabe señalar que en ningún momento se expondrá su integridad con respecto a su pareja**

RESPONSABILIDADES DEL SUJETO

Al participar de este estudio le solicitamos que al momento de la aplicación del cuestionario usted lea cuidadosamente la ficha informativa y el consentimiento informado.

COMPENSACIÓN

No hay costos alguno que usted tenga que asumir en este estudio.

CONFIDENCIALIDAD

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él o posteriormente a la Investigadora responsable (Alexandra Urrutia Luengo) al email alexandraurrutia.l@gmail.com o al teléfono 66387656. De la misma manera si tiene dudas respecto a sus derechos como participante de este estudio debe contactarse con el Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, presidido por la Dra. María Antonia Bidegain, ubicado en San Martín 1436 o al teléfono 41 – 2722745. Por otro lado, debe saber que puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma.

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos serán confidenciales y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

En caso de modificaciones importantes del diseño de este estudio que le afecten a usted o que se requiera de datos para otro estudio se solicitará un nuevo consentimiento con toda la explicación necesaria y que usted solicite.

SEGUROS

En este estudio no existen riesgos asociados.

Hoja de firma de documento consentimiento informado

TITULO DEL ESTUDIO:

“Violencia contra la mujer por parte de su pareja durante el embarazo: comparación de instrumentos de pesquisa en atención primaria de salud”

Nombre del participante en letra imprenta	Firma del participante	Fecha de la firma
---	------------------------	-------------------

EN CASO DE QUE EL PARTICIPANTE NO ESTE EN CONDICIONES DE CONSENTIR,

Nombre del padre o madre o representante	Firma	Fecha de la firma
--	-------	-------------------

RELACIÓN CON PARTICIPANTE

Yo Alexandra Urrutia Luengo, investigador responsable del estudio, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio.

Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes.

Se le proporcionará al paciente una copia de esta información escrita para el participante y formulario de consentimiento firmado.

Nombre de la persona que solicita el consentimiento Fecha de la firma informado en letra imprenta	Firma de la persona que solicita el consentimiento informado
--	--

Nombre del director de la institución (o delegado Fecha de la firma de la institución, si corresponde)	Firma del Director o Delegado de la institución, si corresponde
---	---

Anexo N°3 Cuestionario



**Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Magíster en Salud Sexual y Reproductiva**

CUESTIONARIO:
“Salud de la mujer y embarazo”

INTRUCCIONES

Estimada Encuestadora: LEA CON ATENCIÓN A LA ENTREVISTADA. Este cuestionario consta de 31 preguntas y le ocupará menos de 10 minutos en responder. Está compuesta por un apartado de antecedentes generales, información gineco-obstétrica y aspectos relacionados con su relación de pareja. Además contiene preguntas de auto-completación breve, en las que debe responder de forma escrita lo que se le pide, preguntas de afirmación (sí) o negación (no) y preguntas de selección múltiple, en las que deberá elegir una única alternativa como respuesta. Agradecemos su tiempo empleado y colaboración en el desarrollo de este cuestionario.

I.- ANTECEDENTES GENERALES

1. Fecha de ingreso: ____/____/____

2. Sector: _____

3. ¿Qué edad tiene? _____ años

4. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Viuda
- e) Conviviente

5. ¿Cuál es su nivel educacional?

- a) Menor a sexto básico
- b) Básico
- c) Medio
- d) Técnico
- e) Superior



6. ¿Usted trabaja?

- a) Si
- b) No

II.- RESPECTO A ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

7. ¿Usted tiene hijos/as?

- a) SI
- b) NO

Si no tiene hijos/as, continúe
con la pregunta n° 12

8. ¿Cuántos hijos vivos tiene?



- a) 0-1
- b) 2-3
- c) Más de 3

9. Indique los tipos de partos que ha tenido:

- a) Sólo Vaginal
- b) Vaginal y Cesárea
- c) Sólo Cesárea

10. ¿Ha tenido alguna vez un aborto?

- a) SI → ¿Cuántos? _____
- b) NO

III.- RESPECTO A SU EMBARAZO ACTUAL, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

11. Indique la fecha de su última regla: ___ / ___ / ____

12. Indique su edad gestacional al ingreso: ____ Semanas

13. ¿Ha pensado en interrumpir la gestación? O preferiría no estar gestante? Marque SI, si pensó en interrumpir o aún se siente así.

- a) SI
- b) NO

14. ¿Se siente insatisfecha con el apoyo de la familia y/o pareja u otra persona significativa durante el embarazo? Marque SI, si siente que no cuenta con el apoyo necesario.

- a) SI
- b) NO

15. Síntomas depresivos, por más de dos semanas. Marque SI, si una o más respuestas son afirmativas.

- 1. ¿Se ha sentido cansada o decaída casi todos los días.
- 2. ¿Se ha sentido triste o deprimida o pesimista casi todos los días
- 3. ¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por las cosas o actividades que antes le resultaban agradables entretenidas?

- a) SI
- b) NO

16. En el último mes ¿Ha consumido alguna de estas sustancias? Marque SI, si ha consumido cualquiera de estas sustancias (subraye las que usa) y especifique la cantidad.

1. Cigarrillo
2. Cerveza, vino trago fuerte u otras bebidas con alcohol
3. Tranquilizante sin receta médica
4. Marihuana, coca pasta base anfetamina u otra droga

- a) SI
- b) NO

IV.- ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PAREJA

17. ¿Usted tiene pareja actualmente?

- a) SI
- b) NO

18. ¿Su pareja u otra figura masculina significativa para usted le ha causado **daño emocional o psicológico** por medio de alguna de las siguientes situaciones en forma repetida? Por ejemplo:

Insultarla
Hacerla sentir avergonzada
Humillarla
Burlarse de usted
Amenazarla
Rechazo o desprecio

Aislamiento de amigos o parientes
Desprecio por las tareas que usted realiza
Destrucción de objetos propios
Daño a mascotas
Le controla con quien conversas o sus actos
Otras: cuáles:

- a) SI
- b) NO
- c) No desea contestar

¿Quién (quienes) lo hizo?

.....

19. ¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)

- a) Niñez
- b) Adolescencia
- c) Juventud
- d) Adulthood
- e) Embarazo y/o postparto

20. ¿Sucede actualmente?

- a) SI
- b) NO
- c) No desea contestar

21. ¿Su pareja u otra figura masculina significativa para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada? Por ejemplo:

Empujones	Golpe de puños	Quemaduras
Zamarreos	Mordeduras	Ahorcamiento
Pellizcos	Palizas	Golpes con objetos
Tirón de pelo	Patadas	Daño con armas
Cachetadas	Otra forma: cuál:.....	

- a) SI
- b) NO
- c) No desea contestar

¿Quién (quienes) lo hizo?

.....

22. ¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)

- a) Niñez
- b) Adolescencia
- c) Juventud
- d) Adulthood
- e) Embarazo y/o postparto



23. ¿Sucede actualmente?

- a) SI
- b) NO
- c) No desea contestar

24. ¿Su pareja u otra figura masculina significativa le controla el dinero que gasta?

- a) SI
- b) NO
- c) No desea contestar

25. ¿Alguna vez en su vida ha sido forzada u obligada a tener relaciones o contacto sexual?

- a) SI
- b) NO
- c) No desea contestar

¿Quién (quienes) lo hizo?.....

26. ¿En qué etapas de su vida sucedió? (puede marcar más de una si corresponde)

- a) Niñez
- b) Adolescencia
- c) Juventud
- d) Adulthood
- e) Embarazo y/o postparto

27. ¿Sucede actualmente?

- a) SI
- b) NO
- c) No desea contestar

28. ¿Este embarazo es consecuencia de una relación sexual no consentida?

- a) SI
- b) NO
- c) No desea contestar

29. ¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien o haber tenido relaciones o contacto sexual?

- a) SI
- b) NO
- c) No desea contestar

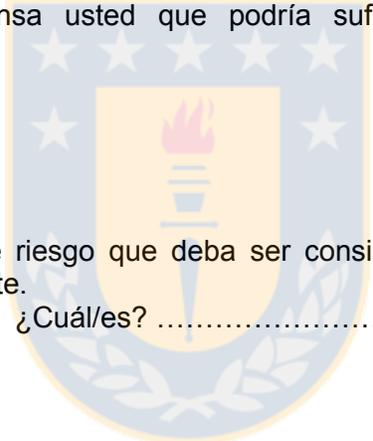
¿Quién (quienes) lo hizo?

30. Hoy, en su casa, ¿piensa usted que podría sufrir alguna de las situaciones nombradas?

- a) SI
- b) NO
- c) No sabe
- d) No desea contestar

31. ¿Hay algún otro factor de riesgo que deba ser considerado? Que no se haya mencionado anteriormente.

- a) SI ¿Cuál/es?
- b) NO
- c) NO sabe



MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Atención Encuestadora: Para no repetir preguntas sobre violencia, una vez finalizada la encuesta y la paciente se haya retirado responda a continuación la pregunta de violencia de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada según instrucciones del MINSAL.

Sí No

8.- Violencia, pareja u otra figura masculina.

- a. ¿Alguien la ha insultado, humillado o amenazado, le ha dicho que no debiera estar embarazada?
- b. ¿le controlan con quien conversa o sus actos? VIOLENCIA SICOLÓGICA
- c. ¿le controlan el dinero que gasta. ¿VIOLENCIA ECONOMICA
- d. ¿Alguien la ha golpeado o empujado? VIOLENCIA FISICA
- e. ¿Este embarazo es consecuencia de una relación sexual no consentida? VIOLENCIA SEXUAL

Marque SI, si ha sucedido cualquiera de estas manifestaciones de violencia, subraye el tipo de violencia del que ha sido víctima. En el caso que la fuente de violencia sea alguien distinto de la pareja o una figura masculina de la familia.